

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggotanya (Duvall, 1976 dalam Andarmoyo 2012).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Sedangkan menurut (Friedman, Bowden, & Jones, 2010) keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup dalam satu rumah tangga karena pertalian darah, ikatan perkawinan, atau adopsi. Keluarga bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap keluarga.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan kumpulan dari dua individu atau lebih yang memiliki ikatan (perkawinan maupun kesepakatan), hubungan (darah maupun adopsi) yang hidup dalam satu tempat dan saling ketergantungan secara aturan maupun emosional dimana setiap individu mempunyai peran masing-masing.

2.1.2 Tipe Keluarga

Keluarga memiliki berbagai macam tipe yang digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu keluarga tradisional dan keluarga non tradisional. Adapun tipe bentuk keluarga tradisional dan non tradisional adalah sebagai berikut:

1. Keluarga Tradisional

a. *Nuclear family* (keluarga inti)

Keluarga yang terdiri dari seorang suami, istri dan anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama, dimana suami adalah pencari nafkah dan istri sebagai ibu rumah tangga. Tipe keluarga semacam ini merupakan satu bentuk keluarga yang dianggap ideal

b. Keluarga pasangan suami istri bekerja

Suatu keluarga dimana pasangan suami istri yang keduanya bekerja diluar rumah. Tipe keluarga ini dalam pengambilan keputusan dan pembagian fungsi ditetapkan secara bersama-sama dan masih menganut bahwa istri adalah pemegang fungsi kerumahtanggaan.

c. *Commuter family*

Keluarga dimana pasangan suami istri pisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas. Mereka terpisah secara geografis dan pada kesempatan tertentu bertemu dalam satu rumah.

d. *Reconstituted Nuclear*

Keluarga yang terbentuk dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak dari hasil perkawinan baru maupun anak bawaan.

e. *Dyadic Nuclear* (Keluarga tanpa anak)

Keluarga yang dimana suami-istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidaksanggupan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari kariernya. Biasanya keluarga ini akan mengadopsi anak.

f. *Single Parent* (keluarga dengan orangtua tunggal)

Bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu.

g. *Extended Family* (keluarga besar)

Merupakan salah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, saak saudara, atau kerabat dekat lainnya.

2. Keluarga Nontradisional

Pengaturan pada keluarga nontradisional lebih menekankan terhadap nilai aktualitas diri, kemandirian, persamaan, jenis kelamin,

keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal. Bentuk-bentuk keluarga meliputi:

a. *Commune Family*

Keluarga dengan beberapa pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya, hidup bersama dalam satu rumah dan penyediaan fasilitas yang sama.

b. *Unmarried Parent and Child*

Keluarga yang terdiri dari ibu dan anak dari hubungan tanpa nikah dan anaknya adalah hasil adopsi.

c. *Cohibing Couple*

Keluarga yang terdiri dari satu pasangan tanpa ikatan perkawinan yang tinggal bersama.

d. *Institusional*

Keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti

2.1.3 Fungsi Keluarga

Keluarga memiliki 5 fungsi, yaitu:

1. Fungsi Afektif

Yaitu fungsi internal keluarga dan berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif akan tampak pada kegembiraan dan kebahagiaan anggota keluarga. Komponen fungsi afektif yang harus dipenuhi adalah:

- a. Saling mengasuh
- b. Saling menghargai

c. Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

2. Fungsi Sosialisasi

Yaitu proses perkembangan dan perubahan tentang bagaimana keluarga berinteraksi sosial dan berperan di lingkungan masyarakat

3. Fungsi Reproduksi

Yaitu fungsi keluarga dalam meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi

Yaitu fungsi keluarga mengenai sumber dana untuk memenuhi segala kebutuhan anggota keluarga seperti sandang, pangan, dan papan.

5. Fungsi Perawatan Kesehatan

Yaitu fungsi keluarga untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu untuk memelihara kesehatan maupun merawat anggota keluarga yang sakit.

