

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP KELUARGA

2.1.1 DEFINISI KELUARGA

Keluarga 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 ketergantungan. Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku antar pribadi , sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam posisi dan situasi tertentu. Dalam peran pribadi dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat .keluarga juga dapat diartikan sebagailingkungan dimana beberapa orang masih memiliki hubungan darah dan kerabat yang terdiri dari bapak, ibu, adik,kakek dan nenek. Keluarga juga dapat diartikan sebagai sekumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama – sama dengan keterkaitan aturan emosional dan individu yang mempunyai peran masing – masing. Keadaan ini perlu kita sadari sepenuhnya bahwa setiap individu maupun keluarga semua dapat diekspresikan tanpa hambatan yang berarti (Jhoson R- Leng R,2015).

Keluarga merupakan sekumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama – sama dengan keterkaitan aturan emosional dan individu mempunyai peran masing – masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keadaan perlu disadari bahwa tiap individu merupakan

bagiannya dan dikeluarganya semua juga dapat diekspresikan tanpa hambatan yang berarti (Suprajitno,2012).

2.1.2 PERAN KELUARGA

Menurut (Friedman,2010) peran keluarga memang sangatlah penting karena selain sebagai motivator keluarga juga sebagai penggerak tingkah laku dan dukungan arah suatu tujuan yang didasari karena adanya suatu anggota keluarga yang sakit . keluarga juga dapat mengetahui bagaimana perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Jika dalam keluarga tidak mengetahui bagaimana cara perawatan dari penyakit tersebut diantaranya hygiene dan perawatan kulit, pengaturan posisi yang dapat mengurangi tekanan gaya dan gesekan pada kulit, maka dalam keluarga yang memiliki pasien stoke diperlukan pengetahuan tentang pencegahan dari penyakit tersebut.

2.1.3 TIPE KELUARGA

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial, maka tipe keluarga berkembang mengikuti agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu memahami dan mengetahui berbagai tipe keluarga :

- a) Nuclear family, yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal dalam satu rumah.
- b) Extended family,yaitu keluarga yang ditambah dengan sanak saudara seperti kakek, nenek sepupu, paman ataupun bibi.

- c) Reconstitued nuclear yaitu pemebentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami / istri yang tinggal satu rumah baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.
- d) Middle age / aging couple yaitu suami sebagai pencari uang dan istri dirumah bersama anak – anaknya.
- e) Dyadic nuclear yaitu keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak dan tinggal satu rumah.
- f) Single parent yaitu satu orang tua sebagai akibat dari perceraian / kematian pasangan dan anak – anaknya dapat tinggal satu rumah atau diluar rumah.
- g) Dual carier yaitu suami istri atau keduanya berkarier tanpa anak .
Dari sekian macam tipe keluarga , maka secara umum negara indonesia dikenal 2 tipe keluarga yaitu tipe keluarga tradisional dan keluarga non tradisional.

A. TIPE KELUARGA TRADISIONAL

- 1) Keluarga inti : satub rumah tangga yang terdiri dari suami, istri anak (kandung/ angkat)
- 2) Keluarga besar : keluarga ini ditambah dengan kelluarga lain yang mempunyai hubungan sedarah seperti kakek, nenek paman.
- 3) Single parent : satu keluarga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung / angkat) kondisi ini dapat disebabkan karena kematian ataupun perceraian.
- 4) Keluarga lanjut usia : terdiri dari suami istri lanjut usia

B. TIPE KELUARGA NON TRADISIONAL

- 1) Commune family : lebih satu keluarga tanpa pertalian darah serumah
- 2) Orang tua (ayah ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga
- 3) Homoseksual : dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

2.1.4 FUNGSI DAN TUGAS KELUARGA

Menurut Friedman (2010) Dalam keluarga ada beberapa fungsi dan tugas keluarga yang dapat dijalankan , fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

1. fungsi biologis yaitu fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak serta memenuhi kebutuhan keluarga.
2. Fungsi psikologis yaitu memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga, memberikan perhatian diantara keluarga, memberikan dewasaan kepribadian anggota keluarga.
3. Fungsi sosialisaasi yaitu membentuk norma – norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan masing – masing dalam meneruskan nilai – nilai budaya.
4. Fungsi ekonomi yaitu mencari sumber – sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan saat ini dan menabung untuk kebutuhan yang akan datang.

5. Fungsi pendidikan yaitu menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan kemampuannya.

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan dapat merawat anggota keluarga yang sakit. kesanggupan keluarga dalam merawat keluarga yang sakit dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

Adapun tugas keluarga tersebut sebagai berikut :

1. Mengetahui masalah
2. Membuat keputusan tindakan masalah yang tepat
3. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
5. Mempertahankan hubungan dengan fasilitas kesehatan masyarakat.

2.1.5 STRUKTUR KELUARGA

Menurut (friedman,2010),struktur keluarga terdiri dari :

- a) Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga berfikir positif, dan tidak mengulang – ulang isu dan pendapatan sendiri.

Karakteristik komunikasi keluarga yang berfungsi :

- a. Karakteristik pengirim :
 - 1) Yakin dalam mengemukakan pendapat
 - 2) Apa yang disampaikan jelas dan berkualitas

3) Slalu minta maaf dan menerima umpan balik

b. Karakteristik penerima :

- 1) Siap mendengar
- 2) Memberikan umpan balik
- 3) Melakukan validasi

b) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Yang dimaksud posisi atau status individu dalam masyarakat misalnya sebagai suami, istri dan anak.

c) Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan dalam (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku seseorang kearah positif.

Tipe stuktur kekuatan antara lain :

- 1) Legitimate power , hak untuk mengatur seperti orang tua kepada anak
- 2) Referent power, seseorang yang ditiru
- 3) Reward power, pendapat ahli
- 4) Coercive power, dipaksakan sesuai keinginan
- 5) Informational power, pengaruh melalui persuasi
- 6) Affective power, pengaruh melalui manipulasi cinta kasih.

d) Nilai – nilai dalam keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai

keluarga ini merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.

