

**PEMBERDAYAAN KELUARGA (FAMILY EMPOWERMENT)
MENINGKATKAN KOPING KELUARGA DIABETES MILITUS TIPE-2**

**IMPROVED FAMILY COPING USING FAMILY EMPOWERMENT IN THE
FAMILY WITH TYPE-2 DIABETES**

Iwan Ardian

Muktiharjo Kidul, Kec. Pedurungan, Kota Semarang, kode pos 68155 Jawa Jawa Tengah
email: iwanardian22@yahoo.co.id

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that will be suffered by the patient continuously. This condition makes families depressed and showed a lot of stress these families do not have the ability or not competent in the use of coping strategies in the face of a family member experiencing a problem with type-2 diabetes mellitus. Nursing interventions required to improve the competence of the family in dealing with the problem. Interventions that can be done is Empowering Families. The purpose of this study is to explain the effect of the use of family nursing interventions: Empowering Families to increase family coping with type 2 diabetes mellitus in Muktiharjo Kidul Semarang.

This is a quasi-experimental study research design is non-Equivalent Control Group. The population in this study is a family who has a family member suffering from Type-2 diabetes mellitus. The sample size used was 15 samples of the treatment group and 15 control group samples. Taken with consecutives sampling techniques with the inclusion criteria. Measurements using a family coping Family Coping Index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Analyzed with Paired t test and t independent test.

The results showed the treatment group there are different levels of family coping after a given intervention before the family nursing: Family empowerment ($p = 0,000$). In the control group there was no difference in the level of family coping at pre-test and post-test ($p = 0,082$). There are differences in family coping significant improvement between the treatment group and the control group ($p = 0,000$)

The conclusion of this study is the provision of family nursing intervention: Empowering Families have a significant influence on improved family coping in families with type 2 diabetes millitus. Family empowerment intervention is still limited use in nursing as a client order that is in the order of the family in society and very effective in improving family coping.

Keywords: family empowerment, family coping, type 2 diabetes millitus

ABSTRAK

Diabetes Militus merupakan penyakit kronis yang akan diderita oleh pasien terus menerus. Kondisi ini menjadikan keluarga tertekan dan stress ini menunjukkan banyak keluarga tidak memiliki kemampuan atau tidak kompeten dalam menggunakan strategi koping dalam menghadapi masalah dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2. Intervensi keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kompetensi keluarga dalam menghadapi masalah. Intervensi yang dapat dilakukan adalah pemberdayaan keluarga

(*family empowerment*). Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh penggunaan intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap peningkatan koping keluarga dengan Diabetes Militus tipe-2 di kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang.

Jenis penelitian eksperimen semu (*quasi eksperiment*), design penelitian *non equivalent control group*. Populasi penelitian adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita penyakit Diabetes Militus Tipe-2. Besar sampel sebanyak 15 sampel kelompok perlakuan dan 15 sampel kelompok kontrol, diambil dengan teknik *consecutives sampling* dengan kriteria inklusi. Pengukuran koping keluarga menggunakan *Family Coping Index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* data dianalisa uji Paired t Test dan uji t independent Test.

Hasil penelitian pada kelompok perlakuan menunjukkan terdapat perbedaan tingkat koping keluarga sebelum dan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga: *family empowerment* ($p = 0,000$). Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan tingkat koping keluarga saat *pre test* dan *post test* ($p = 0,082$). Terdapat perbedaan peningkatan koping keluarga yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p = 0,000$).

Kesimpulan adalah pemberian intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh signifikan terhadap peningkatan koping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2. Intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah psikologis keluarga sehingga dapat dikembangkan dan digunakan oleh perawat keluarga.

Kata Kunci: pemberdayaan keluarga, koping keluarga, diabetes millitus tipe-2

LATAR BELAKANG

Menurut *American Diabetes Association (ADA)* tahun 2010, diabetes militus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Perkeni, 2011). WHO pada tahun 1985 telah membagi penyakit diabetes militus ke dalam lima golongan klinis, yaitu DM tergantung Insulin (DMTI), DM tidak tergantung insulin (DMTTI), DM berkaitan dengan malnutrisi (MRDM), DM karena toleransi Glukosa Terganggu (TGT), dan DM karena kehamilan (GDM) (Dinkes Propinsi Jateng, 2011).

Prevalensi dan angka insidens diabetes militus tipe-2 di dunia menunjukkan kecenderungan terjadi peningkatan, baik yang terjadi di dunia maju maupun negara-negara yang sedang berkembang hal ini terjadi sebagai dampak pertumbuhan ekonomi yang semakin baik. *Internasional Diabetes Federation (IDF)* menyatakan bahwa pada tahun 2005 di dunia terdapat 200 juta (5,1%) orang dengan diabetes dan diduga 20 tahun kemudian yaitu tahun 2025 akan meningkat menjadi 333 juta (6,3%) orang. Negara-negara seperti Indonesia, India, China dan Amerika merupakan 10 besar negara dengan jumlah penduduk diabetes terbanyak (Depkes RI, 2008).

