

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga menurut Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Andarmoyo (2012) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling menguntungkan.

Menurut Johnson's (1992) dalam Andarmoyo (2012), keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus-menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya.

2.1.2 Tipe / Bentuk Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga nontradisional, dimana setiap tipe memiliki varian berbeda.

a. Keluarga tradisional

1. *Traditional Nuclear* atau Keluarga Inti merupakan suatu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga ini adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah

tangga. Pada tipe ini keluarga tradisional terdapat varian keluarga inti yang meliputi keluarga pasangan suami istri bekerja, yaitu keluarga dimana pasangan suami istri keduanya bekerja diluar rumah. Keluarga ini merupakan pengembangan varian non tradisional dimana pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga diterapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian, beberapa orang masih menganut bahwa fungsi kerumahtanggaan tetap dipengang oleh istri.

2. Keluarga Tanpa Anak atau *Dyadic Nuclear* adalah keluarga dimana suami istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidakmampuan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari kariernya. Biasanya keluarga akan mengadopsi anak.
3. *Commuter Family* yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.
4. *Reconstituted Nuclear* adalah bentuk keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan suami istri, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinana baru. Pada umumnya bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

5. *Extented Family* atau Keluarga Besar adalah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak.

6. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal atau *Single Parent* adalah bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah *Single Adult* yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah atau tinggal sendiri.

b. Keluarga nontradisional

Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki perasaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal. Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi :

1. *Communal* atau *Commune Family* adalah keluarga dimana satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan dimana penduduknya padat.
2. *Unmarried Parent and Child* adalah keluarga yang terdiri dari ibu, nak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
3. *Cohibing Couple* adalah keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
4. *Institusional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat.

2.1.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut Friedman (2010), yaitu:

1. Struktur Peran Keluarga

Terdapat 2 perspektif dasar mengenai peran orientasi struktural yang menekankan pengaruh normatif yaitu pengaruh yang berkaitan dengan status-status tertentu dan peran-peran terkaitnya dan orientasi interaksi yang menekankan timbulnya kualitas peran yang lahir dari interaksi sosial.

a. Peran Formal

Keluarga membagi peran secara merata kepada para anggota keluarga seperti cara masyarakat membagi peran-perannya, bagaimana pentingnya pelaksanaan peran bagi suatu sistem. Peran formal yang standar terdapat dalam keluarga (pencari nafkah, iburumah tangga, tukang perbaiki rumah, pengasuh anak, dan manager keuangan). Terdapat 6 peran dasar yang membentuk posisi sebagai suami (ayah) dan istri (ibu), peran-peran tersebut adalah peran sebagai provider (penyedia), peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan, peran terapeutik, (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan), peran seksual.

b. Peran Informal

Peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak kekuasaan permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga.

2. Struktur Nilai

Nilai adalah sebuah keyakinan abadi yang mempunyai bentuk perilaku spesifik. Sedangkan nilai-nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, sikap, dan kepercayaan tentang nilai suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budayalazim.

3. Struktur Kekuatan Keluarga

Kekuasaan merupakan kemampuan potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengontrol, mempengaruhi, mengubah tingkah laku seseorang. Kekuatan keluarga sebagai sebuah karakteristik dari sistem keluarga adalah kemampuan untuk potensial maupun aktual dari seorang anggota individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga.

4. Pola dan Proses Komunikasi

- a. Pola interaksi keluarga yang berfungsi bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik, berfikir positif, tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri.
- b. Karakteristik keluarga berfungsi sebagai karakteristik pengirim dan karakteristik penerima. Karakteristik pengirim berfungsi dalam mengemukakan sesuatu pendapat yang disampaikan jelas dan berkualitas, selalu meminta dan menerima umpan balik. Sedangkan karakteristik penerima berfungsi siap mendengarkan, memberikan umpan balik, melakukan validasi.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut WHO (1978) dan Friedman (1998) dalam Andarmoyo (2012), fungsi keluarga dibagi menjadi beberapa fungsi tetapi mempunyai tujuan sama yaitu mewujudkan keluarga yang harmonis dan sejahtera.

Fungsi keluarga menurut WHO (1978) dalam Andarmoyo (2012) dibagi menjadi 5 fungsi yang meliputi :

- a. Fungsi biologis adalah fungsi untuk reproduksi, pemeliharaan, dan membesarkan anak, memberi makan, mempertahankan kesehatan dan rekreasi.
- b. Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentukan alokasi sumber yang diperlukan.
- c. Fungsi psikologis adalah fungsi untuk menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami, guna memberikan perlindungan psikologis yang optimum.
- d. Fungsi edukasi adalah fungsi untuk mengajarkan ketrampilan, sikap, dan pengetahuan.
- e. Fungsi sosiokultural adalah fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi, atau adat dan bahasa.

2.1.5 Tujuan Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar dari keluarga terdiri dari 4 tujuan diantaranya :

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.

3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi, dan kebutuhan seksual.
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

2.1.6 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Menurut Allender dan Spardley (2001) dalam Nadirawati (2018), sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, yaitu dimana keluarga menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan yaitu :

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarganya.
3. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Kemampuan keluarga dalam mempertahankan/menciptakan lingkungan rumah yang sehat.
5. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.2 Konsep Penyakit Diabetes Mellitus

2.2.1 Definisi Diabetes Mellitus

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2014), Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah dalam tubuh. Akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah, yang disebut hiperglikemia.

2.2.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi Diabetes Mellitus menurut Smeltzer (2013), yaitu:

a. DM tipe 1

Sekitar 5% sampai 10% pasien mengalami DM tipe 1. DM tipe 1 ditandai dengan destruksi sel-sel beta pankreas akibat faktor genetik, imunologis, dan juga lingkungan. DM tipe 1 memerlukan injeksi insulin untuk mengontrol kadar glukosa darah.

b. DM tipe 2 (DM tak tergantung insulin)

Sekitar 90% sampai 95% pasien mengalami DM tipe 2. DM tipe 2 disebabkan karena adanya penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin yang diproduksi.

c. DM gestasional

DM gestasional ditandai dengan intoleransi glukosa yang muncul selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga. Resiko DM gestasional disebabkan obesitas, riwayat pernah mengalami DM gestasional, glikosuria, atau riwayat keluarga yang pernah mengalami diabetes.

2.2.3 Etiologi Diabetes Mellitus

Menurut Riyandi (2010) penyebab resistensi insulin pada DM sebenarnya tidak begitu jelas tetapi faktor yang banyak berperan antara lain:

1. Faktor genetik

DM dapat menurun dari keluarga yang pernah memiliki penyakit DM sebelumnya. Hal ini terjadi karena DNA pada seseorang yang mengalami DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan produksi insulin.

2. Faktor imunologi

Klien DM memiliki bukti adanya respon suatu autoimun yang merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang seolah-olah dianggap sebagai jaringan asing.

3. Lingkungan

Faktor-faktor eksternal dapat memicu proses autoimun dan menyebabkan destruksi pada sel beta seperti virus dan toksin.

4. Usia

Manusia mengalami penurunan fisiologis yang menurun dengan cepat setelah usia 40 tahun. Penurunan ini akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

5. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada seseorang yang mengalami obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

6. Pola makan

Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat akan berperan pada ketidakstabilan kerja sel beta pankreas. Malnutrisi dapat merusak pankreas sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin.

7. Stres

Stres akan meningkatkan kerja metabolisme dan kebutuhan akan sumber energi yang berakibatkan pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi menyebabkan pankreas mudah rusak sehingga berdampak pada penurunan insulin.

2.2.4 Tanda dan Gejala Diabetes Mellitus

Menurut Perkeni (2011) ada beberapa gejala umum yang dapat ditimbulkan oleh penyakit DM diantaranya:

1. Pengeluaran urin (*Poliuria*)

Poliuria adalah keadaan volume air kemih dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala DM dikarenakan kadar gula darah dalam tubuh relatif tinggi sehingga tubuh tidak sanggup untuk mengurainya dan berusaha mengeluarkan sebagai urin. Gejala pengeluaran urin ini lebih sering terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan mengandung glukosa.

2. Timbul rasa haus (*Polidipsia*)

Polidipsia adalah rasa haus yang berlebih yang timbul karena kadar glukosa terbawa oleh urin sehingga tubuh berespon untuk meningkatkan cairan.

3. Timbul rasa lapar (*Polifagia*)

Pasien DM akan merasa cepat lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi.

4. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan pada pasien DM disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi.

2.2.5 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan kumpulan gejala yang kronis dan bersifat sistemik dengan karakteristik peningkatan gula darah atau hiperglikemia yang disebabkan menurunnya sekresi atau aktivitas dari insulin sehingga mengakibatkan terhambatnya metabolisme karbohidrat, protein dan lemak (Tarwoto, 2012).