Norma adalah suatu perilaku yang baik , menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

2.1.6 STRUKTUR PERAN KELUARGA

Menurut friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikan menjadi dua yaitu :

a) Peran Format Keluarga

Peran ini terkandung dalam struktur peran keluarga (ayam-suami dll). Yang terkait dengan masing – masing posisi keluarga formal adalah peran terkait atau kelompok perilaku yang kurang lebih homogen.

b) Peran Informasi Keluarga

Peran ini bersifat implisit, sering tidak nampak pada permukaan dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga atau memelihara keseimbangan keluarga peran ini membutuhkan adaptasi antara kelompok keluarga.

2.1.7 PERAN PERAWAT DALAM MEBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem.orientasi interaksi yang menekankan timbulnya kualitas peran

yang lahir dari interaksi sosial. Pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai inti pelayanan untuk mewujudkan keluarga sehat, dalam hal ini peran perawat penting sekali dalam membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga (Suprajitno, 2010).

A). Pendidik

Sebagai perawat perlu melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar :

- keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan secara mandiri.
- Bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.

b). Koordinator

Pelayanan komperhesif dapat dicapai koordinasi juga dapat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih.

c). Pelaksana

Perawat dapat memberikan perawatan langsung kepada klien dan keluarga dengan menggunakan metode keperawatan.

d). Konsultan

Perawat sebagai narasumber dari keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan agar keluarga mau meminta nasehat kepada perawat, hubungan perawat dengan klien maupun keluarga dapat terbina dengan baik.

e). Fasilitator

Membantu keluarga dalam menghadapi kendala seperti masalah sosial ekonomi, sehingga perawat harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan seperti rujukan dan penggunaan dana kesehatan.

2.2 Konsep Dasar Penyakit

2.2.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes adalah penyakit kronis serius yang terjadi baik ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah, atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya (WHO, 2016).

Diabetes Melitus merupakan sesuatu yang tidak dapat dituangkan dalam satu jawaban yang jelas dan singkat, tapi secara umum dapat dikatakan sebagai suatu kumpulan problema anatomik dan kimiawi yang merupakan akibat dari sejumlah faktor. Pada Diabetes Melitus didapatkan defisiensi insulin absolut atau relatif dan gangguan fungsi insulin. Diabetes Melitus tipe II (DMTII) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia, terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Decroli, 2019).

2.2.2 Etiologi Diabetes Melitus tipe II

Diabetes Melitus tipe II disebabkan oleh kelainan sekresi insulin dan kelainan kerja insulin. Pada awalnya terjadi resistensi insulin karena insulin yang berkaitan dengan reseptor sehingga meningkatkan transport glukosa yang menembus membran sel.

Berkurangnya jumlah tempat reseptor pada membran sel mengakibatkan tidak normalnya insulin. Selanjutnya terjadi kegagalan sel beta dengan menurunnya jumlah insulin yang beredar (Anderson, Wilson, & Dkk, 2006). Faktor-faktor yang menyebabkan penyakit Diabetes Melitus yaitu faktor keturunan, bahan beracun, nutrisi, virus dan bakteri (Novitasari, 2012).