2.1.4 Tahap Perkembangan Keluarga

Berdasarkan konsep Duvall dan Miller dalam Andarmoyo (2012), tahap perkembangan keluarga dibagi menjadi 8, yaitu:

1. Tahap I: Keluarga baru (*beginning family*)

Perkembangan keluarga tahap I merupakan keluarga dengan pasangan yang baru menikah dan belum mempunyai anak. Perkembangan keluarga tahap I dimulai ketika laki-laki/perempuan melepas masa lajang ke hubungan baru yang lebih intim dan berakhir

ketika lahir. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membangun perkawinan yang saling memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis, mendiskusikan rencana keluarga dan memahami prenatal care (kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).

2. Tahap II: Tahap mengasuh anak (*child bearing*)

Perkembangan keluarga tahap II ini merupakan masa transisi pasangan menjadi orang tua. Tahap ini dimulai ketika anak pertama dilahirkan hingga anak tersebut berusia 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap II antara lain adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan, membagi tugas dan peran, memperluas persahabatan keluarga besar, bimbingan orang tua tentang tumbuh kembang anak dan konseling KB.

3. Tahap III: Keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)

Perkembangan keluarga tahap III dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga (kebutuhan anak prasekolah), menyosialisasikan anak dan merencanakan kelahiran berikutnya.

4. Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Perkembangan keluarga tahap IV dimulai ketika anak pertama mulai masuk sekolah dasar yaitu berusia 6 tahun dan berakhir ketika anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain mensosialisasikan anak terhadap lingkungan luar rumah, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan menyediakan kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5. Tahap V: Keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Perkembangan keluarga tahap V berlangsung selama 6 hingga 7 tahun dimulai ketika anak pertama melewati usia 13 tahun. Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab anak, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, memelihara komunikasi terbuka, dan mempertahankan etika serta moral keluarga.

6. Tahap VI: keluarga yang melepaskan anak dewasa muda (*launching center families*)

Perkembangan keluarga tahap VI ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah membantu anak untuk hidup mandiri, menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orangtua lansia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.

7. Tahap VII: keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Perkembangan keluarga tahap VII dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah atau orang tua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang penuh arti dan memperkokoh hubungan perkawinan.

8. Tahap VIII: keluarga lanjut usia

Perkembangan keluarga pada tahap VIII merupakan tahap akhir yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi mengubah pengaturan hidup, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi dan melakukan life review masa lalu.

2.1.5 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

1. Mengetahui masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Keluarga perlu mengetahui keadaan dan perubahan kesehatan anggota keluarganya. Hal ini karena ketika terjadi perubahan kesehatan yang buruk, maka akan terjadi perhatian anggota keluarga yang lain. Sehingga segala kekuatan sumber daya, waktu, tenaga, pikiran bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

2. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk mencari bantuan yang tepat ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan. Keputusan yang diambil keluarga akan menentukan tindakan yang akan dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami.

3. Merawat anggota keluarga yang sakit

Merawat anggota keluarga yang sakit harus dilakukan oleh keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan dari institusi pelayanan kesehatan.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini mengenai pengetahuan dan upaya keluarga dalam meningkatkan dan memelihara sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit.

5. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya.

2.2 Konsep Diabetes Mellitus

2.2.1 Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, atau keduanya (Susan C. Smeltzer, 2018).

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Yuliana elin, 2009 dalam Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.2 Etiologi

1. DM tipe I

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh:

- a. Faktor genetic penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe I
- b. Faktor imunologi (autoimun)
- c. Faktor lingkungan: virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan estruksi sl beta (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. DM tipe II

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin.

Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II: usia, obesitas, riwayat dan keluarga. Hasil pemeriksaan glukosa darah 2 jam pasca pembedahan dibagi menjadi 3 yaitu:

(Sudoyo Aru dkk, 2009 dalam Nurarif & Kusuma, 2015)

- a. $<140\text{mg/dL}$ —→ normal
- b. $140-<200\text{mg/dL}$ —→ toleransi glukosa terganggu
- c. $>200\text{mg/dL}$ —→ diabetes

2.2.3 Klasifikasi

1. Klasifikasi klinis:

a. DM

1) Tipe I: IDDM

Disebabkan oleh destruksi sel beta pulau langerhans akibat proses autoimun.

2) Tipe II: NIDDM

Disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin.

Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengembalian glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati:

- a) Tipe II dengan obesitas
- b) Tipe II tanpa obesitas

b. Gangguan toleransi glukosa

c. Diabetes kehamilan

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis DM dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin (Price & Wilson dalam Nurarif & Kusuma, 2015).