Jumlah insulin yang mengalami defisiensi akan menimbulkan terjadinya hiperglikemia sehingga akan menyebabkan diabetes melitus. Pada DM tipe 1 yang terjadi adalah pankreas tidak mampu menghasilkan insulin sama sekali atau mampu menghasilkan dalam jumlah sedikit/tidak cukup. Sedangkan pada DM tipe 2, pankreas mampu menghasilkan insulin dalam jumlah yang normal, tetapi insulinnya tidak dapat berfungsi/bekerja secara efektif. Dimana telah terjadi retensi insulin. Kekurangan insulin akan mengakibatkan gangguan metabolisme bahan bakar untuk melangsungkan fungsinya membangun jaringan baru dan memperbaiki jaringan (Baradero, 2009).

Hormon insulin merupakan hormon anabolik yang mendorong penyimpanan glukosa sebagai glikogen di dalam hati dan otot, merubah glukosa menjadi triasiliserol di dalam hati serta penyimpanannya di jaringan adipose. Selain itu hormon ini juga meningkatkan penyerapan asam amino dan sintesis protein darah lainnya oleh hati. Insulin meningkatkan

penggunaan glukosa sebagai bahan bakar dengan merangsang transpor glukosa ke dalam otot dan bahan jaringan adipose (Baradero, 2009).

Dan pada saat yang sama insulin bekerja menghambat mobilisasi bahan bakar. Selain kadar glukosa darah, faktor lainnya seperti asam amino, asam lemak, dan hormon gastrointestinal mampu merangsang sekresi insulin dalam derajat yang berbeda-beda. Fungsi utama insulin adalah meningkatkan kecepatan transpor glukosa melalui membran sel ke jaringan terutama sel otot, fibroblas dan sel lemak (Baradero, 2009).

2.2.6 Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut Tandra (2017), komplikasi yang ditimbulkan akibat diabetes dapat dibagi dalam dua kelompok besar yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis.

1. Komplikasi akut

a. Ketoasidosis Diabetik (KAD)

Ketoasidosis Diabetik (KAD) adalah suatu keadaan gawat darurat akibat hiperglikemia yang menyebabkan banyak terbentuk asam dalam darah. Ketoasidosis diabetik disebabkan oleh tiga penyebab utama yaitu tidak adanya insulin atau jumlah insulin yang tidak mencukupi, pada keadaan sakit atau adanya infeksi dan manifestasi pertama adanya diabetes yang tidak terdiagnosis/terobati dengan baik. Hal ini bisa diperparah jika penderita DM tidak mau minum obat diabetes atau suntik insulin pada saat stres/infeksi. Ketoasidosis diabetik

menyebabkan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Gambaran klinis pada penderita DM yang mengalami ketoasidosis diabetik yaitu nafas yang cepat dan dalam (nafas *Kussmaul*), nafas bau keton atau aseton, nafsu makan turun, mual, muntah, demam, nyeri perut, berat badan turun, capek, lemah, bingung, mengantuk, kesadaran menurun sampai koma. Sebelum tanda tersebut muncul pasti terlebih dahulu ada tanda-tanda hiperglikemia yang muncul seperti rasa haus, banyak kencing, capek, lemah, luka sulit sembuh, dan lain-lain.

b. *Hyperosmolar Non Ketotik* (HONK atau HHNK)

Hyperosmolar Non Ketotik (HONK) adalah suatu keadaan yang didominasi oleh adanya hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. *Hyperosmolaritas Non Ketotik* tidak terjadi ketosis maupun asidosis. Pada kelainan ini kadar gula darah bisa sampai di atas 600 mg/dL. Sehingga akan muncul gejala banyak kencing, haus, lemah, kaki dan tungkai kram, bingung, nadi berdenyut cepat, kejang dan bisa koma. Kelainan ini terjadi karena berkurangnya jumlah insulin efektif, jumlah insulin yang sedikit dapat mencegah terjadinya pemecahan lemak.

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah suatu keadaan klinis yang disebabkan penurunan kadar glukosa darah. Hipoglikemi dapat terjadi apabila kadar glukosa turun dibawah 60 mg/dL. Hipoglikemia dapat terjadi pada penderita

DM yang menggunakan insulin atau obat oral mendiabetes, tetapi tidak makan dan olahraga berlebihan/melebihi takarannya. Keluhan hipoglikemia yaitu sakit kepala, kurang konsentrasi, mata kabur, capek, bingung, kejang atau koma, pucat, berkeringat, nadi berdenyut cepat, berdebar, cemas serta rasa lapar. Ketika gula darah pada tingkat 40-55 mg/dL akan muncul keluhan antara lain berkeringat dingin, gemetar, mata kabur, merasa lemah, merasa lapar, pusing dan sakit kepala, nervous dan tegang, mual, jantung berdebar, kulit dingin. Bila kadar gula darah dibawah 40 mg/dL maka akan muncul keluhan antara lain mengantuk, sukar bicara, seperti orang mabuk, dan bingung. Sedangkan keluhan/gejala gawat jika kadar gula di bawah 20 mg/dL antara lain kejang, tidak sadarkan diri dan bisa meninggal.

2. Komplikasi kronis

a. Komplikasi Makrovaskuler

Penyakit makrovaskuler dapat terjadi tergantung pada lesi aterosklerosis dalam pembuluh darah besar. Penyakit makrovaskuler yang sering muncul antara lain arteri koroner, penyakit serebrovaskuler dan vaskuler perifer. Vaskuler perifer adalah suatu penyakit yang terjadi akibat aterosklerosis pada pembuluh darah besar di bagian ekstremitas bawah yang dapat menyebabkan ulkus diabetikum dan amputasi pada bagian ekstremitas bawah.

b. Komplikasi Mikrovaskuler

Penyakit mikrovaskuler diabetik (mikroangiopati) ditandai oleh adanya penebalan membran basalis pembuluh kapiler yang dapat berakibat serius seperti mikrosirkulasi retina mata dan ginjal. Gangguan fungsi kapiler di retina dapat menyebabkan retinopati diabetik. Sedangkan gangguan fungsi kapiler di ginjal dapat mengakibatkan nefropati.

c. Neuropati

Neuropati adalah penyakit yang menyerang pada semua tipe saraf. Tipe neuropati diabetik yang sering terjadi adalah neuropati perifer dan neuropati otonom. Neuropati perifer/saraf tepi adalah penyakit yang menyerang saraf bagian distal, terutama saraf pada bagian ekstremitas bawah (kaki dan tangan) serta dapat mengenai kedua sisi tubuh dengan distribusi yang simetris dan secara progresif akan meluas ke arah proksimal. Sedangkan neuropati otonom adalah penyakit yang menyerang saraf yang dapat mengakibatkan berbagai disfungsi yang mengenai semua sistem organ tubuh.

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Mellitus

Diagnosis DM ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Diagnosis DM dapat ditegakkan dengan 3 cara (PERKENI, 2011), yaitu:

1. Jika keluhan klasik ditemukan (poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan), maka pemeriksaan glukosa darah sewaktu >200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM.
2. Pemeriksaan glukosa puasa puasa 126 mg/dl, dengan adanya keluhan klasik.
3. Tes toleransi glukosa oral (TTGO) dengan beban 75 gr glukosa lebih sensitif dan spesifik dibanding dengan pemeriksaan gula darah puasa, namun pemeriksaan ini memiliki keterbatasan yaitu sulit untuk dilakukan berulang-ulang dan jarang dilakukan karena membutuhkan persiapan khusus.

Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaringan dan diagnosis DM (mg/dL)

Kadar glukosa darah	Bukan DM	Diduga DM	Penderita DM
Sewaktu	<1140	140-200	> 200
1. Plasma vena	>180	80-200	> 200
2. Plasma Kapiler			
Puasa	< 110	110-126	> 126
1. Plasma vena	> 90	90-110	> 110
2. Darah Kapiler			

(Sumber: PERKENI, 2011)

2.2.8 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

1. Pendidikan Kesehatan tentang DM (Edukasi)

Edukasi diabetes adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien diabetes yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal, penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Edukasi yang dapat diberikan pada penderita DM antara lain pemahaman tentang perjalanan penyakit, pentingnya pengendalian penyakit, komplikasi yang ditimbulkan dan resikonya, intervensi obat dan pemantauan glukosa darah, cara mengatasi hipoglikemi, olahraga yang teratur dan cara menggunakan fasilitas kesehatan. Perencanaan diet yang tepat yaitu tercukupinya asupan kalori, protein, lemak dan mineral. Selain itu ajarkan pula cara mengontrol gula darah untuk mencegah komplikasi dan mampu merawat diri sendiri (Darliana, 2015).

2. Pengaturan Diet DM (Nutrisi)

Pasien DM perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan, terutama pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Tujuan paling penting dalam pengaturan nutrisi dan diet adalah mengontrol kebutuhan kalori tubuh, intake yang dibutuhkan, mencapai kadar kadar serum yang normal, mencegah komplikasi akut dan kronik. Standar yang dianjurkan

adalah makanan dengan komposisi seimbang baik karbohidrat, protein dan lemak sesuai dengan kecukupan gizi. Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mempertahankan berat badan ideal (Darliana, 2015).