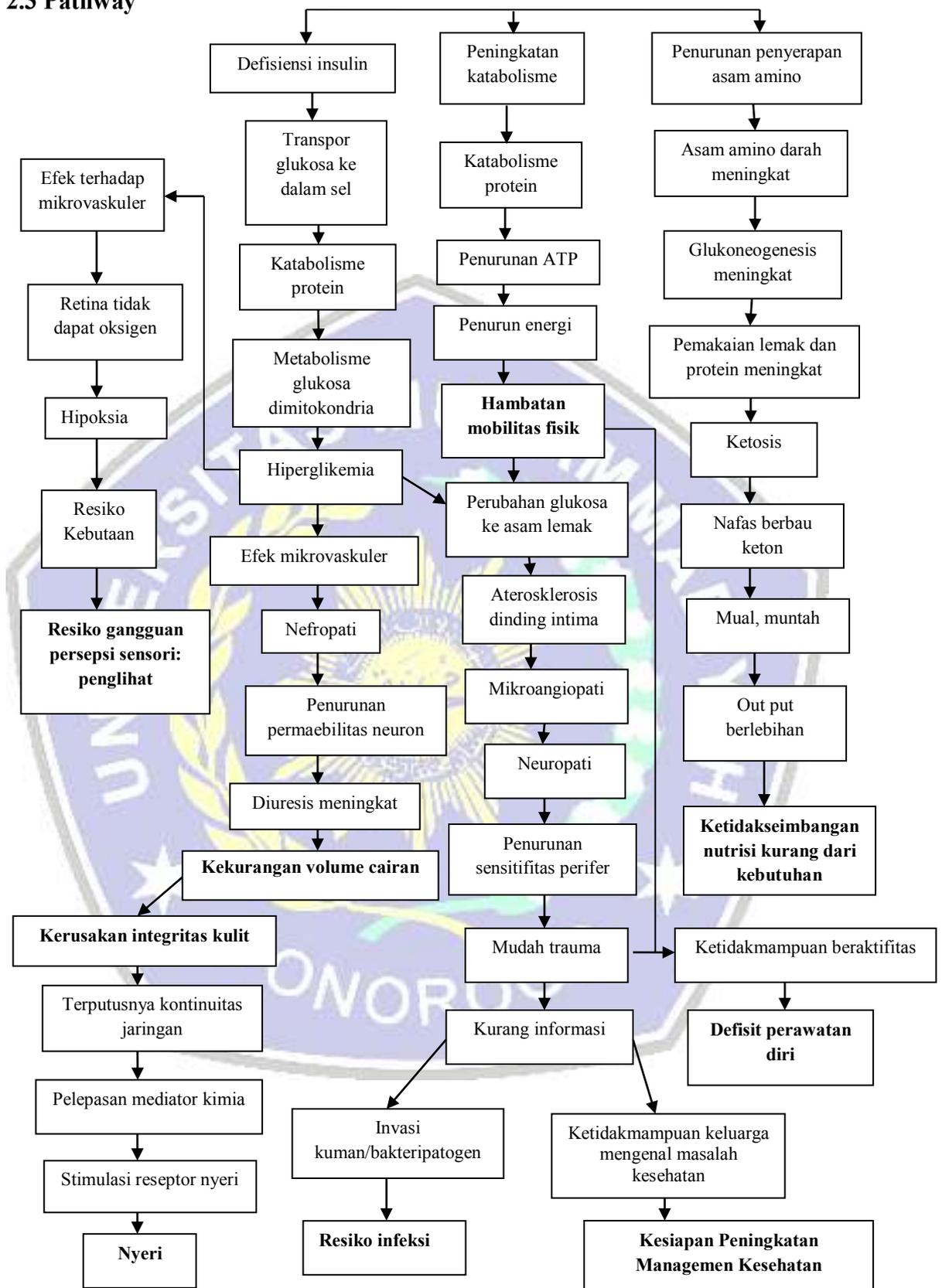
2.2.3 PATOFISIOLOGI

Gambaran patologi pada penderita Diabetes Melitus dapat dihubungkan dengan salah satu efek akibat kurangnya insulin. Kurangnya penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah yaitu 300-1200 mg/dl. Peningkatan pergerakan lemak di tempat penyimpanan lemak yang menyebabkan metabolisme lemak menjadi tidak normal. Penderita yang mengalami defisiensi insulin tidak mampu untuk mempertahankan kadar glukosa puasa yang normal. Apabila terjadi hiperglikemia yang melebihi batas ginjal normal 160-180 mg/100 ml, dapat menimbulkan glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak mampu menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria dapat mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri. Dimana poliuri disertai dengan adanya kehilangan sodium, klorida, potassium dan fosfat. Poliuri dapat menyebabkan dehidrasi kemudian polidipsi. Selanjutnya glukosa akan keluar bersama urin sehingga pasien mengalami

keseimbangan protein negative dan berat badan yang menurun. Penurunan berat badan menimbulkan polifagi. Penderita akan mengalami asthenia atau berkurangnya energy sehingga penderita akan lebih cepat merasa lelah dan mengantuk, hal ini disebabkan oleh hilangnya protein dalam tubuh dan pengurangan terhadap penggunaan karbohidrat untuk energi. Apabila hiperglikemi dibiarkan dalam jangka waktu yang lama maka akan mengakibatkan arteriosclerosis, adanya penebalan membrane basalis dan terjadinya perubahan pada saraf perifer. Hal ini mengakibatkan terjadinya ganggren pada penderita dengan defisiensi insulin. Biasanya pasien dengan defisiensi tidak mampu mempertahankan kadar glukosa normal (A & Wilson, 2006)



2.3 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Mellitus

2.4 ANALISIS JURNAL

No	Judul	Sumber	Penulis	Tujuan	Metode	Responden	Hasil	Kelebihan	Kekurangan
1	Pendidikan kesehatan senam kaki diabetik terhadap tingkat pengetahuan keluarga dengan diabetes mellitus di desa pijiharjo, manyaran, wonogiri	Jurnal keperawatan gsh vol 9 no 2 juli 2020 issn 2088-2734	Nita yuniantiratnasari1), Putri Utami2) 1) Dosen Akademi Keperawatan Giri Satria Husada Wonogiri; 2) Mahasiswa Akademi Keperawatan Giri Satria Husada Wonogiri	Peningkatan pengetahuan penderita Diabetes Mellitus dan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan yaitu penderita Diabetes Mellitus dan keluarganya sudah mengetahui dan memahami bagaimana	Metode penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus deskriptif.	Penelitian ini dilakukan pada 3 responden yang mengalami kurang pengetahuan tentang senam kaki diabetik.	Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Novelia Wulan Dari, Sofiana Nurchayati, 2014) yang berjudul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Senam Kaki Melalui Media Audio Visual	Evaluasi keperawatan dalam penelitian ini dilakukan setelah 1 X 55 menit. Hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa semua responden mengalami peningkatan pengetahuan yang	perlu ditambahkan literatur bagi pasien sebagai informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan senam kaki diabetik terhadap tingkat pengetahuan keluargade ngan diabetes mellitus.

				<p>kah Diabetes Mellitus dan cara senam kaki diabetik setelah diberi pendidikan kesehatan</p>		<p>Terhadap Pengetahua n Pelaksanaa n Senam Kaki Pada Pasien DM Tipe 2” dengan hasil : Berdasarka n hasil uji wilcoxon, diperoleh p value (0,002) < α (0,05), yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual pada kelompok</p>	<p>cukup signifikan dari kategori kurang- cukup (40%- 67%) menjadi kategori baik (80%- 100%). Hal tersebut sudah sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan peneliti pada tahap intervensi keperawat an,</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--	--

							eksprime	sehingga masalah kurang pengetahuan pada keluarga penderita Diabetes Mellitus dapat diatasi dan dari pemberian pendidikan kesehatan responden dapat menerapkan latihan senam kaki	
2	Pengaruh edukasi kepada keluarga terhadap perubahan dukungan	Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan , Fakultas	Ratna Sari1, Sukarni2, Parliani3 1 Mahasiswa Program Studi	Untuk menganalisis pengaruh edukasi	Penelitian ini menggunakan desain quasi	Berdasarkan karakteristik responden diperoleh	Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan	Dari penelitian dapat meningkatkan	Perlu dilakukan sosialisasi kepada perawat