Tahun 2003, *Internasional Diabetes Federation (IDF)* melalui *Diabetes Atlas* edisi kedua menyebutkan bahwa prevalensi diabetes di Indonesia pada tahun 2000 adalah 1,9 % (2,5 juta orang) dan TGT (toleransi glukosa terganggu) 9,7% (12,9 juta orang) dengan prediksi bahwa tahun 2025 berturut-turut akan menjadi 2,8% (5,2 juta orang) dan 11,2% (20,9 juta orang) dengan TGT. Dalam *Diabetes Care*, yang melakukan analisa data WHO dan memprediksikan Indonesia tahun 2000 dikatakan sebagai nomor 4 terbanyak orang yang menderita diabetes millitus yaitu sekitar 8,4 juta orang, pada tahun 2030 akan tetap

nomor 4 di dunia tetapi dengan terjadi peningkatan jumlah penderita menjadi 21,3 juta penderita (Depkes RI, 2008).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007), menyebutkan bahwa terdapat 12,5 juta penduduk Indonesia mengalami diabetes militus dan diperkirakan angkanya meningkat menjadi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Diabetes Militus merupakan penyebab kematian keenam setelah stroke, TBC, hipertensi dan perinatal, dengan proporsi sekitar 5,7%. Diabetes militus juga merupakan penyebab kematian pada umur 15-44 tahun dengan prosentase laki-laki 2,6%, wanita 4,2%, pada umur 45-54 tahun merupakan penyebab kematian urutan pertama dengan prosentase 6,0% pada laki-laki dan 16,3% pada wanita dan menjadi penyebab kematian pada umur 55-64 tahun dengan prosentase 10,5% laki-laki, 12% pada wanita.

Jawa Tengah tahun 2011 penyakit diabetes millitus masuk dalam golongan penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan kasus, dari total 1.409.857 kasus penyakit tidak menular sebesar 239.676 kasus (17%) adalah kasus diabetes militus. Dilihat dari prevalensi penyakit diabetes militus tipe-1 di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2011 sebesar 0,09% mengalami peningkatan bila dibanding prevalensi tahun 2010 sebesar 0,08%. Prevalensi tertinggi adalah di kota Semarang. Sedangkan prevalensi kasus diabetes militus tipe-2 angka prevalensi sebesar 0,63%, prevalensi tertinggi adalah Kota Magelang dan Kota Semarang (Dinkes Prop. Jateng, 2011). Data yang dikumpulkan dari Puskesmas Tlogosari Kulon dari sepuluh besar penyakit yang ada pada tahun 2011 penyakit diabetes militus menduduki urutan keempat setelah penyakit ISPA, Faringitis dan Hipertensi sebesar 2760 pasien(10,23%) dari total pasien yang berobat di Puskesmas Tlogosari Kulon. Sedangkan jumlah pasien yang berasal dari Kelurahan Muktiharjo Kidul berdasarkan laporan dari Puskesmas Pembantu di Kelurahan Muktiharjo Kidul pada tahun 2011 terdapat 123 pasien yang berobat dengan mengalami diabetes militus.

Tingginya angka kejadian diabetes millitus di Kelurahan Muktiharjo Kidul dan didukung dengan hasil pengkajian pada studi pendahuluan, terhadap 10 keluarga yang menderita diabetes militus tipe-2 menunjukkan 70% keluarga hanya memenuhi sebagian kebutuhan penderita diabetes militus, 80% keluarga tidak mampu melaksanakan tindakan terapi yang tepat bagi penderita diabetes militus, 60% keluarga tidak mengetahui prinsip penyebab atau mendapat informasi yang salah tentang diabetes militus, 60% keluarga mengetahui sumber dikomunitas namun tidak menggunakan semuanya untuk menolong penderita diabetes militus. Data lain yang ditemukan adalah umur penderita paling banyak pada usia 50-59 tahun sebanyak 40%, jenis kelamin sama banyak antara laki-laki dan wanita, lama menderita penyakit paling banyak antara 1-5 tahun sebanyak 60%, frekuensi periksa paling banyak adalah tidak periksa secara teratur sebesar 50%. Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes millitus tidak memiliki koping yang kompeten.

Diabetes Militus adalah penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup oleh penderita dan keluarga. Tidak jarang kondisi ini menjadikan penderita dan keluarga jatuh pada kondisi stress. Keluarga berusaha mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi tersebut, sakit pada anggota keluarga merupakan stress situasional yang tidak diharapkan oleh keluarga yang dapat menyebabkan masalah kesehatan pada keluarga sering disebut sebagai "penyakit keluarga" (Foreman 2001, dalam Freidman, 2010).

Tidak semua keluarga memiliki koping yang efektif atau kompeten dalam menghadapi masalah anggota keluarga dengan penyakit kronis. Nanda (2012), menjelaskan masalah penurunan koping keluarga sebagai ketidakadekuatan dan ketidakefektifan keluarga membantu klien untuk mengelola dan menguasai tugas adaptif terkait masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang berhubungan

antara lain; sakit yang berlangsung lama dan menghabiskan kemampuan suportif dari keluarga, kurangnya informasi pada keluarga, tidakadkuatnya pemahaman keluarga dan informasi yang tidak benar kepada keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi keluarga (NANDA, 2012).