1. Kadar glukosa puasa tidak normal
2. Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia)
3. Rasa lapar yang semakin besar (polifagia), BB berkurang
4. Lelah dan mengantuk
5. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva.

2.2.5 Patofisiologi

Insulin disekresikan oleh sel-sel beta, yang merupakan salah satu dari empat jenis sel dalam pulau Langerhans di pankreas. Ketika seseorang makan makanan, sekresi insulin meningkat dan memindahkan glukosa dari darah ke sel-sel otot, hati, dan lemak. Fungsi insulin antara lain yaitu mengangkut dan metabolisme glukosa untuk energi, merangsang penyimpanan glukosa dalam hati dan otot (dalam bentuk glikogen) dan menghambat konversi glikogen menjadi glukosa, meningkatkan penyimpanan lemak makanan dalam jaringan

adiposa dan mencegah konversi lemak menjadi badan keton, mempercepat transportasi asam amino (berasal dari makanan berprotein) ke dalam sel, insulin juga menghambat pemecahan glukosa, protein, dan lemak yang disimpan (Smeltzer & Bare, 2010; White, Duncen, & Baumle, 2013).

Insulin adalah hormon anabolik (hormon pembangun), tanpa insulin, tiga masalah metabolik mayor terjadi, yaitu: penurunan pemanfaatan glukosa, peningkatan metabolisme lemak, dan peningkatan pemanfaatan protein, sehingga akan mengakibatkan kadar glukosa darah meningkat (Black & Hawks, 2009).

Kelainan dasar yang terjadi pada DM2 yaitu 1) Resistensi insulin pada jaringan lemak, otot dan hati menyebabkan respon reseptor terhadap insulin berkurang sehingga ambilan, penyimpanan dan penggunaan glukosa pada jaringan menurun, 2) Kenaikan produksi glukosa oleh hati mengakibatkan kondisi hiperglikemia, 3) Kekurangan sekresi insulin oleh pankreas menyebabkan turunya kecepatan transport glukosa ke jaringan lemak, otot dan hepar (Guyton & Hall, 2007).

Dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin pada diabetes mellitus tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Biasanya, insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa. Pada DM2, reaksi-reaksi intraseluler berkurang, yang membuat insulin kurang efektif merangsang penyerapan glukosa

oleh jaringan dan mengatur pembebasan glukosa oleh hati, sehingga kadar glukosa naik dan DM2 berkembang (Smeltzer & Bare, 2010)

2.2.6 Penatalaksanaan

Tujuan utama dari pengobatan diabetes melitus adalah untuk menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah sebagai upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler dan komplikasi neuropatik (Smeltzer & Bare, 2010). Penatalaksanaan diabetes melitus menurut Perkeni (2011) dan Smeltzer dan Bare (2010) terdiri dari lima komponen, yang terdiri dari:

1. Edukasi

Edukasi yang diberikan adalah 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 cukup asupan kalori, protein, lemak, mineral dan serat. Ajarkan pasien untuk dapat mengontrol gula darah untuk mencegah komplikasi dan mampu merawat diri sendiri.

2. Perencanaan makan

Pada pasien DM diperlukan jadwal makan yang teratur, agar terkendali gula darahnya. Jadwal makan itu yaitu makan pagi, makan siang, makan malam dan snack antara makan besar. Makan saat lapar porsi biasanya lebih besar dibandingkan makan sebelum lapar. Karena itu pasien DM dianjurkan makan sebelum lapar.

3. Latihan jasmani

Latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai CRIPE (*Continuonus Rhytmical, interval, progressive, endurance training*). Latihan jasmani ini disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit penyerta dan maksimal denyut nadi 220x/menit. Latihan jasmani yang aman adalah jalan kaki biasanya 30 menit, olahraga sedang berjalan cepat selama 20 menit, olah raga berat misalnya jogging.

4. Farmakologi

Menurut penelitian *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) di Inggris membuktikan bahwa resiko terjadinya komplikasi pada penderita DM akibat gula darah yang tidak terkontrol. Obat untuk penderita DM ada obat hipoglikemik oral dan insulin yang diberikan sesuai kebutuhan. Obat hipoglikemik oral dapat dibedakan menjadi 3 golongan berdasarkan cara kerjanya, yaitu pemicu sekresi insulin, penambah sensitivitas terhadap insulin, penghambat alfa-glukosida/acarbose.