keluarga dan perilaku diet pasien dm tipe 2 di puskesmas perumnas ii pontianak	Keperawatan Universitas Airlangga “staf pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga”	Keperawatan Universitas Tanjungpura 2 Dosen Program Studi Keperawatan Universitas Tanjungpura 3 Dosen STIK Muhammadiyah Pontianak	kepada keluarga terhadap perubahan dukungan keluarga dan perilaku diet DM di Puskesmas Perumnas II Pontianak	eksperimen dengan rancangan pre test and post test without control dengan jumlah sampel 20 responden diambil dengan consecutive sampling	50% responden merupakan lansia awal, dan memiliki riwayat pendidikan SD (70%) dengan lama menderita DM <5 tahun 80% dan nilai mean GDP 295,45 mg/dl	sebagian besar responden berusia 46-55 tahun (lansia awal). Penelitian ini didukung oleh Arifin (2015) dengan hasil rata rata responden 46 – 55 adalah 69,4 %17. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Restuning	pengetahuan, sikap dan tindakan kepatuhan diet pada penderita DM tipe 2	dipuskesmas untuk mengaplikasikan pendekatan dengan edukasi DSME dalam pelaksanaan DM Tipe 2.
--	--	---	--	--	---	---	---	---

							(2015) dengan hasil rata-rata responden berusia diatas 45 tahun berjumlah 97,6% ¹⁸ .		
3	Pengaruh program edukasi perawatan kaki berbasis keluarga terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien diabetes melitus tipe 2	JKP – Volume 4 Nomor 3 Desember 2016	Citra Windani, Hartiah Haroen, Nursiswanti	Untuk mengindentionifikasi pengaruh program edukasi perawatan kaki berbasis keluarga terhadap perilaku perawatan kaki pasien DM	Menggunakan desain <i>quasi experimental dengan pre – test and post – test with control group design.</i>	Penelitian ini melibatkan 72 responden dan keluarganya yang diseleksi secara purposive dari populasi responden.	Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan karakteristik antar kelompok.	Responden pada kelompok intervensi mendapatkan program edukasi perawatan kaki berbasis keluarga , konseling serta tindak lanjut 1 kali melalui	perlu dilakukan edukais tindak lanjut untuk mengetahui program edukasi perawatan kaki berbasis keluarga .

								telepon dan tiga kali melalui kunjungan dirumah.	
4	Gambaran pengetahuan pasien diabetes mellitus (DM) dan keluarga tentang manajemen DM Tipe 2	BMJ . Vol 5 No. 2 , 2018 : 165 - 187	Ni wayan, i made sudarma , mitayanti	Untk mengetahui i gambaran pengetahuan pasien dan keluarga tentang manajemen Dm diwilayah kerja puskesmas Tabanan II.	Metode dalam penelitian ini deskriptif kuantitatif dengan jumlah sampel sebanyak 80 respoden. Dan pengeumpulan data menggunakan kuesioner dan didapatkan selama 2	Penelitian ini dilakukan sebanyak 80 responden selama 2 minggu.	Hasil analisa dengan univariat berdasarkan tingkat pengetahuan pasien tentang manajemen DM tentang edukasi (65%) diet (83,8%) latihan fisik (77,5%) dalam kategori baik, sementara pengobatan	Media pendidikan kesehatan bagi pasien DM seperti leaflet, lembar balik dapat dimanfaatkan untuk penyuluhan kesehatan dari tersebut dapat disimpulk	dari pihak puskesmas diharapkan dapat mengubah minset pasien maupun keluarganya bahwa pelaksanaan diet dan olahraga penting pada penggunaan obat untuk menjaga keseimbangan kadar

					minggu.		(61,3%) dalam kategori kurang. Pengetahuan keluarga tentang manajemen DM yaitu edukasi (67,5%) diet (72,5%) latihan fisik (90%) dalam kategori baik , sementara pengobatan (53,8%) kategori kurang	an bahwa masyarakat yang mendapatkan penyuluhan tersebut dapat memahaminya dengan baik.	gula darah pasien
5	Perangkat edukasi pasien dan keluarga dengan media booklet (studi kasus self care	Jurnal keperawatan silampari Volume 4 Nomor 1, Desember	Lilik pranata, sri indrayati, novita	Untuk mengetahui pengaruh edukasi dengan perangkat	Metode dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif	Populasi penelitian adalah semua pasien DM yang pernah	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan uji statistik	edukasi pasien dan keluarga dengan menggunakan	Perlu adanya pengetahuan dengan media yang sesuai

diabetes mellitus.	2020.		Booklet terhadap pengetahuan self-care diabetes	dengan desain quasy eksperimen one group pre test – post test design	berkunjung di Puskesmas Talang Betutu di Kecamatan Sukarame Palembang. Instrumen penelitian menggunakan 20 item pertanyaan mengenai pengetahuan self-careDM. Sampel penelitian berjumlah 22 responden	Wilcoxon diperoleh nilai $p = 0,000 < 0,05$ yang artinya ada perbedaan pengetahuan secara signifikan pre-test dan post-test terhadap 22 responden. Rata-rata perubahan pengetahuan sebelum intervensi sebesar 12,80 dan sesudah intervensi sebesar 16,32	kan booklet memberikan perubahan pada pengetahuan self-care diabetes melitus	dengan kebutuhan pasien dan sesuai budaya pasien.
--------------------	-------	--	---	--	---	--	--	---

2.5 Penatalaksanaan medis Diabetes Melitus tipe II

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).