Penerapan intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 masih sangat jarang dilakukan oleh perawat dan masih sedikit penelitian yang dilakukan, hal ini terjadi karena banyak peneliti lebih melihat aspek pemberdayaan keluarga pada sisi peningkatan pengetahuan dan sikap saja, tidak sampai pada kemampuan coping keluarga. Keluarga dengan diabetes militus tidak hanya sisi pengetahuan dan sikap saja yang menjadi tujuan intervensi namun, sampai pada tingkat kemampuan untuk hidup secara sehat dan produktif dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2.

METODE

Jenis penelitian eksperimen semu (*quasy exsperiment*) dengan rancangan penelitian *non equivalent control group design*, menggunakan kelompok pertama (perlakuan) diberikan perlakuan dan kelompok yang lain (control) tidak ada perlakuan. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh penggunaan intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap peningkatan coping keluarga.

Populasi penelitian adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita penyakit Diabetes Militus Tipe-2 yang tinggal di Kelurahan Muktiharjo Kidul Semarang pada bulan Maret sampai dengan April 2013. Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutives sampling* sebanyak 30 keluarga (kelompok perlakuan 15 responden dan kelompok control 15 responden) yang memiliki anggota keluarga menderita Diabetes Militus Tipe-2 dengan kriteria inklusi: 1) anggota keluarga adalah anggota keluarga yang berfungsi sebagai pengambil keputusan baik suami atau istri atau anak dari penderita diabetes millitus tipe-2; 2) usia 25-60 tahun; 3) tinggal satu rumah dengan penderita; 4) anggota keluarga bisa menulis dan membaca.

Instrumen coping keluarga diadaptasi dari *family coping index (FCI) City Nursing Service and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*. Berisikan kemampuan atau kompetensi keluarga dalam melakukan asuhan atau perawatan pada anggota keluarga yang sakit, dengan penilaian 1, 3 atau 5 dengan kriteria: 1) tidak kompeten (nilai 9-20) bila keluarga tidak menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2; 2) kompeten sedang (nilai 21-32) bila keluarga menunjukkan sebagiaian kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2; 3) kompeten utuh (nilai 33-45) bila keluarga menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan asuhan dan perawatan kepada keluarga yang menderita Diabetes Militus Tipe-2.

Penelitian ini telah mengaplikasi prinsip etik (*otonomy, beneficience, maleficience, dan justice*) serta telah lulus uji etik dari komite etik Universitas Airlangga.

Pengumpulan data *pre test* dan *post test* dilakukan dengan kunjungan rumah pada setiap keluarga dengan mengajukan kuesioner dan mengukur coping keluarga menggunakan indek coping keluarga dengan waktu 40 menit untuk setiap responden.

Data hasil penelitian diuji normalitas menggunakan uji *Shapiro-Wilk* terhadap variabel coping keluarga pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan nilai $p >$ dari α (0,05) sehingga didapatkan semua data berdistribusi normal. Untuk menguji pengaruh pemberian implementasi keperawatan keluarga terhadap coping keluarga pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan mengetahui perbedaan sebelum dan setelah diberikan

perlakuan menggunakan uji *paired t test*. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap coping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan uji *t independent test*.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1.1 Distribusi responden berdasarkan usia, lama sakit, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat pelayanan kesehatan, kegiatan promosi kesehatan, pemeriksaan gula darah pada kelompok perlakuan dan control tahun 2013

No	Variabel	Perlakuan		Kontrol	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Usia Responden:				
	a. 30-40	2	13,33	3	20,00
	b. 41-50	4	26,66	3	20,00
	c. 51-60	9	60,00	9	60,00
2.	Lama Sakit:				
	a. Kurang 1 tahun	2	13,33	3	20,00
	b. 1-5 tahun	13	86,66	9	60,00
	c. 6-10 tahun	-	-	3	20,00
	d. Lebih 10 tahun	-	-	-	-
3	Jenis Kelamin Responden:				
	a. Laki-laki	9	60,00	8	53,33
	b. Perempuan	6	40,00	7	46,66
4	Tingkat Pendidikan:				
	a. Tidak Sekolah	2	13,33	1	6,66
	b. Lulus SD	9	60,00	7	46,70
	c. SLTP	3	20,00	4	26,66
	d. SLTA	1	6,66	3	20,00
5	Jenis Pekerjaan:				
	a. Tidak Bekerja	2	13,33	2	13,33
	b. Pegawai Swasta	5	33,33	4	26,66
	c. Wiraswasta	3	20,00	6	40,00
	d. Buruh	5	33,33	3	20,00
6	Jenis Tempat Pelayanan:				
	a. Dokter Swasta	3	20,00	4	26,70
	b. Poliklinik	2	13,30	4	26,70
	c. Puskesmas	9	60,00	6	40,00
	d. Rumah Sakit	1	6,70	1	6,70
7	Kegiatan Promosi Kesehatan:				
	a. Pernah Mendapat	4	26,70	8	53,30
	b. Belum Pernah	11	73,30	7	46,70
8	Pemeriksaan Gula Darah:				
	a. Teratur	6	40	8	53,33
	b. Tidak Teratur	9	60	7	46,66