3. Latihan Jasmani/Aktivitas

Latihan jasmani/aktivitas, kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan hal penting yang harus dilakukan untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan, memperbaiki sensitifitas insulin sehingga dapat mengendalikan kadar glukosa darah. Latihan yang dianjurkan adalah latihan yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging dan berenang. Latihan sebaiknya dilakukan sesuai umur dan status kesegaran jasmani. Pada individu yang relative sehat, intensitas latihan dapat ditingkatkan, sedangkan yang sudah mengalami komplikasi DM latihan dapat dikurangi (Darliana, 2015).

4. Monitoring Gula Darah

Monitoring gula darah untuk penderita DM sangat bermanfaat untuk penderita DM dengan pengobatan insulin yang memerlukan pengendalian kadar gula darah yang baik. Monitoring gula darah merupakan bagian dari manajemen diri bagi penderita DM (Mulyati, 2014).

5. Farmakologi

Obat yang diberikan untuk penderita DM antara lain obat oral anti diabetes (OAD) dan insulin. Fungsi obat pada penderita DM untuk mencehah resiko terjadinya komplikasi akibat kadar gula dalam darah yang tidak terkendali (Mulyati, 2014).

2.2.9 Diet Diabetes Mellitus

Diabetes merupakan penyakit degeneratif. Dengan demikian, tidak ada obat yang dapat menyembuhkan penyakit diabetes. Usaha penyembuhan dilakukan untuk mencegah kambuhnya penyakit dengan cara mengendalikan kadar gula melalui pengaturan menu makanan yang diiringi dengan pengobatan secara medik, olahraga, pola hidup sehat. Pengaturan menu makanan sangat penting untuk penderita diabetes mellitus. Dengan mempertimbangkan jumlah kalori dan jumlah gizi yang dibutuhkan, maka tujuan pengaturan menu akan tercapai (Krisnatuti, 2014).

a. Menurut Kemenkes RI (2011) tujuan diet Diabetes Mellitus yaitu:

- 1) Memberikan makanan sesuai kebutuhan
- 2) Mempertahankan kadar gula darah sampai normal/mendekati normal
- 3) Mempertahankan berat badan menjadi normal
- 4) Mencegah terjadinya kadar gula darah terlalu rendah
- 5) Mengurangi/ mencegah komplikasi

b. Prinsip Diet 3J Diabetes Mellitus menurut Tjahjadi (2017), yaitu:

1. Tepat Jadwal makan

Pada dasarnya diet DM diberikan dengan interval waktu tiga jam, meliputi tiga kali makan utama dan tiga kali makan selingan.

Tabel 2.2 Jadwal Makan Standar Untuk Penderita DM, yaitu:

Jenis Makanan	Waktu	Total Kalori
Makan Pagi	07.00	20%
Selingan	10.00	10%
Makan Siang	13.00	30%
Selingan	16.00	10%
Makan Sore/ Malam	19.00	20%
Selingan	21.00	10%

Sumber: Penuntun Diet, Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo (2010)

2. Tepat Jenis

Jenis makanan perlu diperhatikan karena menentukan kecepatan naiknya gula darah. Penyusunan makanan bagi penderita DM mencakup:

a) Karbohidrat

Karbohidrat meskipun mendorong naiknya kadar gula, penting untuk penderita DM. Ada dua jenis karbohidrat yaitu: gula, karbohidrat dengan tepung (starchy foods). Contoh asupan karbohidrat diantaranya adalah nasi, roti, sereal, jagung, sagu, gula, gandum, singkong, dsb. Untuk penderita DM disarankan

adalah yang juga mengandung serat. Mereka pada dasarnya termasuk dalam golongan karbohidrat tepung.

b) Protein

Pada penderita DM, diet dengan protein tinggi dianggap mampu untuk menurunkan jumlah lemak yang mendorong terjadinya obesitas pada wanita DM tipe 2. Lagipula, lemak yang tinggi pun mendorong terjadinya perlawanan insulin bagi tubuh. Sumber protein ini dapat ditemukan pada daging ayam (tanpa kulit untuk menghindari lemak yang berlebih), ikan, tahu, tempe, kacang-kacangan, dsb.

c) Lemak

Lemak adalah nutrisi yang diperlukan tubuh. Oleh karena itu, makanan rendah lemak biasanya disediakan untuk para penderita DM. Banyaknya produk susu atau yogurt rendah lemak dijual dipasaran. Untuk menghindari lemak yang berlebih, daging ayam biasanya disajikan tidak dengan kulit, lemak, atau jeroannya dan tidak digoreng.

d) Buah-buahan

Buah-buahan adalah asupan penting yang mengandung serat fiber. Namun untuk menjaga kadar glukosa dalam posisi normal, tidak semua buah cocok untuk penderita DM. Contoh buah yang disarankan untuk penderita DM adalah apel, stroberi, belimbing,

pisang, kiwi, buah naga, jambu biji, jambu air, nanas, dan plum. Buah yang terlalu banyak mengandung karbohidrat tidak cocok untuk penderita DM.

e) Sayuran

Sayuran adalah asupan lain yang mengandung serat. Beberapa jenis sayuran bebas dikonsumsi, tetapi ada sayuran lain yang dikonsumsi harus dibatasi (misalnya maksimum 100gr per hari). Sayuran yang bebas dikonsumsi memiliki kandungan karbohidrat, protein dan lemak yang sangat sedikit jadi tidak berpengaruh banyak pada kadar glukosa penderita DM. Sementara itu, sayuran yang tidak bebas dimakan kapan saja mengandung lebih banyak kandungan-kandungan tersebut. Biasanya konsumsinya hanya dibatasi sampai 100gr per hari. Contoh sayuran yang boleh dimakan dengan bebas adalah kangkung, sawi, dsb. Sedangkan sayuran yang tidak boleh dimakan dengan bebas adalah daun singkong, kacang panjang, bayam, wortel, dsb.

Tabel 2.3 Jenis Diet DM Berdasarkan Kandungan Energi, Protein, Lemak dan Karbohidrat

Jenis Diet	Energi (kcal)	Protein (gr)	Lemak (gr)	Karbohidrat (gr)
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51.5	36.5	235
IV	1700	55.5	36.5	275

V	1900	60	48	299
VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	369

Sumber : Penuntun Diet, Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo (2010)

3. Tepat Jumlah

Jumlah kalori diet yang dianjurkan ialah makanan dengan komposisi yang seimbang. Ada beberapa jenis diet dan jumlah kalori untuk penderita DM menurut kandungan energi, karbohidrat, dan protein.

Tabel 2.4 Jumlah Bahan Makanan Sehari

Gambaran Bahan Makanan	Standar Diet (Kcal)							
	1100	1300	1500	1700	1900	2100	2300	2500
Nasi (pemberi)	2.5	3	4	5	5.5	6	7	7.5
Ikan (penukar)	2	2	2	2	2	2	2	2
Daging (penukar)	1	1	1	1	1	1	1	1
Tempe (penukar)	2	2	2.5	2.5	3	3	3	3
Sayuran (penukar A)	S	S	S	S	S	S	S	S
Sayuran (penukar B)	2	2	2	2	2	2	2	2
Buah (penukar)	4	4	4	4	4	4	4	4
Susu (penukar)	-	-	-	-	-	-	1	1
Minyak (penukar)	3	4	4	4	6	7	7	7

Sumber : Penuntun Diet, Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo (2010)

Tabel 2.5 Penentuan Jumlah Kalori Pasien DM

Waktu	Nama Masakan	Nama Bahan	Berat (g)	Energi (kal)	Protein (g)	Lemak (g)	
Pagi	Nasi Putih	Beras	50	178	2.1	0.1	
		Hati Goreng	Hati Sapi	25	34	4.93	0.8
	Sup Sawi + Wortel + Tahu	Sawi	50	11	1.15	0.15	
		Wortel	100	42	1.2	0.1	
		Tahu	50	24	3.9	2.3	
		Minyak	7.5	65.25	0.8	7.35	
		Pepaya	Pepaya	100	46	0.5	0
Snack	Pastel	Pastel	45	100	2.6	7.7	
Siang	Nasi Putih	Beras	70	249.2	2.94	0.14	
		Ayam	Ayam	40	120.8	7.28	10.6
		Jagung Muda	Jagung Muda	100	140	4.7	1.3
		Kembang Kol	Kembang Kol	50	12.5	1.2	0.1
		Jamur	Jamur	25	3.75	0.95	0.15
		Pisang Ambon	Pisang Ambon	100	173.25	0.95	0.15
Snack	Martabak Telur	Martabak Telur	50	100	4.45	2.55	
Malam	Nasi Putih	Beras	70	249.2	2.94	0.14	
		Telur	Telur	60	97.5	7.7	6.9
		Kecap	Kecap	25	11.5	1.43	0.15
		Kangkung	Kangkung	50	14.5	1.5	0.3
		Minyak Goreng	Minyak Goreng	7.5	65.25	0.03	7.35
		Jagung Muda	100	140	4.7	1.3	
	Apel	Apel	100	58	0.3	0.4	
Jumlah Total				1935.4	58.95	50.23	

Sumber : Penuntun Diet, Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo (2010)

Menurut PERKENI (2011) ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita DM, antara lain dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kal/kgBB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu: berat badan, jenis kelamin, umur, aktivitas.