2.5.1 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 menodorong 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 aya (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)

1. 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	3	4	4	4	6	7	7	7

(penukar)

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	25	3.75	0.95	0.15
	Pisang	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	25	11.5	1.43	0.15
	Kangkung	Kangkung	50	14.5	1.5	0.3
		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):

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

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 = $BB \times 40-60$ Kal

Normal = $BB \times 30$ Kal

Overweight = $BB \times 20$ Kal

Obesitas = $BB \times 10-15$ 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

1. Kebutuhan basal di tambah 10% diberikan pada keadaan istirahat.
2. Kebutuhan basal di tambah 20% pada pasien dengan aktivitas ringan.
3. Kebutuhan basal di tambah 30% pada pasien aktivitas sedang.
4. Kebutuhan basal di tambah 40% pada pasien aktivitas berat.
5. 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.

2.5.2 Manifestasi klinis Diabetes Melitus tipe II

Beberapa gejala umum yang dapat ditimbulkan oleh penyakit Diabetes Melitus diantaranya :

b. Pengeluaran urin(poliuria)

Poliuria adalah keadaan dimana volume urin dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala Diabetes Melitus karena kadar glukosa dalam tubuh yang relatif tinggi sehingga tubuh berusaha mengeluarkan kelebihan glukosa melalui urin. Gejala pengeluaran urin ini lebih sering terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan banyak mengandung glukosa (PERKENI, 2011).

c. Timbul rasa haus(polidipsia)

Polidipsia adalah rasa haus yang berlebih timbul karena kadar glukosa dalam darah terbawa oleh urin sehingga tubuh merespon untuk meningkatkan asupan cairan

(PERKENI, 2011).

b. Timbul rasa lapar (polifagia)

Pasien dengan Diabetes Melitus akan cepat merasakan lapar dan lemas, hal ini disebabkan karena kadar glukosa dalam tubuh semakin habis, sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi (PERKENI, 2011).

c. Penyusutan berat badan

Penyusutan berat badan pada pasien Diabetes Melitus disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energy untuk tubuh (PERKENI, 2011).

2.5.3 PEMERIKSAAN PENUNJANG

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)

2.6 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (WHO, 2014).

Asuhan keperawatan keluarga merupakan kegiatan untuk membantu perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masalah keluarga yang dialaminya dengan cara melakukan pendekatan dalam proses keperawatan (Baylon dan Malaya,2007).

2.6.1 Pengkajian

Menurut (Hidayat,2010) Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses mengambil informasi

secara terus menerus terhadap anggota keluarga, sumber informasi dan tahapan pengkajian dapat menggunakan metode :

1. Wawancara keluarga
2. Observasi fasilitas rumah
3. Pemeriksaan fisik terhadap keluarga dari ujung rambut sampai ujung kaki

Adapun hal yang dapat dilakukan dalam proses keperawatan yang perlu dikaji dalam keluarga yaitu :

A. Data umum

Dalam melakukan pengkajian keperawatan keluarga dapat meliputi :

1. Identitas umum keluarga

Menurut Pinzon & Asanti (2010) Data umum yang dapat diperoleh dari identitas kepala keluarga yaitu nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat kepala keluarga.

2. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ini dapat ditentukan dari pendapatan antara anggota keluarga yang mencari nafkah. Dalam menjalankan pengobatan status sosial ekonomi keluarga sangat dibutuhkan guna untuk pengobatan pada anggota yang sedang sakit (Wahyu, 2009).

B. Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas ekonomi ini tidak dilihat dari kapan atau dimana keluarga bersama – sama mengunjungi suatu tempat namun seperti nonton tv dan juga mendengarkan radio termasuk didalam aktivitas keluarga.

C. Riwayat dan perkembangan keluarga :

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan oleh anak yang tertua dari keluarga inti.
- 2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan tentang tugas perkembangan yang belum dapat dipenuhi oleh keluarga serta kendala – kendala yang ada sehingga tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
- 3) Riwayat keluarga inti yaitu menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, pencegahan penyakit, pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya yaitu menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.
- 5) Pengkajian Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Menurut Rahman (2015) karakteristik rumah sangatlah dibutuhkan dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Karakteristik rumah sehat merupakan tempat untuk istirahat dan berlindung serta tempat untuk merawat anggota

keluarga yang sakit kebersihan lingkungan sangatlah diperlukan mulai dari septic tank, sumber air minum, kamar mandi, keadaan lingkungan kurang bersih juga dapat mempengaruhi keadaan pasien karena keadaan lingkungan yang kumuh dapat memicu timbulnya penyakit.

D. Struktur keluarga

Menurut Hamalading (2017) struktur keluarga dapat dibagi mulai dari :

1) Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi keluarga dapat menjelaskan bagaimana cara berkomunikasi yang baik antar keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga

Struktur kekuatan keluarga dimana anggota keluarga mampu mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah dirinya menjadi lebih baik.

3) Struktur peran

Pada pasien yang mengalami diabetes melitus sangat dibutuhkan dukungan keluarga untuk menjalani hidupnya.

Dukungan keluarga yang dapat diberikan pada pasien Diabetes Melitus yaitu dengan cara menghargai dan diterima dengan demikian pasien dapat meningkatkan semangat dan motivasi dirinya untuk kesembuhannya.

4) Nilai atau norma keluarga

Nilai merupakan suatu sistem atau sikap dan kepercayaan

yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga ini merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.

Sedangkan norma adalah suatu perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

E. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif

Yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memilikidukungan terhadap keluarga dan bagaimana kehangatan yang tercipta pada anggota keluarga.

2. Fungsi sosialisasi

Bagaimana cara berinteraksi hubungan dalam keluarga,sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin ,norma budaya dan perilaku.