5. Monitoring gula

Pemantauan gula darah pada pasien DM merupakan bagian dari manajemen diri yang sangat bermanfaat bagi penyandang DM dengan pengobatan insulin serta memerlukan pengendalian yang baik.

2.2.7 Komplikasi

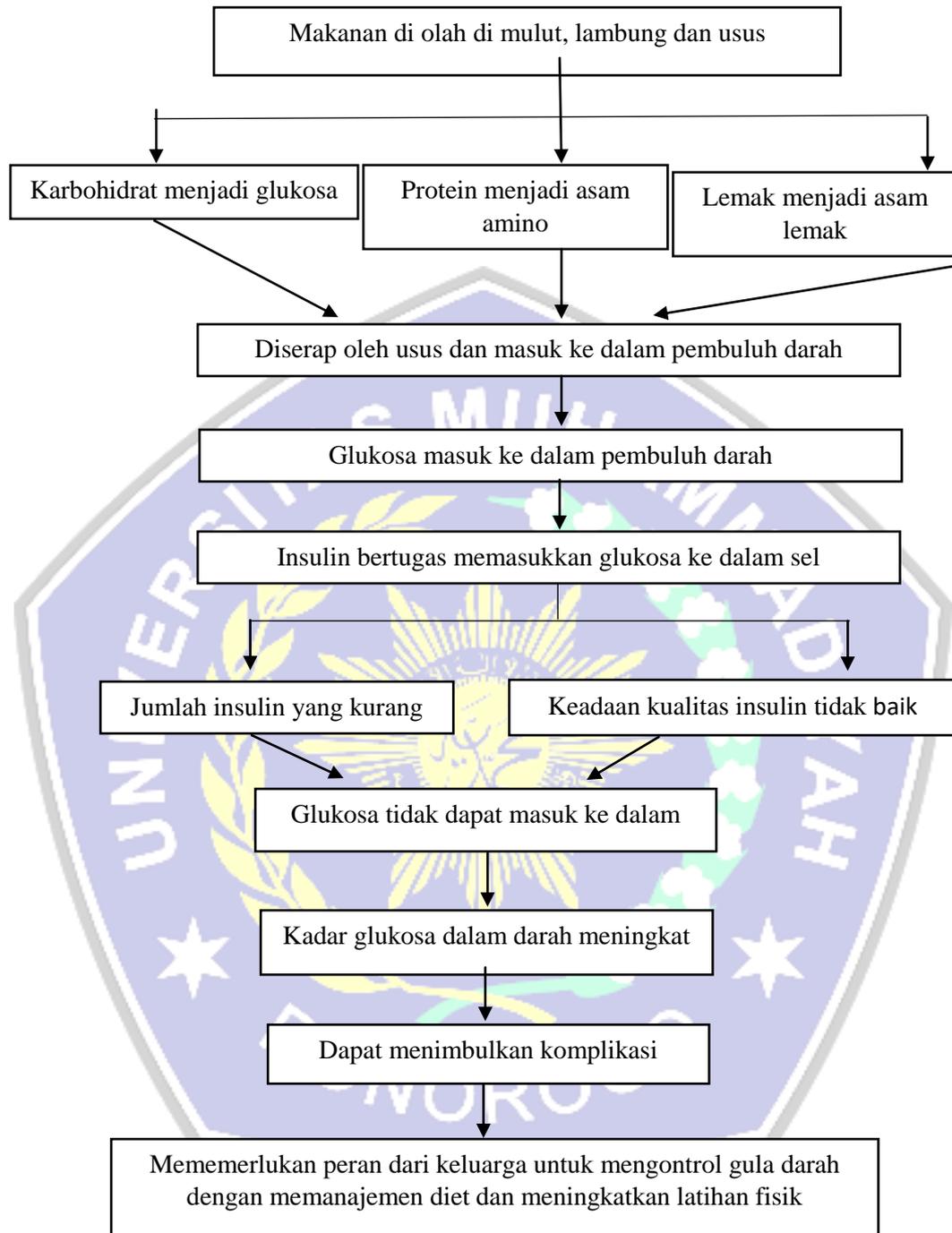
Komplikasi yang berkaitan dengan diabetes diklasifikasikan sebagai komplikasi akut dan kronik. Komplikasi akut terjadi akibat intoleransi glukosa yang berlangsung dalam jangka waktu pendek dan mencakup berikut:

1. Hipoglikemia
2. DKA
3. HHNS

Komplikasi kronik biasanya terjadi 10-15 tahun setelah awitan diabetes melitus komplikasinya mencakup berikut:

1. Penyakit makrovaskuler (pembuluh darah besar): memengaruhi sirkulasi koroner, pembuluh darah perifer, dan pembuluh darah otak.
2. Penyakit mikrovaskular (pembuluh darah kecil): memengaruhi mata (retinopati) dan ginjal (nefropati); kontrol kadar gula darah untuk menunda atau mencegah awitan komplikasi mikrovaskular maupun makrovaskular .
3. Penyakit neuropatik: memengaruhi saraf sensorik motorik dan otonom serta berperan memunculkan sejumlah masalah, seperti impotensi dan ulkus kaki.

2.2.8 Pohon Masalah



Sumber: Suyono, Slamet et all. (2013). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*

Gambar 2.1 Pohon Masalah Gambaran Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus dengan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Melitus

Keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas (Riasmini et al., 2017).

2.3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga

Menurut (Muhlisin, 2012) pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Menurut (Widyanto, 2014) keperawatan keluarga adalah suatu proses yang kompleks yang meliputi biologi, psikologi, emosi, sosial, spiritual, termasuk budaya. Pemberian asuhan keperawatan keluarga merujuk pada proses keperawatan (*nursing process*) yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah:

1. Data umum

Nama, umur (DM tipe I ditandai dengan *onset* mendadak yang biasanya terjadi sebelum usia 30 tahun dan DM tipe II paling sering ditemukan pada individu yang berusia lebih dari 30 tahun dan

obesitas), jenis kelamin, tempat tinggal (alamat), pekerjaan, pendidikan (bagi orang yang tingkat pendidikan rendah/minim mendapatkan pengetahuan tentang DM, maka akan dianggap remeh penyakit ini dan akan memakan makanan yang dapat menimbulkan serta memperparah penyakit ini),

2. Daftar anggota keluarga

Nama anggota keluarga, hubungan keluarga, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, keadaan kesehatan, KB, imunisasi.

Dari daftar anggota keluarga dapat menggambarkan anggota keluarga yang menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi, jantung.

3. Data khusus keluarga

a. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut, dimana keluarga dengan *type extended* maka akan berpengaruh terhadap cara pengambilan keputusan untuk mengatasi DM pada anggota keluarganya.

b. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan berdasarkan tingkat perkembangan anak tertua dari keluarga ini yang dikaji.

c. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan secara singkat mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi, hal ini perlu dikaji karena keluarga dengan DM biasanya mempunyai beberapa tugas keluarga yang belum terpenuhi.

4. Keadaan biologis keluarga

a. Keadaan kesehatan

Menggambarkan keadaan kesehatan keluarga, selain dari individu yang menderita DM.

b. Kebersihan keluarga

Mengkaji kebersihan tubuh setiap anggota keluarga, kebersihan rumah dan sekitarnya.

c. Penyakit yang sering di derita

Mengkaji jenis penyakit apa yang biasa diderita oleh seluruh anggota keluarga, hal ini mengindikasikan adanya penyakit yang sudah lama pada semua anggota keluarga namun tidak dirasakan dan tidak disadari oleh keluarga.

d. Penyakit kronis/menular

DM adalah salah satu penyakit yang tidak menular akan tetapi menurun, oleh karena itu sangat perlu dikaji ada tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit.

e. Kecacatan anggota keluarga

Dikaji ada tidaknya anggota keluarga yang mengalami kecacatan fisik atau mentalnya.

f. Pola makan

Kaji mengenai kebiasaan maka keluarga meliputi frekuensi makan dalam sehari, keseimbangan gizi, cara pengelolaan dan penyajian makanannya, hal ini menunjukkan ada tidaknya perhatian keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita DM, dimana penderita tersebut memerlukan pemberian dengan diet DM. Perlu dilakukan juga pengkajian adanya polifagi, polidipsi.