1. Beberapa cara penghitungan berat badan ideal adalah sebagai berikut:

a. Pehitungan berat badan ideal menurut rumus Body Mass Index (BMI) atau Indeks Masa Tubuh (IMT):

$$BMI \text{ atau } IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m)}^2}$$

Ketentuan:

BB kurang = IMT < 18,5

BB normal = IMT 18,5-22,9

BB lebih = IMT > 23

BB dengan resiko = IMT 23-24,9

Obes I = IMT 25-29,9

Obes II = > 30,0

b. Pehitungan berat badan ideal menurut rumus Relative Body

Weight (RBW) atau Berat Badan Relatif (BBR):

$$RBW \text{ atau } BBR = \frac{BB}{TB-100} \times 100\%$$

Klasifikasi:

Kurus = $< 90\%$

Normal = $90-100\%$

Overweight = $> 110\%$

Obesitas = $> 120\%$

Pemberian Kalori:

Kurus = $BB \times 40-60 \text{ Kal}$

Normal = $BB \times 30 \text{ Kal}$

Overweight = $BB \times 20 \text{ Kal}$

Obesitas = $BB \times 10-15 \text{ Kal}$

2. Faktor yang menentukan kebutuhan kalori

a. Jenis kelamin

Kebutuhan kalori basal perhari untuk perempuan sebesar 25 kal/kgBB sedangkan untuk pria sebesar 30kal/kgBB.

b. Umur

1) Pasien usia >40 tahun kebutuhan kalorinya dikurangi 5% untuk setiap dekade antara 40 dan 59 tahun.

2) Pasien usia antara 60 dan 69 tahun dikurangi 10%.

3) Pasien usia >70 tahun dikurangi 20%

c. Aktivitas fisik atau pekerjaan

a) Kebutuhan basal di tambah 10% diberikan pada keadaan istirahat.

- b) Kebutuhan basal di tambah 20% pada pasien dengan aktivitas ringan.
- c) Kebutuhan basal di tambah 30% pada pasien aktivitas sedang.
- d) Kebutuhan basal di tambah 40% pada pasien aktivitas berat.
- e) Kebutuhan basal di tambah 50% pada pasien aktivitas sangat berat.

d. Berat Badan

- a) Pasien DM yang gemuk, kebutuhan kalori dikurangi antara 20-30% tergantung kepada tingkat kegemukan.
- b) Pasien DM kurus, kebutuhan kalori ditambah antara 20-30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan berat badan
- c) Jumlah kalori yang diberikan paling sedikit sekitar 1000-1200 kal perhari untuk wanita dan 1200-1600 kal perhari untuk pria.

2.3 Konsep Ketidapatuhan

2.3.1 Definisi Ketidapatuhan

Ketidapatuhan adalah perilaku individu dan/atau pemberi asuhan yang tidak sesuai dengan rencana promosi kesehatan atau terapeutik yang ditetapkan oleh individu (dan/atau keluarganya/atau komunitas) serta profesional pelayanan kesehatan. Perilaku pemberi asuhan atau individu yang tidak mematuhi ketentuan, rencana promosi kesehatan atau terapeutik

secara keseluruhan atau sebagian dapat menyebabkan hasil akhir yang tidak efektif secara klinis atau sebagian tidak efektif (Moorhead S, 2013).

2.3.2 Penyebab Ketidakpatuhan

Penyebab ketidakpatuhan (PPNI, 2017)

1. Disabilitas (misal: penurunan daya ingat, defisit sensorik/motorik)
2. Efek samping program keperawatan/pengobatan
3. Beban pembiayaan program perawat/pengobatan
4. Lingkungan tidak terapeutik
5. Program terapi kompleks dan/atau lama
6. Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (misal: gangguan mobilisasi, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak dirumah, cuaca tidak menentu)
7. Program terapi tidak asuransi
8. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi)

2.3.3 Faktor- faktor Ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

1. Menurut Niven (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi 4 bagian:

a) Pemahaman tentang instruksi

Seseorang tidak dapat mematuhi instruksi jika salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap. Penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

b) Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Beberapa keluhan yang spesifik adalah kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah-istilah medis yang berlebih, kurang empati, dan kurangnya kejelasan tentang penyebab penyakit yang seringkali menimbulkan kecemasan.

c) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Peran yang dimainkan dalam keluarga dalam mengembangkan kebiasaan kesehatan dan pengajaran. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan diri anggota keluarga yang sakit. Hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan secara umum dapat disimpulkan bahwa orang-orang yang

merasa menerima motivasi, perhatian dan pertolongan yang dibutuhkan dari seseorang atau kelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada pasien yang merasa mendapat dukungan keluarga.

d) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Kepribadian secara benar dibedakan antara orang yang patuh dengan yang gagal. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kuangnya penguasaan terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan sosial mengukur tingkat bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Jadi antara profesional kesehatan dan pasien, keluarga, dan teman, keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon terhadap anjuran pengobatan dan kepatuhan terhadap menjalani pengobatan.

2. Lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan

- a) Satu syarat untuk rencana menumbuhkan kepatuhan adalah mengembangkan tujuan kepatuhan. Banyak dari pasien-pasien yang tidak patuh pernah memiliki tujuan untuk mematuhi nasihat-nasihat

medis pada awalnya. Seseorang akan dengan senang hati mengemukakan tujuannya mengikuti program diet jika ia memiliki keyakinan dan sikap positif terhadap diet dan keluarga serta teman mendukung keyakinan tersebut.

- b) Perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga untuk mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.
- c) Pengontrolan perilaku seringkali tidak cukup untuk mengubah perilaku itu sendirian. Faktor kognitif juga berperan penting. Kekuatan petunjuk dapat diartikan sebagai suatu situasi dimana profesional kesehatan berperan sebagai referensi bagi pasien. Profesional kesehatan tersebut menjadi seseorang yang dalam berbagai cara dan yang membela perilaku sehat tertentu.
- d) Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain, teman, waktu, uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis.
- e) Dukungan dari profesional kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru

tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien dan secara terus-menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatan. Dukungan dari profesional dapat dilakukan dengan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien.

3. Lima faktor yang mendukung kepatuhan

a) Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti contohnya penggunaan buku-buku.

b) Akomodasi

Suatu usaha yang harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan.

c) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan.

d) Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

Dengan cara ini komponen-komponen sederhana dalam program pengobatan dapat diperkuat untuk selanjutnya dapat mematuhi komponen-komponen yang lebih kompleks.

e) Meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien

Memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan pada kondisi seperti itu. Konsultasi dapat membantu meningkatkan kepatuhan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, pelaksanaan rencana asuhan keperawatan, dan penilaian hasil (Padila, 2012).

2.4.1 Pengkajian

Di dalam asuhan keperawatan keluarga beberapa hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Data Umum

1. Identitas Kepala Keluarga

Di dalam identitas kepala keluarga yang perlu dikaji yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, dan suku. Penyakit Diabetes Mellitus dapat menyerang semua umur mulai dari anak-anak sampai dewasa. Tetapi lebih sering ditemukan pada orang dewasa berusia 40 dan lebih tua. Diabetes berkembang cepat di sekitar usia 45 sampai 64 tahun, dan semakin meningkat pesat lagi pada orang dewasa berusia 65 dan lebih tua. Karena Manusia mengalami penurunan fisiologis yang menurun dengan cepat setelah usia 40 tahun. Penurunan ini akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin. Dan pada anak-anak ditemukan pada mulai usia 12 tahun karena kerap dipicu oleh berat badan berlebih akibat pola makan dan pola hidup yang tidak sehat atau mungkin sejak lahir karena faktor genetik (Perkeni, 2013).

Seorang pasien diabetes mellitus yang mempunyai latar belakang pendidikan yang kurang cenderung tidak dapat menerima perkembangan baru mengenai kesehatannya. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan mempunyai kesempatan untuk berperilaku baik. Orang dengan

pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami dan mematuhi perilaku diet dibandingkan dengan orang dengan tingkat pendidikan rendah. Semakin rendah tingkat pendidikan yang dimiliki maka akan semakin rendah pula kemampuan yang akan dimiliki seseorang dalam menyikapi suatu permasalahan (Purwanto, 2011)

2. Komposisi keluarga

Komposisi keluarga menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut (Padilla, 2012).

3. Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat, dan sumber keluarga. Penyakit DM biasanya berkaitan dengan riwayat penyakit keturunan sehingga dalam genogram biasanya mendapatkan riwayat penyakit sebelumnya di keluarga (Padilla, 2013).

4. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga dengan jumlah penghuni yang banyak tanpa diimbangi fasilitas yang terpenuhi, beserta

kendala-kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis atau tipe keluarga tersebut (Padilla, 2012).

5. Suku bangsa

Mengenai suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padilla, 2012).

6. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padilla, 2012).

7. Status sosial ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan kepala keluarga maupun anggota keluarga yang lainnya. Pada keluarga dengan pendapatan tinggi akan lebih berisiko terkena DM karena perubahan sosial ekonomi dan selera makan akan mengakibatkan perubahan pola makan yang cenderung menjauh dari konsep seimbang sehingga berdampak negatif terhadap kesehatan dan gizi (Suiraoaka, 2012).

8. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padilla, 2012).

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Dalam tahap perkembangan keluarga terdapat 8 tahap. Pada tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah DM adalah tahap perkembangan keluarga 8 yaitu keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu suatu kemunduran fungsi system organ tubuh, termasuk penurunan fungsi dari sel beta pancreas (Padilla, 2013).

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dengan penderita DM yang kurang pengetahuan dan kurang pemahaman tentang DM sehingga anggota keluarga kurang dalam memberikan edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang menderita DM sehingga terjadi ketidakpatuhan (Dwipayanti, 2011).

3. Riwayat kesehatan keluarga inti

DM dapat menurun dari keluarga yang pernah memiliki penyakit DM sebelumnya. Hal ini terjadi karena DNA pada seseorang yang mengalami DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan produksi insulin (Padilla, 2013).

4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Mengkaji riwayat kesehatan keluarga besar baik dari suami maupun istri untuk mengetahui adakah anggota keluarga yang menderita DM karena DM ini termasuk penyakit menurun (Padilla, 2013).

c. Data lingkungan

1. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah identifikasikan dengan melihat luar rumah, tipe rumah, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air, denah rumah (Gusti, 2013).

2. Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padilla, 2012).

3. Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah (Padilla, 2012).

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul dan berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal (Padilla, 2012).

5. System pendukung atau jaringan sosial keluarga

Pengelolaan penderita DM di keluarga sangat membutuhkan peran aktif seluruh anggota keluarga, berperan dalam pemberian edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang menderita DM (Damayanti, 2015).

d. Struktur keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Mengkaji mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga. Apakah keluarga berkomunikasi secara langsung atau tidak, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga. Rendahnya rasa kepedulian antar anggota keluarga sehingga kurang komunikasi yang efektif dalam mengingatkan kepada anggota keluarga yang sakit sehingga terjadinya muncul ketidakpatuhan (Yulia, 2015).

2. Struktur kekuatan keluarga

Mengkaji kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. Keluarga dengan penderita DM harus memberikan kekuatan dan dukungan yang lebih karena dengan adanya motivasi penderita DM akan lebih patuh dalam mengontrol diet yang telah disarankan (Bartalina, 2016).

3. Struktur peran

Keluarga dengan penderita DM untuk penyelesaian masalah DM, semua anggota keluarga harus ikut serta karena keluarga perannya sebagai *support system* yang paling penting bagi penderita DM dalam mempertahankan kesehatan dan kepatuhan (Bartalina, 2016).

4. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai dan norma yang dianut keluarga dengan penderita Diabetes Mellitus berpengaruh dengan kesehatan keluarga karena keluarga yakin setiap penyakit pasti ada obatnya bila berobat secara teratur akan sembuh (Gusti, 2013).

e. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, keluarga yang sehat memberi dukungan kepada anggota keluarga yang sakit DM agar semangat untuk sembuh, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai satu sama lain (Gusti, 2013).

2. Fungsi sosialisasi

Menjelaskan hubungan anggota keluarga sejauh mana anggota keluarga belajar kepatuhan diet untuk yang menderita DM, nilai, norma, dan budaya serta perilaku di keluarga dan masyarakat dalam kepatuhan diet DM (Gusti, 2013).

3. Fungsi perawatan kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kepada penderita DM seperti mengontrol gula darah tetap normal dengan menyediakan makanan yang sesuai dengan diet DM. Keluarga berperan penting dalam mengingatkan dan memperhatikan kepatuhan diet DM. Disisi lain keluarga yang pengetahuan dan kepeduliannya kurang kebanyakan tidak memperhatikan konsep diet yang telah disarankan sehingga terjadi ketidakpatuhan (Bartalina, 2016).

4. Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga (Bakri, 2017).

5. Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan, serta manfaat lingkungan rumah meningkatkan penghasilan keluarga. DM merupakan penyakit yang menyerang berbagai kalangan masyarakat menengah kebawah maupun menengah ke atas (Gusti, 2013).

f. Stress dan koping keluarga

1. Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini yang dialami memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan (Gusti, 2013).

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada (Gusti, 2013)

3. Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Gusti, 2013).

4. Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan perilaku keluarga yang tidak adaptif ketika keluarga menghadapi masalah (Gusti, 2013).

g. Keadaan gizi keluarga

Diabetes Mellitus biasanya menyerang keluarga yang gaya hidupnya tidak sehat (Perkeni, 2011).

h. Pemeriksaan fisik

1. Neurosensori

Disorientasi, mengantuk, stupor/koma, gangguan memori, kekacauan mental, reflek tendon menurun, aktifitas kejang.

2. Kardiovaskuler

Takikardia / nadi menurun atau tidak ada, perubahan Tekanan darah postural, hipertensi disritmia, krekel, DVJ (GJK).

3. Pernafasan

Takipneu pada keadaan istirahat atau dengan aktifitas, sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung pada ada atau tidaknya infeksi, panastesia/paraliseotot pernafasan (jika kadar kalium menurun tajam), RR > 24x/menit, nafas berbau aseton.

4. Gastrointestinal

Muntah, penurunan BB, kekakuan atau distensi abdomen, ansietas, wajah meringis pada palpitasi, bising usus melemah atau menurun.

5. Eliminasi

Urine encer, pucat, kuning, poliuria, urine berkabut, bau busuk, diare (bising usus hiperaktif).

6. Reproduksi/sexualitas

Rabbas vagina (jika terjadi infeksi), keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.

7. Muskuloskeletal

Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun, kesemutan atau rasa berat pada tungkai.

8. Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung, turgor jelek, pembesaran tiroid, demam, diaforesis (keringat banyak), kulit rusak, lesi/ulserasi/ulkus.

i. Harapan keluarga

Harapan dan keinginan keluarga terhadap masalah kesehatan.

Keluarga biasanya berharap tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan sehingga dapat menjalankan peran masing-masing dalam kehidupan sehari-hari (Gusti, 2013).

j. Analisa data

Proses untuk menentukan masalah kesehatan keluarga yang diangkat. Setelah proses pengumpulan data melalui tahap pengkajian, identifikasi masalah, maka tahap selanjutnya melakukan analisa data subjektif dan objektif yang sesuai sehingga dapat dirumuskan suatu masalah keperawatan keluarga (Gusti, 2013).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Perumusan diagnosa berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga (Gusti, 2013).

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan symptom). Sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan

pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah. Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (wellness).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga :

1. Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
2. Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
3. Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan (Gusti, 2013).

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan dengan etiologi dari diagnosa keperawatan keluarga :

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarganya.
3. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

4. Ketidakmampuan keluarga dalam mempertahankan/menciptakan lingkungan rumah yang sehat.
5. Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Nadirawati, 2018).

Menurut Gusti (2013) diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita Diabetes Mellitus adalah:

1. Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakmapuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.
2. Ketidakefektifan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan.
3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Tabel 2.6 Rumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Aspek	Rumusan Diagnosa
Kesehatan lingkungan keluarga	Kerusakan pemeliharaan rumah
Pola dan proses komunikasi	Kerusakan komunikasi verbal
Struktur kekuatan (power) keluarga	Konflik menyangkut ketulusan
Struktur peran (role) keluarga	a. Berduka yang diantisipasi b. Berduka disfungsional c. Isolasi sosial d. Perubahan dalam parenting e. Perubahan kinerja peran f. Gangguan citra tubuh
Nilai-nilai keluarga	Konflik lain
Fungsi efektif	a. Gangguan proses keluarga b. Gangguan menjadi orang tua

	c. Berkabung yang disfungsi d. Koping keluarga tidak efektif e. Resiko terjadi kekerasan
Fungsi sosialisasi	a. Perubahan proses keluarga b. Kurang pengetahuan c. Kurang peran orang tua d. Perubahan menjadi orang tua e. Perilaku mencari pertolongan kesehatan (diagnose wellness)
Fungsi perawatan kesehatan	a. Perubahan pemeliharaan kesehatan b. Perilaku mencari kesehatan
Proses dan strategi koping	a. Koping keluarga tidak efektif b. Resiko kekerasan

Sumber : Padila, 2012.