Tingkat Koping Keluarga

Tabel 1.2 Tingkat koping keluarga dengan anggota keluarga diabetes millitus tipe-2 pada kelompok perlakuan dan kontrol tahun 2013

No	Tingkat Koping Keluarga	Perlakuan				Kontrol			
		Pre-Test		Post-Test		Pre-Test		Post-Test	
		Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
1	Kompeten	-	-	7	46,70	5	33,3%	5	33,3%
2	Kompeten Sedang	7	46,70	8	53,30	6	40%	7	46,6%
3	Tidak Kompeten	8	53,30	-	-	4	26,6%	3	20%

Perbedaan Tingkat Koping

Tabel 1.3 Perbedaan koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tahun 2013

No	Variabel	Mean		Mean Difference
		Awal	Akhir	
1	Koping Keluarga Kelompok Perlakuan	20,80	31,40	10,60
2	Koping Keluarga Kelompok Kontrol	27,13	27,53	0,40

Perbedaan Koping Keluarga Sebelum dan Setelah Perlakuan

Tabel 1.4 Hasil uji *paired t test* peningkatan koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tahun 2013

No	Kelompok	Test Koping Keluarga	Nilai t	Nilai p
1	Perlakuan	Pre Test	-9,089	0,000
		Post Test		
2	Kontrol	Pre Test	-1,871	0,082
		Post Test		

Pada tabel 1.4 hasil uji *paired t test* kelompok perlakuan dengan nilai t hitung - 9,089 dan nilai p = 0,000 lebih kecil dari nilai α (0,05) terdapat perbedaan tingkat koping keluarga sebelum dan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga: *family empowerment*. Nilai t negatif menunjukkan nilai indek koping keluarga sebelum intervensi lebih rendah dari pada setelah intervensi. Pada kelompok kontrol dengan nilai t hitung - 1,871 dan nilai p = 0,082 lebih tinggi dari nilai α (0,05) tidak terdapat perbedaan tingkat koping keluarga saat *pre test* dan *post test*.

Pengaruh Intervensi Pemberdayaan Keluarga terhadap Peningkatan Koping Keluarga

Tabel 1.5 Hasil Uji *t independent test* peningkatan koping keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tahun 2013

No	Variabel	t	P
1	Koping Keluarga Kelompok Perlakuan	8,603	0,000
2	Koping Keluarga Kelompok Kontrol		

Pada tabel 1.5 hasil uji *t independent test* terhadap variabel koping keluarga antara kelompok perlakuan dan kontrol, dengan nilai $p = 0,000$ lebih kecil dari nilai $\alpha (0,05)$ terdapat pengaruh yang bermakna pemberian intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga terhadap peningkatan koping keluarga.

PEMBAHASAN

Pengaruh Pemberdayaan Keluarga Terhadap Peningkatan Koping Keluarga Diabetes Millitus Tipe-2

Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan koping keluarga pada tabel 1.5 perbedaan peningkatan koping keluarga yang terjadi pada keluarga dengan koping tidak kompeten 8 responden menjadi kompeten sedang berjumlah 6 responden 75% dan menjadi kompeten hanya 2 responden 25%. Pada kelompok kontrol menunjukkan terjadinya peningkatan namun tidak bermakna yaitu terjadi peningkatan pada responden dengan koping tidak kompeten menjadi kompeten sedang 1 responden. Perbedaan tingkat koping keluarga juga dapat dijelaskan berdasarkan nilai rata-rata dan perbedaan nilai rata-rata pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan peningkatan koping keluarga pada kelompok perlakuan lebih besar dibanding kelompok kontrol.

Hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan sesuai dengan konsep Mc Cubbin dalam Friedmen (2010) bahwa koping keluarga adalah merupakan sebuah proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup penuh stress yang berlangsung cukup lama, koping keluarga menjadi semakin komplek karena bergeser dari individu menjadi keluarga. Caudle (1993) menyebutkan bahwa beberapa studi dan penelitian menyimpulkan bahwa koping keluarga merupakan kombinasi respon individu dan keluarga dan menggunakan pendekatan kognisi khusus sehingga untuk merubahnya membutuhkan intervensi keperawatan. Peningkatan koping keluarga dapat dijelaskan dengan menggunakan indikator indek koping keluarga yang merupakan rangkuman dari strategi koping yang dimiliki oleh keluarga (Caudle, 1993).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Burr dan Bahr (1993) menyebutkan bahwa dengan menggunakan berbagai koping strategi untuk mengatasi masalah dalam keluarga adalah lebih penting dibanding menggunakan satu atau dua strategi tertentu sepanjang waktu (Burr & Bahr, 1993). Keluarga memiliki strategi koping baik internal maupun eksternal. Strategi koping internal keluarga berusaha menjalin hubungan dengan lingkungan dalam keluarga maupun lingkungan luar keluarga antara lain: mengandalkan kelompok keluarga, membentuk kebersamaan yang lebih besar dan adanya fleksibilitas peran. Strategi Koping internal lain adalah strategi kognitif dimana keluarga berusaha melakukan normalisasi keluarga, pengendalian terhadap makna masalah dengan