g. Pola istirahat

Menjelaskan mengenai kebiasaan istirahat/tidur keluarga meliputi berapa jam keluarga tidur dan adakah kendala yang mempengaruhi pola istirahat keluarga, karena keluarga dengan anggota keluarga yang menderita DM.

h. Reproduksi/Akseptor KB

Menjelaskan mengenai jumlah anak, perencanaan pengaturan anak, metode KB yang digunakan dan masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksi keluarga

5. Psikologi Keluarga

a. Keadaan Emosi/Mental

Kecemasan akan timbul pada klien dan keluarga karena ketakutan penyakit bertambah parah dan menyebabkan kematian.

b. Koping Keluarga

Mengkaji cara keluarga menyelesaikan masalah baik yang berhubungan dengan kesehatan maupun masalah lainnya yang bisa terjadi dalam suatu rumah tangga terutama dalam menghadapi anggota keluarga yang sedang menderita DM.

c. Kebiasaan buruk

Mengkaji kebiasaan-kebiasaan buruk yang dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga maupun individu yang sakit DM seperti merokok, minum-minum keras, dan kebiasaan buruk lainnya.

d. Rekreasi

Mengkaji bagaimana keluarga meluangkan waktu bersama untuk melakukan refreshing atau rekreasi baik yang sifatnya rutin maupun tidak rutin, baik yang bentuknya rekreasi keluar maupun rekreasi yang bisa dilakukan di dalam rumah.

e. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara keluarga berkomunikasi satu dengan yang lainnya di dalam keluarga, terutama cara berkomunikasi anggota keluarga yang sakit DM dengan yang lainnya.

f. Pengambil keputusan

Mengkaji siapa yang biasa berperan sebagai pengambil keputusan dalam keluarga terkait dengan kemampuannya dalam mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku ataukah dilakukan dengan cara lain, misal musyawarah keluarga. Data perlu dikaji karena keluarga dengan masalah kesehatan DM sangat

memerlukan kerjasama seluruh anggota keluarga dalam mengatasinya terutama para mengambil keputusan yang ada di keluarga, dimana keberhasilan program pengobatan sangat tergantung dari kerjasama dan perhatian para pengambil keputusan di rumah.

g. Peran Informasi

Menjelaskan mengenai peran informal dari setiap anggota keluarga, misalnya penurut, *motivator*, *innovator*, *dictator*, dan lain-lain. Hal ini perlu dikaji karena akan menentukan sikapnya dalam menangani masalah DM yang terjadi pada anggota keluarganya.

6. Sosial Ekonomi Orang lain

a. Hubungan Dengan Orang lain

Penderita DM terkadang menarik diri dan mempunyai perasaan terkucilkan dari masyarakat jika penyakitnya sudah diketahui dengan pasti. Jika klien belum mengetahui penyakitnya, respon klien akan cenderung biasa saja.

b. Kegiatan Organisasi Sosial

Menjelaskan kegiatan yang di ikuti oleh keluarga dalam organisasi sosial atau perkumpulan sosial, misal kelompok pengajian, karag taruna, LSM dan sebagainya. Data ini dapat menunjukkan adanya perasaan malu dalam mengikuti kegiatan tersebut, penderita DM yang dulunya aktif biasanya akan menghindari setiap aktivitas rutinnya.

c. Keadaan ekonomi

Ditentukan oleh pendapatan keluarga baik yang didapat oleh kepala keluarga maupun anggota keluarga yang lain. Serta ditentukan juga

oleh kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga. Menurut WHO (2014) secara umum negara dengan penghasilan rendah menunjukkan angka prevalensi DM terendah dan negara dengan penghasilan menengah atas menunjukkan prevalensi DM tertinggi di dunia.

7. Spiritual Kultural Keluarga

a. Beribadah

Menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam melakukan aktivitas ibadah sesuai agama yang dianutnya.

b. Keyakinan tentang kesehatan

Dikaji melalui pandangan hidup keluarga terhadap keadaan sehat. Sehingga dapat menjelaskan mengenai keyakinan atau kepercayaan keluarga tentang kesehatan.

c. Nilai dan norma

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga. Meliputi sesuatu yang dianggap baik atau buruk oleh keluarga. Dapat juga dikaji kesesuaian antara nilai dan norma keluarga dengan nilai dan norma yang berlaku di masyarakat, dalam hal ini apakah keluarga mempunyai nilai atau norma yang menganggap bahwa penyakit DM ini adalah suatu hukuman.

d. Adat yang mempengaruhi kesehatan

Mengkaji mengenai ada dan tidak adanya adat atau tabu-tabu yang dianut keluarga dan pengaruhnya terhadap kesehatan.