3. Fungsi perawatan kesehatan

Yaitu keluarga mampu menjelaskan sejauh mana menyediakan pakaian,makanan,perlindungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit

F. Fungsi keperawatan keluarga

1. Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit / masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan tugas yang tidak dapat diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan

kesehatanlah semua kekuatan dan dana keluarga habis. Anggota keluarga terutama orang tua perlu memahami perubahan – perubahan anggota keluarga yang dapat dialami terutama dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakankesehatan yang tepat

Kemampuan keluarga dalam mengambil tindakan guna untuk kesehatan pada anggota keluarga yang sakit sangatlah dibutuhkan karena tindakan yang diambil oleh keluarga dapat mengurangi masalah dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

3. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan sangatlah dibutuhkan karena beberapa dari keluarga terkadang membebaskan orang sakit dari peran atau tanggung jawabnya secara penuh, pemberian perawatan secara fisik merupakan beban yang paling berat yang dirasakan oleh keluarga.

4. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan yang sehat

Lingkungan yang bersih sangatlah perlu dibutukan dalam merawat anggota keluarga yang sakit karena jika terjadi lingkungan yang kurang bersih / kumuh maka nantinya juga akan timbul penyakit baru untuk anggota keluarga yang sedang sakit.

5. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat

Ada beberapa keluarga jika dalam anggota keluarga yang sakit jarang untuk dibawa ke puskesmas tapi dibawa ke mantri ataupun dukun. Oleh karena itu keluarga perlu mengetahui dalam memanfaatkan sarana / fasilitas kesehatan dimasyarakat. Tenaga kesehatan dapat menjadi hambatan dalam usaha keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Adapun hambatan tersebut yang muncul seperti komunikasi yang kurang dimengerti oleh petugas kesehatan.

G. Harapan keluarga

Harapan keluarga mengenai masalah pada anggota keluarga sangat dibutuhkan karena dengan status kesehatan anggota keluarga yang sebelumnya buruk dan mengalami peningkatan menjadi lebih baik merupakan harapan dari suatu anggota keluarga.

H. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik. Harapan keluarga yang dilakukan pada akhir pengkajian, menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

Pemeriksaan fisik :

a. Keadaan umum

Yaitu seorang klien dapat mengalami suatu gangguan musculoskeletal dan mendapatkan keadaan umum yang lemah. Timbanglah berat badan dari klien, cek apakah terdapat gangguan penyakit karena malnutrisi ataupun obesitas.

b. Kesadaran

Pada pasien Diabetes Melitus biasanya akan mengalami tingkat kesadaran somnolen, spor, sporos coma, apatis, dengan GCS <2 terjadi pada awal terserannya stroke. Sedangkan setelah pemulihan biasanya akan memiliki tingkat kesadaran yang lateragi dan compus metis dengan nilai GCS 13-15.

c. Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah dengan pasien stroke hemoragik dia memiliki darah yang mempunyai nilai yang tinggi dengan tekanan systole >140 dan diastole >80
2. Nadi : biasanya nadi pun akan dalam batas normal
3. Pernafasan pasien Diabetes Melitus biasanya akan mengalami gangguan pada kebersihan jalan nafas
4. Suhu : tidak terdapat masalah suhu dengan pasien ini.

d. Pemeriksaan nervus

Pemeriksaan syaraf kranial menurut judha, M dan rahli, H.N (2011) Meliputi :

a. Nervus I (olfaktorosius) :

pemeriksaan ini gunanakan untuk menguji saraf penciuman yang biasanya menggunakan bahan-bahan

yang tidak mempunyai rangsangan contohnya seperti kopi, teh, parfum dan tembakau. Pemeriksaan tersebut dengan cara letakan salah satu bahan tadi diantara salah satu lubang hidung pasien dengan cara menutup mata pasien dan pasien harus menebak bau apakah itu dan harus mampu membedakan bau dari masing-masing benda.

b. Nervus II (Optikus) :

dalam pemeriksaan ini ada enam cara yang dilakukan yaitu penglihatan sentral, kartu snellen, reflek pupil, penglihatan prifer, fundus kopi dan tes warna.

c. Nervus III (Okulomotorius) :

yaitu pemeriksaan meliputi gerakan pupil dan juga gerakan bola mata, mampu mengangkat bola mata keatas kebawah, kontriksi pupil.

d. Nervus IV (troklearis) :

pemeriksaan mata meliputi gerakan keatas dan kebawah.

e. Nervus V (Trigeminus) :

pemeriksaan meliputi tiga bagian sensori yang mengontrol sensori wajah, kornea serta bagian motorik otot mengunyah.

f. Nervus VI (abduksen) :

pemeriksaan ini meliputi syaraf gabungan tetapi syaraf ini sebagian besar dari saraf motoric. Yang berfungsi untuk gerakan abduksi mata.

g. Nervus VIII (fasialis) :

pemeriksaan ini meliputi pasien dalam keadaan diam dan pemeriksaan kekuatan otot. Pada saat pasien diam maka akan diperhatikan asimetris pada wajahnya.

h. Nervus IX (Glosofaringeus) :

pemeriksaan ini meliputi sentuhan dengan lembut, yang terletak pada bagian belakang faring pada setiap sisi spatula.

i. Nervus X (Vagus) :

pemeriksaan ini meliputi inspeksi dengan menggunakan senter dan perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring serta langit lunak.

j. Nervus XI (aksesorius)

pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan dengan cara minta pasien agar mengangkat bahunya dan kemudian rabalah masa kekuatan ototnya dengan menekan kebawah dan kemudian menyuruh pasien memutar kepala dengan lawan arah, digunakan untuk mengontol kepala dan bahu.

k. Nervus XII (hipoglosus) pemeriksaan ini meliputi

pemeriksaan inspeksi dalam keadaan diam yang terletak didasar mulut, tentukanlah apakah ada atrofi dan fasikular.

Untuk menontrol lidah.