pembingkai ulang dan penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, serta berusaha mendapatkan informasi dan pengetahuan. Strategi internal yang lain adalah Komunikasi, dimana keluarga berusaha mengedepankan keterbukaan dalam komunikasi keluarga, menggunakan strategi humor dan tawa.

Strategi koping eksternal, antara lain: strategi komunitas dengan cara memelihara jaringan aktif dengan komunitas. Strategi dukungan sosial dengan cara membangun dukungan dari keluarga, teman, tetangga dan dukungan sosial formal. Strategi spiritual dengan cara mencari bantuan rohaniawan, lebih banyak terlibat dalam kegiatan keagamaan, berdo'a, mencari pembaharuan dan keterkaitan dalam hubungan erat dengan alam. Strategi koping tersebut. Peningkatan koping keluarga juga dapat dijelaskan dengan menggunakan konsep model *resiliency* yang menjelaskan bahwa respon keluarga terhadap peristiwa hidup dan transisi penuh stres berjalan melalui berbagai fase antara lain: fase penyesuaian dimana keluarga berusaha merespon peristiwa dalam kehidupannya namun masih tidak terlalu berat sehingga hanya membutuhkan perubahan kecil. Hal ini ditunjukkan pada keluarga dengan masalah diabetes millitus yang masih akut pada anggota keluarga dapat berespon lebih baik dalam menggunakan mekanisme kopingnya penyembuhan secara lebih baik dan keluarga hanya membuat perubahan kecil dalam menyesuaikan kondisi yang dialami oleh anggota keluarga. Kondisi yang lain dapat terjadi pada keluarga dimana masalah penyakit diabetes millitus yang dialami anggota keluarga sudah kronis dengan beberapa komplikasi yang nyata dan keluarga tidak adekuat untuk menangani masalah itu, keluarga akan bergerak ke dalam situasi krisis dan masuk ke fase adaptasi.

Fase adaptasi, respon keluarga terhadap situasi krisis ditentukan oleh akumulasi kebutuhan, stresor, transisi, dan ketegangan, serta kekuatan dan kemampuan keluarga. Hal ini mencakup pola fungsi, penilaian keluarga tentang pemenuhan kebutuhan dan pandangan yang luas terhadap sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan masyarakat. Pada kondisi ini intervensi pemberdayaan keluarga menjadi sangat penting dan harus segera dilakukan.

Berdasarkan tabel 1.1 bahwa keluarga lebih banyak menggunakan tempat pelayanan kesehatan Puskesmas 60% untuk memeriksakan anggota keluarganya yang menderita penyakit diabetes, namun data yang lain menunjukkan 60% keluarga tidak melakukan pemeriksaan secara rutin. Hal ini menunjukkan sebenarnya keluarga telah menggunakan strategi koping komunitas dengan memelihara jalinan aktif dengan komunitas dan pelayanan kesehatan namun masih perlu ditingkatkan. Menurut McCubbin (1993), menyebutkan bahwa keluarga berperan terhadap dan mendapatkan manfaat dari jaringan dukungan dan pelayanan yang ada dalam komunitas secara aktif. Rasionalisasi dari pentingnya hubungan ini sebagai upaya peningkatan koping keluarga berdasarkan pada teori sistem, yang menerangkan bahwa setiap sistem sosial harus memiliki gerakan informasi dan aktivitas melawati batasnya jika ingin melakukan fungsinya.

Peningkatan koping keluarga lebih banyak terjadi pada keluarga dengan jenis kelamin perempuan yaitu 66,66% dibanding laki-laki hanya 33,33%, hal ini menunjukkan bahwa perempuan dalam hal ini adalah istri atau ibu dari penderita memiliki koping keluarga yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Falicov menyebutkan bahwa kepala keluarga seorang ayah (laki-laki) kurang terlibat dalam pengasuhan anggota keluarga dibanding dengan peran ibu. Dalam penelitian ini ibu digambarkan sebagai seorang wanita yang lembut, mengasuh, dan rela berkorban, serta secara tradisional berada di dalam rumah dengan rasa tanggung jawab kepada suami dan anak-anaknya (Falicov, 1998). De Dauza dan Gualda (2000) menjelaskan bahwa keluarga berperan sebagai titik tumpu acuan guna mengkaji perilaku kesehatan dan batasan dasar sehat sakit, keluarga dapat mempengaruhi persepsi individu. Biasanya seorang ibu menjadi seorang penerjemah

utama dari makna suatu gejala dan sakit tertentu pada anggota keluarga dan pengambil keputusan akan tindakan apa yang perlu diambil, dan bertindak sebagai pemberi layanan kesehatan informal. Doherty dan Baird dalam Friedman (2010) menyebutkan bahwa anggota keluarga yang paling sentral adalah ibu yang dapat mempengaruhi penilaian kesehatan, sehingga sering disebut sebagai “ahli kesehatan keluarga.”