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut:

Tabel 2.7 Skala prioritas masalah keluarga

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	1
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk dicegah		
a. Tinggi	3	1
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah		
a. Masalah berat, harus segera ditangani	2	1
b. Ada masalah, tetapi tidak harus segera ditangani	1	
c. Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber : Bailon dan Maglaya (1978) dalam Bakri (2017)

Rumusan perhitungan skor menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Bakri (2017):

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

1. Menentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
2. Skor yang digunakan berasal dari skor prioritas, pilihannya skor pada setiap kriteria.
3. Skor yang diperoleh dibagi dengan skor tertinggi.
4. Selanjutnya dikali dengan bobot skor.
5. Jumlah skor dari keseluruhan kriteria.

Diagnosa yang menjadi fokus utama pada studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis yaitu: Ketidapatuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan perawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik (spesifik), dapat diukur (*measurable*), dapat dicapai (*achievable*), rasional atau masuk akal (rasional) dan menunjukkan waktu (*time*) yang disingkat menjadi SMART. Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan (Padila,2012).

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif dan psikomotor (perilaku) yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan. Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap, atau psikomotor, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga (Padila, 2012).



Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Ketidakpatuhan</p> <p>Definisi : Perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disabilitas (mis. Penurunan daya ingat, defisit sensorik/motorik). 2. Efek samping program perawatan/pengobatan 3. Beban pembiayaan program perawatan/ pengobatan 4. Lingkungan tidak terapeutik 5. Program terapi kompleks dan/atau lama 6. Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (gangguan mobilitas, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak dirumah, cuaca tidak menentu) 7. Program terapi tidak ditanggung asuransi 8. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat deficit kognitif, 	<p>Tingkat kepatuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merbalisasi kemauan memenuhi program perawatan atau pengobatan meningkat 2. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 3. Resiko komplikasi kesehatan penyakit/masalah kesehatan menurun 4. Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik 5. Perilaku menjalankan anjuran membaik 6. Tanda dan gejala penyakit membaik 	<p>1. Dukungan kepatuhan program pengobatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kepatuhan menjalani program <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik b. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalankan program pengobatan, jika perlu c. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan d. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannyaprogram pengobatan e. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Informasikan program pengobatan b. Berikan pendidikan kesehatan c. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan

kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi).

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

1. Menolak menjalani pengobatan/perawatan
2. Menolak mengikuti anjuran

Objektif

1. Perilaku tidak mengikuti program
2. Perilaku tidak menjalankan anjuran

Gejala dan tanda minor :

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Tampak tanda/gejala penyakit/masalah kesehatan masih ada atau meningkat
2. Tampak komplikasi penyakit/masalah kesehatan menetap atau meningkat

Kondisi klinis terkait :

1. Kondisi baru terdiagnosis penyakit
2. Kondisi penyakit kronis
3. Masalah kesehatan yang membutuhkan perubahan pola

- d. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani pengobatan
- e. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu

2. Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri

Observasi

- a. Identifikasi persepsi tentang masalah kesehatan
- b. Monitor pelaksanaan tanggung jawab

Terapeutik

- a. Berikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab
- b. Tingkatkan rasa tanggung jawab atas perilaku sendiri
- c. Berikan penguatan dan umpan balik positif jika melaksanakan tanggung jawab atau mengubah perilaku

Edukasi

- a. Diskusikan tanggung jawab terhadap profesi pemberi asuhan
- b. Diskusikan konsekuensi tidak melaksanakan tanggung jawab

hidup



3. Promosi kesadaran diri

Observasi

- a. Identifikasi keadaan emosional saat ini
- b. Identifikasi respon yang ditunjukkan berbagai situasi

Terapeutik

- a. Diskusikan nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri
- b. Diskusikan tentang pikiran, perilaku, atau respon terhadap kondisi
- c. Diskusikan dampak penyakit pada konsep diri
- d. Ungkapkan penyangkalan terhadap kenyataan
- e. Motivasi dalam meningkatkan kemampuan belajar

Edukasi

- a. Anjurkan mengenali pikiran dan perasaan tentang diri
 - b. Anjurkan menyadari bahwa setiap orang unik
 - c. Anjurkan mengungkapkan perasaan (misal marah atau depresi)
 - d. Anjurkan meminta bantuan orang lain, sesuai dengan kebutuhan
 - e. Anjurkan mengubah pandangan
-



diri sebagai korban

- f. Mengidentifikasi perasaan persalah
- g. Anjurkan mengidentifikasi perasaan bersalah
- h. Anjurkan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- i. Anjurkan mengevaluasi kembali persepsi negative tentang diri
- j. Anjurkan dalam mengekspresikan diri dengan kelompok sebaya
- k. Ajarkan membuat cara prioritas hidup
- l. Latih kemampuan positif diri yang dimiliki

4. Promosi koping

Obsrevasi

- a. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
- b. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Identifikasi proses pemahaman proses penyakit
- d. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- e. Identifikasi metode penyelesaian masalah
- f. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social

**Terapeutik**

- a. Diskusikan perubahan peranyang dialami
- b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- c. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- d. Diskusikan untuk mengklarifikasi pemahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- e. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- f. Diskusikan resiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- g. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- h. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- i. Memotivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- j. Motivasi terlibat dalam kegiatan social
- k. Motivasi mengidentifikasi system pendukung yang tersedia
- l. Dampingi saat berduka (misal penyakit kronis, kecacatan)

m. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama

Edukasi

- a. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama
- b. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- c. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- d. Anjurkan keluarga terlibat
- e. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- f. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif

Sumber: PPNI. *Standar Dignosis Keperawatan Indonesia* (2016), PPNI. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (2018) & PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2018)



2.4.4 Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat untuk mendapatkan perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. (Gusti, 2013).

Menurut Gusti (2013), tindakan perawat terhadap keluarga berupa :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - a. Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tindakan dan jika tidak melakukannya
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - b. Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan

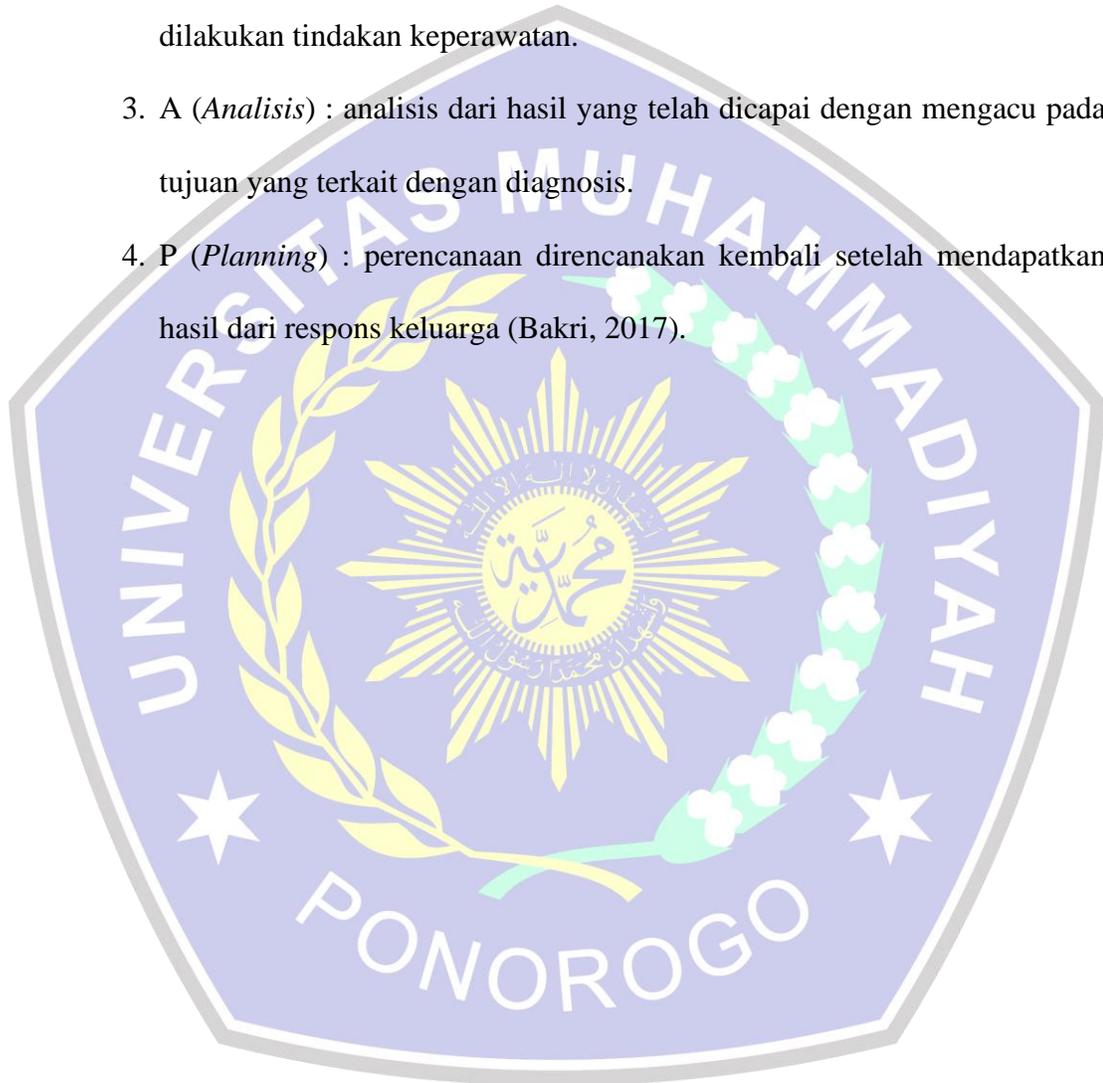
4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada:
 - a. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