2.6.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dirumuskan yang

nantinya dikaji dan dirumuskan tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan dan juga penyebab (Etiologi) terhadap timbulnya masalah yang perlu diatasi dengan tindakan keperawatan :

- Diagnosa yang mungkin dapat muncul dalam keluarga yaitu :
 - a) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, yaitu pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.
 - b) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, yaitu ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan status kesehatan yang ada.
 - c) Kesiapan peningkatan coping keluarga yaitu pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dan klien.
 - d) Ketidakberdayaan, persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hati secara signifikan, persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.
 - e) Ketidakmampuan coping keluarga, yaitu perilaku orang terdekat (anggota keluarga) yang membatasi kemampuan dirinya dan klien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi klien.
- (Menurut Friedman,2010) Yang menjadi etiologi atau penyebab dari masalah keperawatan yang muncul adalah hasil dari pengkajian

tentang tugas kesehatan keluarga yang meliputi 5 unsur sebagai berikut :

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM yang terjadi pada anggota keluarga
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit DM
- c) Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara atau memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi penyakit DM
- d) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna perawatan dan pengobatan DM.

- Tanda (Sign)

Menurut Suprajitno (2009;040) Berkumpulnya data yang diperoleh mulai dari pasien maupun dari anggota keluarga pasien dapat dijadikan diagnosis. Didalam diagnosa tersebut masalah keperawatan dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Diagnosa aktual yaitu dimana masalah yang timbul didalam suatu keluarga dapat mengancam sehingga memerlukan bantuan perawat dalam waktu yang tepat. Dalam masalah ini diperlukan tindakan yang tepat dan cepat karena dapat menyebabkan resiko jika segera ditangani.
- 2) Diagnosa potensial yaitu dimana keadaan keluarga yang sejahtera memiliki kebutuhan serta fasilitas yang dapat memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga.

2.6.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan yaitu meliputi pengembangan dalam strategi desain dalam pengurangan, pencegahan atau mengkoreksi, masalah-masalah yang sebelumnya telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Dalam tahap ini dapat dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan juga menyimpulkan rencana asuhan keperawatan yang akan disusun harus memiliki beberapa komponen yaitu meliputi : prioritas masalah, kriteria hasil, intervensi serta pendokumentasian. Komponen tersebut sangat membantu didalam proses evaluasi dan keberhasilan keperawatan yang sudah diimplementasikan (nursalam, 2011)

Tabel intervensi keperawatan :

No.	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)
1.	<p>Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengekspresikan keinginan untuk mengolah masalah kesehatan dan pencegahannya <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilihan hidup sehari – hari tepat untuk memenuhi tugas program kesehatan <p>Gejala dan tanda minor :</p>	<p>Intervensi utama :</p> <p>Edukasi kesehatan</p> <p>Tindakan observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku 	<p>Setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerapkan program perawatan - Aktivitas hidup sehari – hari efektif memenuhi tujuan kesehatan - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program

<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan - Menggambarkan berkurangnya faktor resiko terjadinya masalah kesehatan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga 	<p>hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesempatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>perawatan pengobatan</p>
--	--	-----------------------------

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

2.6.4 Implementasi keperawatan

Tujuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan ini yaitu meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, budaya dan lingkungan dimana mereka meminta bantuan. Tindakan dari rencana yang dilakukan yaitu untuk mencapai suatu tujuan yang spesifik.

Tujuan dari pelaksanaan yaitu membantu klien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan untuk pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Dalam hal ini perawat mampu mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya – bahaya fisik dan lingkungan dari klien, teknik komunikasi, bagaimana prosedur tindakan, pemahaman tentang hak – hak dari pasien serta memahami tingkat perkembangan pasien.

2.6.5 Evaluasi keperawatan

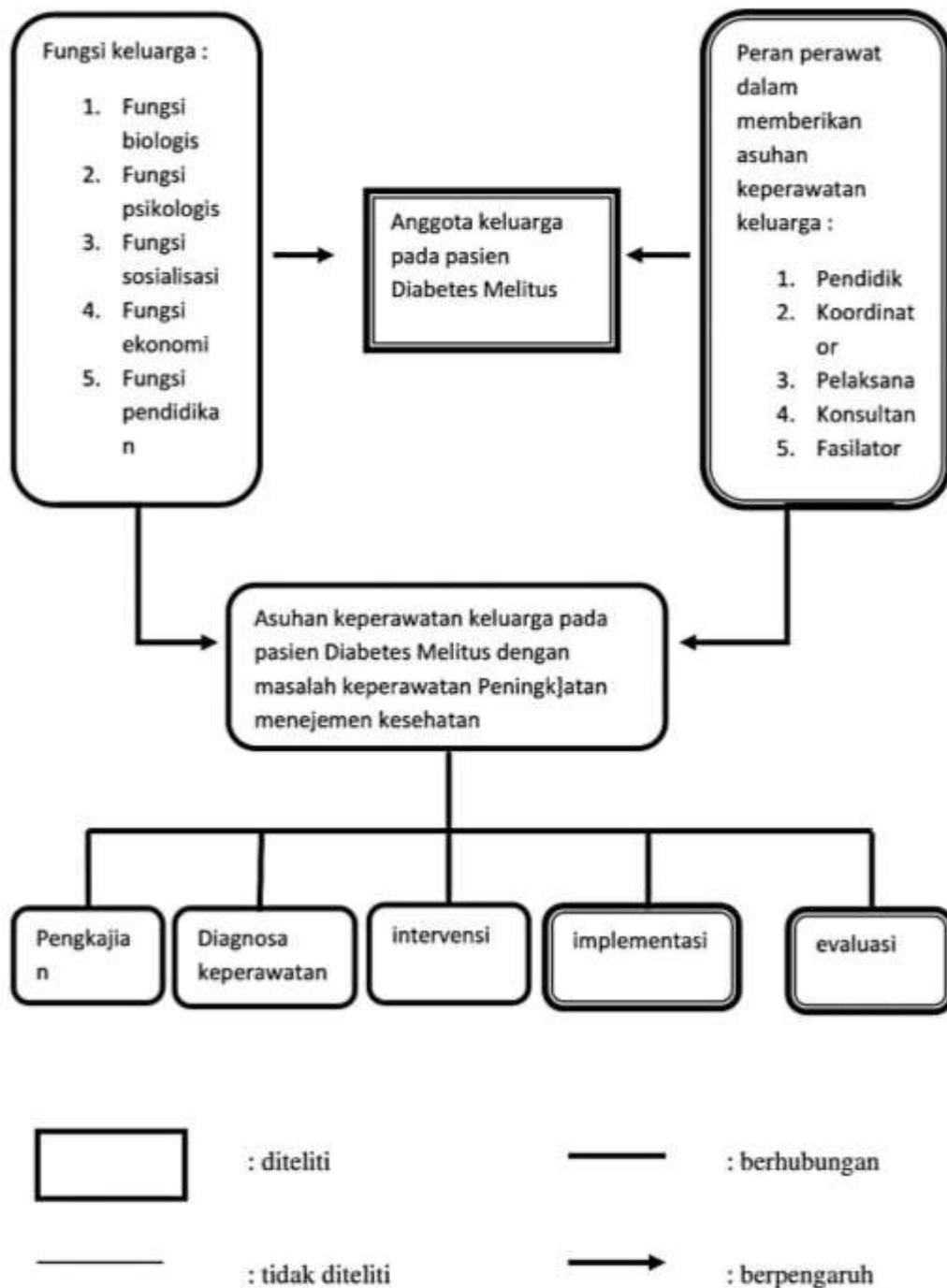
Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil dan implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat seberapa besar keberhasilan yang telah dilakukan. Bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru (Gusti, 2013). Untuk penilaian 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 (subyektif, 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).