Peningkatan koping keluarga pada semua tingkat pendidikan dari kelompok perlakuan dibanding dengan kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena pada kelompok perlakuan mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga dimana mendapatkan materi-materi yang dapat meningkatkan pemahaman, sikap dan tindakan. Pada tabel 1.1 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar keluarga mengatakan belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit diabetes millitus sebanyak 73,3%. Friedman (2010) menyebutkan bahwa keluarga yang lebih berbasis pengetahuan dan informasi berkenaan dengan stresor atau kemungkinan stresor dapat meningkatkan perasaan memiliki pengendalian terhadap situasi dan mengurangi rasa takut keluarga terhadap sesuatu yang tidak diketahui juga membantu keluarga menilai stresor (maknanya) lebih akurat dan menentukan strategi koping yang tepat dengan mengambil tindakan yang tepat. Walsh dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa salah satu tipe koping fungsional yang menyebabkan resiliency keluarga adalah dengan memberikan intervensi yang berorientasi pada solusi dan pemecahan masalah. Pemberdayaan keluarga adalah intervensi yang bersifat pemberian solusi, pemecahan masalah dan pemberian informasi yang spesifik. Pemberian informasi terkait masalah yang sedang dihadapi keluarga dapat meningkatkan koping keluarga, seperti penelitian yang dilakukan oleh Barnett yang menyebutkan bahwa program yang berfokus pada pemberian informasi pada keluarga berkaitan dengan penyakit kronis dalam keluarga dapat memperlihatkan perbaikan dalam penatalaksanaan penyakit dan perawatannya (Friedman 2010).

Pada aspek sosial ekonomi setelah dilakukan intervensi pada kelompok responden buruh mengalami peningkatan menjadi 80% koping keluarga sedang dan 20% koping keluarga kompeten, sedangkan responden pegawai swasta mengalami peningkatan menjadi 66,66% menjadi kompeten sedang dan 33,33% menjadi kompeten. Pada kelompok kontrol responden dengan jenis pekerjaan wiraswasta saat pre test sebesar 66,66% berada pada koping keluarga kompeten sedang. Pada saat *post test* tidak terjadi peningkatan koping keluarga. Hal ini tidak dapat disimpulkan bahwa jenis pekerjaan keluarga mempengaruhi peningkatan koping keluarga, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui apakah ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan tingkat koping keluarga. Mc Cubbin (1993) dalam *resiliency models*, menyebutkan bahwa pekerjaan yang ketat, berhenti bekerja karena merawat anggota keluarga yang mengalami sakit kronis, pensiun adalah merupakan kategori stressor dan ketegangan yang dapat menjadikan keluarga jatuh pada kondisi ketidakberdayaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Burr dalam Friedman (2010) menyebutkan bahwa faktor kelas sosial dapat berpengaruh dalam koping keluarga. Keluarga dengan kelas sosial tinggi dan status pendidikan tinggi merasakan memiliki kebutuhan yang lebih besar untuk mengatur dan mengendalikan perawatan kesehatan mereka sehingga menggunakan lebih banyak strategi koping keluarga dalam mendapatkan informasi dan pengetahuan. Keluarga miskin dan tingkat pendidikan rendah merasakan kurang percaya diri dengan kemampuan mereka sehingga menggunakan sifat pengendalian dengan penilaian pasif.

Pemberian implementasi keperawatan keluarga berupa pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh terhadap peningkatan koping keluarga. Peningkatan koping keluarga menggunakan *family coping index (FCD)* setelah dilakukan intervensi bergerak pada rentang yang sangat lambat, ini dapat dijelaskan seperti pada tabel 5.5 dari 8

responden tidak kompeten hanya 2 responden yang meningkat menjadi kompeten atau 25%, sedangkan 6 responden 75% meningkat menjadi kompeten sedang. Pada kelompok kontrol sebagian besar responden cenderung memiliki nilai yang tetap, hanya ada peningkatan 1 responden tidak kompeten menjadi kompeten sedang, 2 responden tidak kompeten terjadi peningkatan nilai indeks coping keluarga namun tidak bergeser pada peningkatan copingnya. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi keperawatan sangat mutlak untuk diberikan pada keluarga untuk meningkatkan coping keluarga.