8. Lingkungan rumah

a. Kebersihan dan Kerapihan

Kebersihan rumah sangat berpengaruh besar terhadap status kesehatan seseorang.

b. Penerangan

Penerangan yang cukup terutama dari sinar matahari sangat berguna untuk membasmi kuman-kuman secara alamiah. Oleh karena itu perlu dikaji keadaan penerangan dari sinar matahari di dalam rumah dan di seluruh bagian rumah lainnya.

c. Ventilasi

Mengkaji tentang keadekuatan sirkulasi udara di dalam rumah termasuk sarana yang memungkinkan sirkulasi udara. Selain itu, luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan mengakibatkan terhalangnya proses pertukaran udara dan sinar matahari yang masuk ke dalam rumah.

d. Jamban

Kaji letak, kepemilikannya, jumlah, jenis dan kebersihannya.

e. Sumber air minum

Menjelaskan mengenai sumber air yang digunakan untuk kebutuhan sehari-hari, termasuk jenisnya (PAM, mata air, air, air sumur, pompa tanah, dll) ketersediaan air bersih untuk kebutuhan rumah tangga.

f. Pemanfaatan Halaman

Menjelaskan mengenai bagaimana keluarga memanfaatkan halaman yang ada seperti di gunakan sebagai apotek hidup sehingga dapat dimanfaatkan untuk pembuatan obat-obatan tradisional.

g. Pembuangan air kotor

Menjelaskan mengenai cara pembuangan air kotor seperti dialirkan ke sungai, menggunakan *septic tank*, termasuk jarak pembuangan dari sumber air minum.

h. Pembuangan sampah

Menjelaskan bagaimana cara keluarga mengelola sampah misalkan di bakar, di timbun, di daur ulang, di buang ke sungai, di angkut dan sebagainya.

i. Sumber pencemaran

Menjelaskan mengenai apakah terdapat sumber pencemaran di dekat rumah. Terkait dengan jenis pencemaran (polusi), jenis zat pencemar (polutan), jarak dari rumah, tindakan yang telah dilakukan dalam menanggulangi masalah tersebut.

9. Genogram

Genogram diisi untuk menggambarkan ada tidaknya penyakit yang diturunkan secara genetik dari generasi-generasi sebelumnya (minimal 3 generasi keatas).

Tujuan pembuatan genogram:

- a. Genogram dapat berfokus pada berbagai pola dan persoalan yang bersifat turun –menurun termasuk penyalahgunaan obat, gangguan mental, kekerasan fisik, serta berbagai penyakit fisik.
- b. Genogram dapat menghadirkan dokumen visual berisi catatan riwayat kecenderungan mental atau medis untuk petugas kesehatan melalui garis keturunan keluarga.
- c. Genogram mirip seperti pohon keluarga. Hanya saja, sebagai tambahan untuk melihat cabang-cabangnya, harus melihat daun-daun di tiap cabang. Tidak hanya akan mempelajari siapa saja di keluarga, tetapi juga hubungan pertalian fisik dan emosional antar anggota.
(Wikihow, 2013).

10. Denah Rumah

Denah rumah dibuat untuk memperlihatkan keadaan rumah, tata letak rumah sehingga dapat tergambar seperti apa keadaan rumah penderita DM.

11. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pada pasien DM yaitu composmentis, apatis, stupor, latergi, tergantung kondisi fisiologi untuk melakukan kompensasi kelebihan gula darah dan kestabilan kadar gula darah.

2) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah: pada pasien DM mengalami peningkatan tekanan darah dengan nilai sistol >120 dan diastole >90 .

b) Suhu tubuh

Pada pasien DM mengalami peningkatan suhu nilai $>37,5^{\circ}\text{C}$.

c) Frekuensi pernafasan

Mengalami peningkatan dengan nilai $>20\text{x/menit}$.