2.4.5 Evaluasi

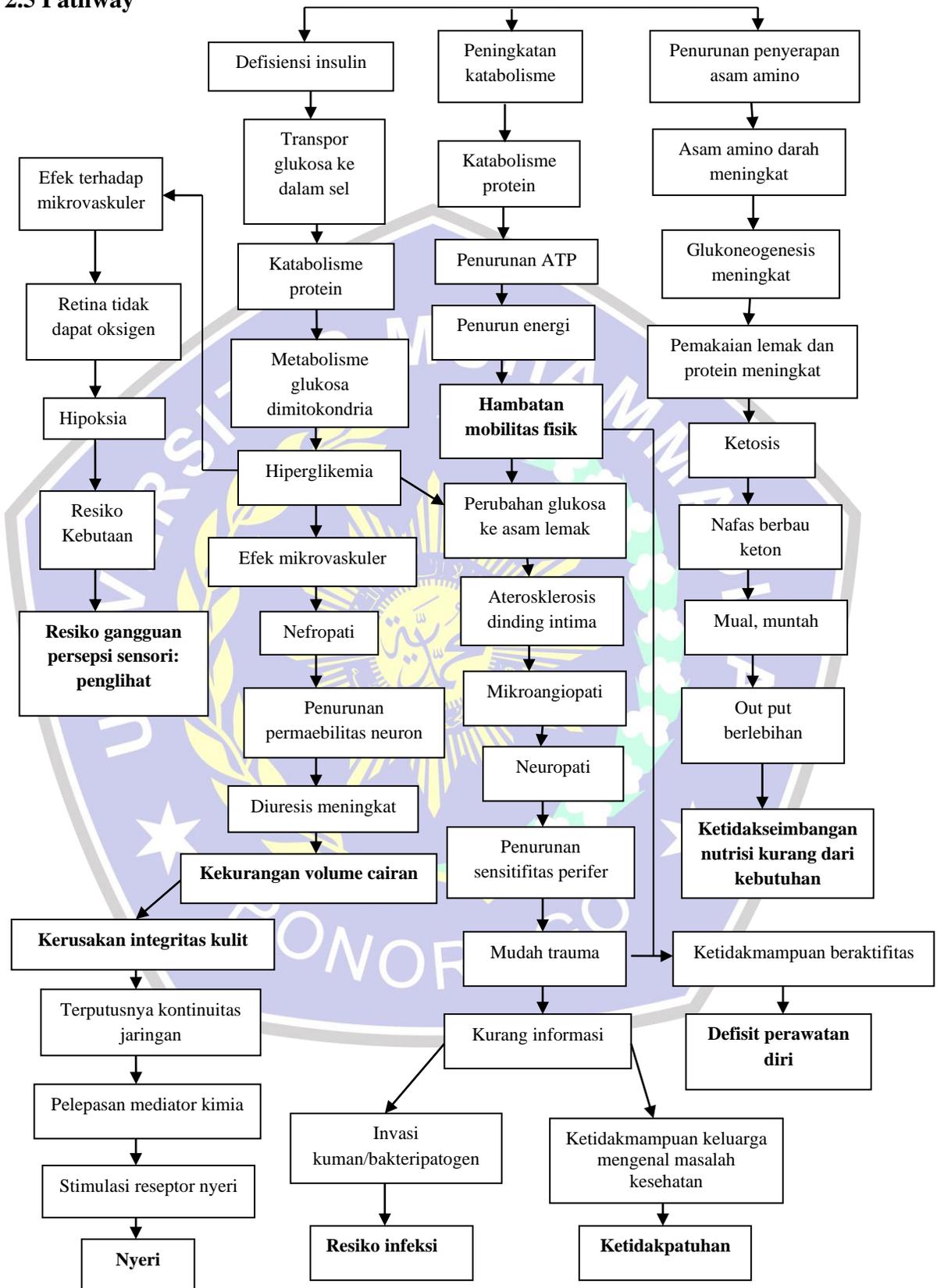
Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil dan implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat seberapa besar keberhasilan yang telah dilakukan. Bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru (Gusti, 2013). Untuk penilaian keberhasilan tindakan maka selanjutnya dilakukan penilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyaktif, obyektif, analisa, dan planing) (Padila, 2012).

Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

1. S (*Subjektif*) : berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.
2. O (*Objektif*) : berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.
3. A (*Analisis*) : analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
4. P (*Planning*) : perencanaan direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga (Bakri, 2017).

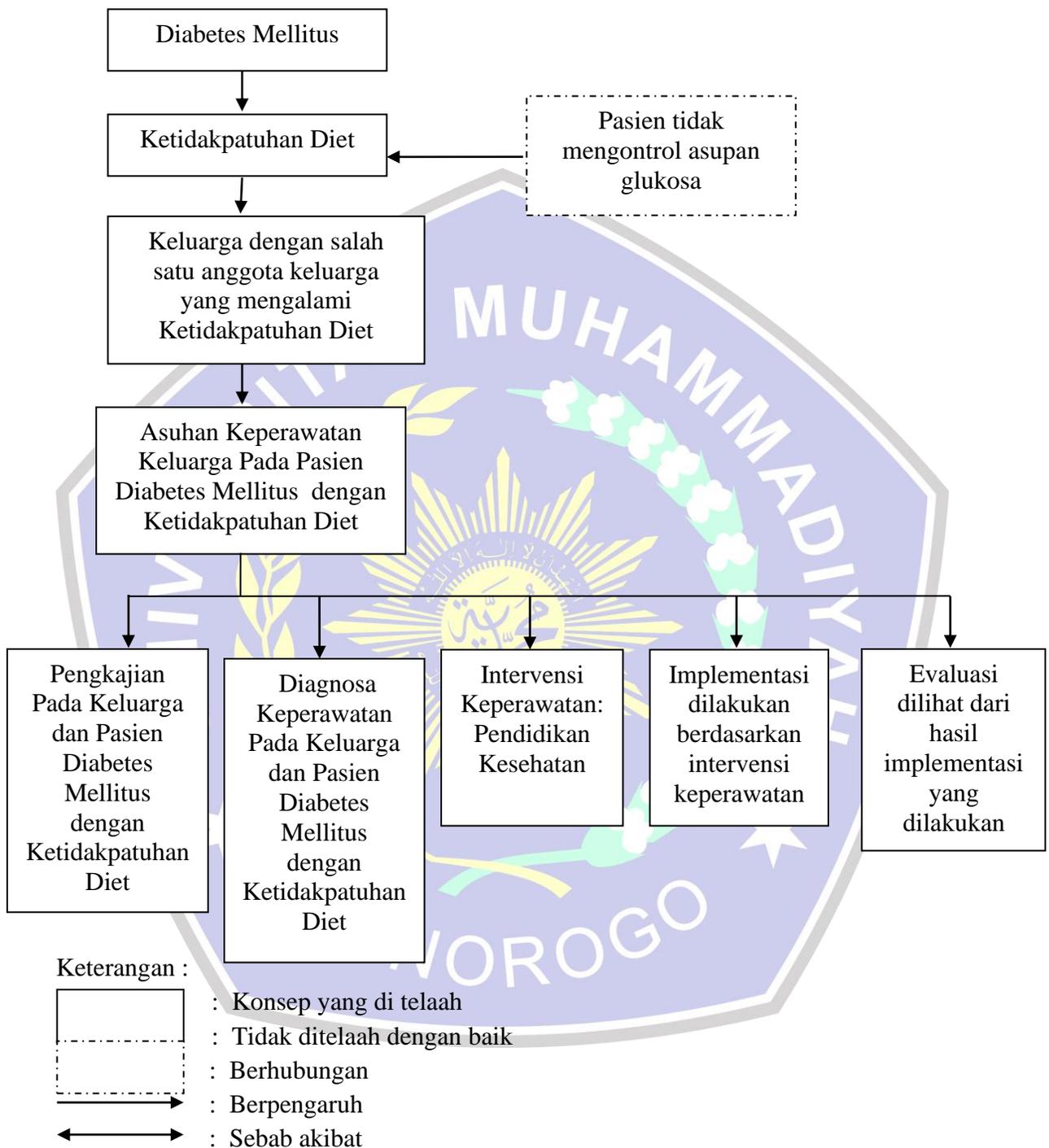


2.5 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Mellitus

2.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan Antar Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan Keluarga pada pasien Diabetes Mellitus dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Diet

2.7 Hasil Analisis

Hasil studi yang diambil adalah Pendidikan Kesehatan yang berkaitan dengan Intervensi yang dipilih dan akan dilakukan pembahasan secara mendalam pada bab 4. Dari sekian intervensi yang ada dari diagnosis keperawatan : Ketidapatuhan, selanjutnya intervensi yang diangkat adalah : Edukasi atau Pendidikan Kesehatan dengan literatur 3 jurnal sebagai berikut.