Andren dan Elmstahl (2007) menjelaskan bahwa meskipun keluarga mengalami masalah psikologis dalam merawat anggota keluarga yang sakit namun pemberian intervensi pemberdayaan dengan menggunakan *caregiver empowerment model* dapat memberikan manfaat terhadap kemampuan keluarga untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Penelitian yang dilakukan oleh Folkman (1996) menjelaskan bahwa terdapat pengaruh yang sangat positif pemberdayaan pada keluarga dengan masalah penyakit kronis terhadap kemampuan pemusatan makna coping keluarga. Penelitian serupa juga pernah dilakukan oleh Jones (2003) yang melaporkan bahwa pemberian intervensi pemberdayaan keluarga menggunakan *caregiver empowerment model* telah dapat mengubah keluarga dalam resiko kerentanan terhadap masalah-masalah yang dapat mengakibatkan keluarga tidak sejahtera. Patricia (2011), merekomendasikan bahwa intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga dengan memperhatikan *caregiver empowerment model* dapat digunakan oleh perawat dalam meningkatkan kemampuan individu dan keluarga untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dengan memperhatikan sumberdaya keluarga yang tersedia.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *paired t test* sebagaimana yang tercantum dalam tabel 1.4 menunjukkan bahwa peningkatan *family coping* pada kelompok perlakuan lebih besar dari pada peningkatan *family coping* pada kelompok kontrol. Hasil ini juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna terhadap tingkat *family coping* sebelum dan setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga : pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada kelompok perlakuan. Hasil uji *t independent test* menunjukkan perbedaan yang bermakna terhadap peningkatan coping keluarga antara keluarga yang mendapatkan intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga (perlakuan) dan kelompok kontrol.

Foreman menjelaskan bahwa keluarga menghadapi, mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi hidup yang penuh dengan stres secara teratur selama perjalanan hidup keluarga juga perlu mengatasi stresor situasional yang tidak diharapkan seperti sakit kronis pada anggota keluarganya. Salah satu intervensi yang diberikan pada keluarga dalam menghadapi situasi stressor adalah dengan memberikan pemberdayaan keluarga (Foreman, 2001). Beberapa penelitian yang menunjang penggunaan intervensi pemberdayaan keluarga adalah penelitian yang dilakukan oleh Stern dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dengan penyedia pelayanan kesehatan dalam meningkatkan tingkat kenyamanan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis. Figley menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga menekankan pada sikap filosofis terhadap konsep bekerja dengan keluarga. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis merupakan pengalaman traumatis sehingga pendekatan yang dilakukan adalah memperhalus intervensi keperawatan dengan memberikan penghormatan tulus terhadap kemampuan keluarga, baik kognitif, afektif maupun bertindak secara alami dan kekuatan keluarga yang dimiliki (Figley, 1995). Robinson menjelaskan bahwa intervensi pemberdayaan yang dilakukan pada keluarga dengan penyakit kronis adalah dengan menjadi pendengar yang baik, penuh kasih sayang, tidak menghakimi, kolaborator,

memotivasi munculnya kekuatan keluarga, partisipasi keluarga dan keterlibatan dalam proses perubahan dan penyembuhan penyakit (Robinson, 1995).

Dalam penelitian ini intervensi pemberdayaan keluarga memperhatikan aspek kognitif, afektif dan psikomotor keluarga yang dikemas dalam satuan acara pembelajaran dengan menggunakan 4 sesi pertemuan. Hasil penelitian seperti yang tertera dalam tabel 1.4 dan tabel 1.5 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat coping keluarga yang bermakna pada keluarga yang mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga dengan kelompok kontrol, hal ini menunjukkan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan keluarga untuk meningkatkan coping keluarga, seperti yang dikemukakan oleh Hulme PA (1999) bahwa pemberdayaan pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami penyakit kronis diberikan dengan memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi penyakit dan manajemen, mengedepankan empati dan menunjukkan perhatian yang tulus, mengakuinya dapat meningkatkan kompetensi keluarga dalam merawat anggota keluarga serta membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang sakit.

Johson juga menjelaskan bagaimana memberdayakan (*empowerment*) keluarga dengan mengatakan bahwa intervensi yang bertujuan membantu keluarga yang beresiko mengalami masalah dapat dilakukan dengan memberikan dorongan atau mobilisasi keluarga dengan membantu keluarga mengenali, mengidentifikasi, dan memanfaatkan kekuatan dan sumber keluarga guna secara positif mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang sakit (Johnson, 2001).

Hasil penelitian ini menguatkan bahwa intervensi pemberdayaan keluarga memperhatikan karakteristik responden seperti yang tertera dalam tabel 1.1 dan tabel 1.2 sebagai satu kesatuan keluarga dimana intervensi pemberdayaan keluarga dilaksanakan pada tataran keluarga sebagai klien yang menjadikan keluarga sebagai bagian terdepan, sedangkan individu-individu anggota keluarga berada pada latarbelakang atau dalam konteks. Keluarga adalah merupakan sebuah sistem yang saling mempengaruhi. Keluarga berfokus pada hubungan dan dinamika internal keluarga, fungsi dan struktur keluarga, dan hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan, serta hubungan keluarga dengan lingkungan. Konsep ini sejalan dengan konsep keperawatan sistem keluarga yang dapat digunakan dalam perspektif interaksi untuk menjelaskan hubungan antara penyakit, anggota keluarga dan keluarga sehingga juga dapat digunakan sebagai dasar pemberian intervensi (Wright & Leahey, 2000).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan penelitian: 1) terdapat peningkatan coping keluarga pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 sebelum dan setelah diberikan perlakuan; 2) keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 yang tidak diberikan intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) tidak menunjukkan peningkatan coping keluarga; 3) pemberian intervensi keperawatan keluarga: pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh terhadap peningkatan coping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes millitus tipe-2.