2.7 HUBUNGAN ANTAR KONSEP



Gambar 2.2 : Kerangka konsep teori Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Diabetes Melitus dengan Masalah Keperawatan Peningkatan Manajemen Kesehatan.

2.8 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 : BMJ .Vol 5 No 2 : 2018 : 165 - 187
- b. ISSN : 2615 - 7047
- c. Judul : Gambaran Pengetahuan Pasien Diabetes Melitus (DM) Dan Keluarga Tentang Managemen DM Tipe 2
- d. Oleh : Ni Wayah Trisna Dewi, I Made Sudarma, Mitayanti
- e. Tujuan : untuk mengetahui gambaran pengetahuan pasien dan keluarga tentang managemen DM di Wilayah Kerja Puskesmas Tabanan II.
- f. Metode : deskriptif kuanlitatif , dengan jumlah sampel sebanyak 80 responden . pengumpulan data dengan menggunakan kuensioner dan didapatkan selama 2 minggu.
- g. Hasil : hasil analisa dengan univariat berdasarkan tingkat pengetahuan pasien tentang managemen DM tentang edukasi (65%) diet (83,3 %) latihan fisik (77,5 %) dalam kategori baik.

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 : JKP – Volume 4 Nomor 3 Desember 2016
 - b. ISSN : -
 - c. Judul : Pengaruh Edukasi Perawatan Kaki Berbasis Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
 - d. Oleh : Citra Windani, Hartiah Haroen, Nursiswanti
 - e. Tujuan : untuk mengidentifikasi pengaruh program edukasi perawatan kaki berbasis keluarga terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien DM.

- f. Metode : penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan *pre – test and post - test with control group design*.
- g. Hasil : hasil dari penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan karakteristik antar kelompok . perilaku perawatan kaki post – test (M = 84,69) pada kelompok intervensi berbeda secara bermakna (p = 0,00) lebih tinggi dibandingkan pre test sedangkan pada kelompok kontrol ada perunan skor setelah dilakukan pengukuran.

4. Jurnal D

- a. Jurnal : Jurnal keperawatan gsh vol 9 no 2 juli 2020 issn 2088-2734
- b. ISSN : -2088- 2734
- c. Judul : Pendidikan kesehatan senam kaki diabetik terhadap tingkat pengetahuan keluarga dengan diabetes mellitus di desa pijiharjo, manyaran, wonogiri.
- d. Oleh : Nita yunianti ratnasari,Putri Utami
- e. Tujuan : Peningkatan pengetahuan penderita Diabetes Mellitus dan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan yaitu penderita Diabetes Mellitus dan keluarganya sudah mengetahui dan memahami bagaimanakah Diabetes Mellitus dan cara senam kaki diabetik setelah diberi pendidikan kesehatan
- f. Metode : Metode penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus deskriptif
- g. Hasil : Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Novelia Wulan Dari, Sofiana Nurchayati,

2014) yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Senam Kaki Melalui Media Audio Visual Terhadap Pengetahuan Pelaksanaan Senam Kaki Pada Pasien DM Tipe 2” dengan hasil : Berdasarkan hasil uji wilcoxon, diperoleh p value $(0,002) < \alpha (0,05)$, yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui media audio visual pada kelompok eksperimen.

5. Jurnal E

- a. Jurnal : JKP – Volume 4 Nomor 3 Desember 2016
- b. ISSN :
- c. Judul :Pengaruh edukasi kepada keluarga terhadap perubahan dukungan keluarga dan perilaku diet pasien dm tipe 2 di puskesmas perumnas ii pontianak
- d. Oleh : Ratna Sari,Sukarni, Parliani
- e. Metode : Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan pre test and post test without control dengan jumlah sampel 20 responden diambil dengan consecutive sampling
- f. Hasil : Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sebagian besar responden berusia 46-55 tahun (lansia awal). Penelitian ini didukung oleh Arifin (2015) dengan hasil rata rata responden 46 – 55 adalah 69,4 %17. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Restuning (2015) dengan hasil rata-rata responden berusia diatas 45 tahun berjumlah 97,6%18