1. Jurnal A

- a. Jurnal : Jurnal Riset Kesehatan, 7 (2), 2018, 91- 96
- b. ISSN : E-ISSN 2461-1026
- c. Judul : Pendidikan Kesehatan Tentang Diet Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus
- d. Oleh : Suratun Haryono, Eros Siti Suryati, Raden Siti Maryam
- e. Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang diet DM terhadap peningkatan pengetahuan, perubahan kadar gula darah dan kepatuhan pasien DM.
- f. Metode : Desain penelitian ini menggunakan *quasi experiment pre-post test with control group*.
- g. Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai mean kepatuhan diet pasien DM pada kelompok intervensi sebesar 71,05, sedangkan pada kelompok kontrol nilai mean 61,03 dan didapatkan nilai p value = 0,000 artinya ada pengaruh yang signifikan antara pendidikan kesehatan tentang diet DM terhadap kepatuhan pasien DM.

2. Jurnal B

- a. Jurnal : Mutiara Medika Vol. 15 No. 1: 37-41, Januari 2015
- b. ISSN : -
- c. Judul : Efektifitas Edukasi Diabetes dalam Meningkatkan Kepatuhan Pengaturan Diet pada Diabetes Melitus Tipe 2
- d. Oleh : Dyah Restuning P
- e. Tujuan : Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh edukasi diabetes kepatuhan pengaturan diet pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 di kelurahan Wirogunan dan Brontokusuman Kota Yogyakarta.
- f. Metode : Metode penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental pre – post test without control group design*.
- g. Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa perbedaan kepatuhan pengaturan diet sebelum dan sesudah diberikan edukasi diabetes pada kelompok intervensi nilai P 0,002 dan kelompok control nilai P nya 1,000. Disimpulkan bahwa edukasi diabetes berpengaruh bermakna terhadap kepatuhan pengaturan diet pada pasien Diabetes Melitus tipe 2.

3. Jurnal C

- a. Jurnal : *Critical Medical And Surgical Nursing Journal* Vol 1, No 1 (2012)
- b. ISSN : -

- c. Judul : Edukasi Dengan Pendekatan Prinsip *Diabetes Self Management Education* (DSME) Meningkatkan Perilaku Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes
- d. Oleh : Rohmatul Laili, Yulis Setiya Dewi, Ika Yuni Widyawati
- e. Tujuan : Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pendekatan prinsip DSME terhadap perilaku kepatuhan diet yang terdiri dari pengetahuan, sikap, dan aspek praktik pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di Puskesmas Kebonsari Surabaya.
- f. Metode : Penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu (*Quasy-experiment*).
- g. Hasil : Hasil untuk nilai *mean* pada kelompok perlakuan yaitu 1,33 meningkat menjadi 2,42 dan didapatkan nilai p 0,002. Untuk kelompok kontrol nilai *mean* nya dari 1,67 meningkat menjadi 1,75 dan didapatkan nilai p 0,567. Disimpulkan bahwa edukasi dengan pendekatan DSME berpengaruh dalam tindakan mematuhi kepatuhan diet DM.

2.8 Kajian Intervensi Dalam Al-Qur'an

Di zaman modern ini, pola makan bisa jadi tidak terkendali. Banyaknya makanan dan minuman siap saji dengan kalori dan gula yang tinggi menyebabkan munculnya penyakit. Kemudahan mendapatkan makanan dan minuman siap saji, jajan dan kue sebagai camilan setiap saat uga menjadi pola hidup zaman modern. Tentunya manusia yang sangat minim bergerak karena dimanjakan oleh teknologi juga mendukung berbagai penyakit.

Dalam ajaran Islam yang mulia, manusia diperintahkan oleh Allah agar makan secukupnya saja dan tidak berlebihan.

Allah berfirman,

وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا

“Makan dan minumlah, tetapi jangan berlebihan.” (QS. Al-A’raf: 31)

Bahkan Nabi *shallallahu ‘alaihi wasallam* menjelaskan bahwa perut manusia adalah wadah yang paling buruk yang selalu diisi.

Rasulullah *shallallahu ‘alaihi wasallam* bersabda,

ما ملأ آدمي وعاء شراً من بطن، بحسب ابن آدم أكلات يُقمن صلبه، فإن كان لا محالة، فثَلثَ لُطْعَامَهُ، وَثَلثَ لَشْرَابِهِ، وَثَلثَ لِنَفْسِهِ

“Tidaklah anak Adam memenuhi wadah yang lebih buruk dari perut. Cukuplah bagi anak Adam memakan beberapa suapan untuk menegakkan punggungnya. Namun jika ia harus (melelebihkannya), hendaknya sepertiga perutnya (diisi) untuk makanan, sepertiga untuk minuman dan sepertiga lagi untuk bernafas”

Maksudnya, perut yang penuh dengan makanan bisa merusak tubuh. Syaikh Muhammad Al-Mubarakfury menjelaskan,

وامتلاؤه يفضي إلى الفساد في الدين والدنيا

“Penuhnya perut (dengan makanan) bisa menyebabkan kerusakan agama dan dunia (tubuhnya)”

Imam Asy-Syafi'i *rahimahullah* menjelaskan bahaya kekenyangan karena penuhnya perut dengan makanan, beliau berkata,

لان الشبع يثقل البدن، ويقسي القلب، ويزيل الفطنة، ويجلب النوم، ويضعف عن العبادة

“Kekenyangan membuat badan menjadi berat, hati menjadi keras, menghilangkan kecerdasan, membuat sering tidur dan lemah untuk beribadah.”

Jika sampai *full* kekenyangan yang membuat tubuh malas dan terlalu sering kekenyangan, maka hukumnya bisa menjadi haram. Ibnu Hajar Al-Asqalani *rahimahullah* menjelaskan,

وما جاء من النهي عنه محمول على الشبع الذي يثقل المعدة ويثبط صاحبه عن القيام للعبادة ويفضي إلى البطر والأشر والنوم والكسل وقد تنتهي كراهته إلى التحريم بحسب ما يترتب عليه من المفسدة

“Larangan kekenyangan dimaksudkan pada kekenyangan yang membuat perut penuh dan membuat orangnya berat untuk melaksanakan ibadah dan membuat angkuh, bernafsu, banyak tidur dan malas. Hukumnya dapat berubah dari makruh menjadi haram sesuai dengan dampak buruk yang ditimbulkan (misalnya membahayakan kesehatan).”

Islam juga menganjurkan untuk melaksanakan perencanaan yang baik, untuk mengantisipasi agar tidak terjadi sesuatu yang lebih parah lagimaka harus dipikirkan terlebih dahulu apa saja yang akan terjadi dikemudian hari, dengan melakukan untuk hari esok.

Dengan adanya perencanaan sangatlah dianjurkan agar angka ketidakpatuhan menjadi berkurang. Salah satu usaha yang dapat memperkecil terjadinya masalah keperawatan Ketidakpatuhan sebagaimana dibahas dalam karya tulis ilmiah ini yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan Pendidikan Kesehatan. Pendidikan kesehatan ini diperlukan karena Diabetes Mellitus adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup sehingga perlu peningkatan pengetahuan untuk merubah gaya hidup. Dengan adanya pendidikan kesehatan dapat merubah kepatuhan pasien. Dengan dilakukannya pendidikan kesehatan maka seseorang akan mendapatkan pengetahuan serta ilmu dan akan terjadi pemahaman dan kesadaran kemudian perubahan perilaku untuk lebih patuh. Di dalam islam juga sangat ditegaskan tentang betapa pentingnya ilmu untuk kehidupan dunia maupun akhirat :

مَنْ أَرَادَ الدُّنْيَا فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ، وَمَنْ أَرَادَ الْآخِرَةَ فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ، وَمَنْ أَرَادَهُمَا فَعَلَيْهِ بِالْعِلْمِ

Artinya : "Barang siapa yang menghendaki kehidupan dunia maka wajib baginya memiliki ilmu, dan barang siapa yang menghendaki kehidupan Akherat, maka wajib baginya memiliki ilmu, dan barang siapa menghendaki keduanya maka wajib baginya memiliki ilmu". (HR. Turmudzi)