Saran yang dapat diberikan meliputi: 1) intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) dapat digunakan untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes millitus tipe-2; 2) untuk meningkatkan coping keluarga dengan diabetes millitus tipe-2 di perlukan pada peningkatan kemampuan keluarga pada aspek kemandirian fisik, kompetensi terapeutik dan pengetahuan tentang kondisi kesehatan; 3) pemahaman terhadap pendekatan intervensi keperawatan keluarga dan kemampuan dalam menerapkan intervensi keperawatan keluarga: *family empowerment* diperlukan untuk meningkatkan hasil

peningkatan coping keluarga; 4) masih terbatasnya penelitian-penelitian yang membahas intervensi pemberdayaan keluarga (*family empowerment*), memungkinkan untuk terus dilanjutkan pada penelitian-penelitian serupa terutama kaitannya dengan penyakit kronis pada keluarga.

KEPUSTAKAAN

- Ayu, K. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga Bagi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas*. Jakarta: Sangung Seto.
- Brunner, & Suddarth. (1997). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* (8 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Burr, W., & Bahr, K. (1993). *Family science*. Grove, CA: Brooks/Cole.
- Caudle, P. (1993). Providing culturally sensitive health care to hispanic. *Nurse Practitioner* , 40-51.
- Chesla, C. A., & Fisher, L. (2010). *Family and Disease Management in African-American Patients With Type 2 Diabetes*. San Francisco: Departement of Family Health Care Nursing, University of California.
- Dahlan, S. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Dalimartha, S., & Adrian, F. (2012). *Makanan & Herbtal untuk penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Davey, P. (2005). *At a Glance Medicine*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Depkes. (2010). *Pedoman pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman Teknis Penemuan dan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: Direktorat PPTM Depkes RI.
- Dinkes Propinsi Jateng. (2011). *Profil esehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*. Semarang: Dinkes Jateng.
- Falicov, C. (1998). *Learning to think culturally*. New York: Guilford Press.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatized stress disorder in those who real the traumatized*. Nwe York: Brunner/Mazel.
- FK. Universitas Indonesia. (2007). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Foreman. (2001). *Cancer's toll on marriage*. *Los Angeles Time* .
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik* (Vol. 5). Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M. (2010). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Graves, K. N. (2007). *Family Empowerment as a Mediator between Family-Centered Systems of Care and Changes in Child Functioning: Identifying an Important Mechanism of Change*. Washington: Springer Science and Business Media.
- Hulme, P. A. (1999). Empowerment: A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families. *Journal of Family Nursing* , 33-50.
- Hulme, P. A. (1999). Family Empowerment : A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Famililies of Children with Chronic Health Condition. *Journal of Family Nursing* , 1.
- Hulme, P. A. (1999). Family Empowerment. *SAGE Family Nursing Journal* , 1-19.
- James E, A. L. (2006). *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. london,England: American Psychiatric Publishing,Inc.
- Johnson, S. (2001). Helping children to eat right. Nutrition,health and safety. *Journal of Early Education and Family Reviee* , 30-31.

- Karlsen, B., & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* , 391-401.
- Kopelman, R. (1986). *Managing Productivity in Organizations a practical, People-Oriented Perspective* (1 ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- NANDA. (2012). *Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2012-2014*. Jakarta: EGC Medical Publisher.
- Notoatmojo. (2002). *metodologi penelitian*. Jakarta.
- Nurrahmani, U. (2011). *Stop Diabetes*. Bandung: Familia Pustaka Keluarga.
- Nursalam. (2009). *manajemen keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parker, M. E., & Marlaine, S. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Perkeni. (2011). *Panduan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: Perkeni.
- RI, Depkes. (2008). *Pedoman Teknis Penemuan dan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: DPPTM.
- Robinson. (1995). Unifying distinctions for nursing research with persons and family. *Journal of Advanced Nursing* , 8-29.
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawati, S., & Citra, A. (2005). *Tuntunan Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Bandung: Penerbit Rizki press.
- Sudiharto. (2005). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: ALFABETA, CV.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R 7 D*. Bandung: ALFABETA, CV.
- Sugiyono. (2009). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: ALFABETA.
- Sugiyono. (2009). *Statsistika Untuk Penelitian*. Bandung: ALFABETA.
- Sunarti, E. (2008). *Program Pemberdayaan dan Konseling Keluarga*. Bogor: Fakultas Ekologi Manusia IPB.
- Suyono, S. (2002). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Walpole, R. E. (1995). *Pengantar Statistika*. Jakarta: Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Wright, L., & Leahey, M. (2000). *Nurses and families : A guide In family assesment and intervention*. Philadelphia: Davis.