(Doenges, 2010).

d) Berat badan tinggi badan

Pada pasien DM dengan fase awal penyakit atau penderita lanjut dengan pengobatan yang rutin dan pola makan yang belum bisa terkontrol tubuh akan menjadi gemuk atau gendut, sedangkan pasien DM yang fase lanjut dan tidak melakukan terapi dengan rutin maka tubuh akan menjadi kurus ramping (Willem Pieter, 2013).

b. Pemeriksaan Fisik Persistem (*head to toe*)

1) Kepala

a) Inspeksi: kaji bentuk kepala, warna rambut jika berwarna hitam kemerahan bertanda kekurangan nutrisi, penyebarannya jarang atau merata, tekstur kasar atau halus, dan kuantitas tipis atau tebal, terdapat benjolan atau lesi di kulit kepala pada pasien DM yang sering yaitu psoriasis dan kista pilar yang disebabkan karena adanya penurunan antibody. Amati juga ekspresi wajah apakah seperti paralisis.

b) Palpasi: pusing, sakit kepala

2) Mata

Gangguan penglihatan seperti penurunan tajam penglihatan.

(Padila, 2012).

3) Hidung

Pernafasan kusmaul, sesak nafas, batuk yang disertai sputum tanpa sputum.

(Doenges, 2010).

4) Telinga

a) Inspeksi: kaji daerah telinga serta sistem pendengaran, gangguan saat mendengar, adanya kelainan bentuk, kesimetrisan telinga, apakah menggunakan alat bantu dengar, dan kebersihan telinga.

b) Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan pada fragus

5) Mulut dan gigi

a) Inspeksi: kaji atau tidaknya peradangan pada mulut (gusi, uvula, tonsil, dan mukosa mulut), ada atau tidak karies gigi, adakah bau nafas seperti bau buah yang merupakan terjadinya ketoasidosis diabetik pada pasien yang menderita DM serta pasien tersebut dengan mudahnya akan terkena infeksi.

b) Palpasi: tidak ada nyeri tekan (Rohman, 2010).

6) Leher

a) Inspeksi: kaji apakah ada pembesaran limfa pada leher, apabila terdapat pembesaran limfa pada leher berarti adanya pembesaran kelenjar sistemik.

- b) Palpasi: ada tidaknya pembendungan pada vena jugularis (Susilowati, 2014).

7) Thorax

- a) Inspeksi: kaji ada tidaknya bekas luka, sesak nafas, nyeri dada, pergerakan dinding dada, bentuk dan persebaran warna kulit.
- b) Palpasi: kesimetrisan dada pasien dan taktil fremitus
- c) Perkusi: kaji ada tidaknya penumpukan secret, cairan atau darah, dan lapang paru terdengar resonan.
- d) Auskultasi: kaji apakah ada suara tambahan (rochi dan wheezing) disemua lapang paru (Mulyadi, 2014).

8) Pemeriksaan Jantung

- a) Inspeksi: tampak atau tidaknya iktus kordis pada permukaan dinding dada di ICS 5 midvikula sinistra.
- b) Palpasi: teraba atau tidaknya iktus kordis di ICS midvikula sinistra.
- c) Perkusi: pada ICS 3 hingga ICS 5 terdengar pekak.
- d) Auskultasi: bunyi jantung S1 dan S2 terdengar tunggal, tidak ada suara jantung tambahan. (Muttaqin, 2012).

9) Pemeriksaan abdomen

- a) Inspeksi: pasien biasanya tidak nafsu makan, mual muntah, dan tidak mengikuti diet.
- b) Auskultasi: bising usus berkurang

- c) Palpasi: kaji ada tidaknya pembesaran hepar, ada tidaknya asites, ada masa pada abdomen, dan ada tidaknya nyeri tekan pada daerah uluh hati (epigastrium) atau pada 9 regio.
- d) Perkusi: terjadi hipertimpani
(Doenges, 2010).
- 10) Genetalia dan reproduksi
- a) Inspeksi: pada pasien DM saat berkemih biasanya terasa sakit dan panas, ada tidaknya tanda-tanda peradangan pada genetalia, dan terdapat keputihan di daerah genetalia.
(Sudarta, 2012).
- 11) Kulit
Kulit kering, kemerahan, gatal dan dapat terjadi ulkus.
(Doenges, 2010).
- 12) Kuku
- a) Inspeksi: pada pasien DM biasanya terjadi penurunan perfusi pada kondisi ketoasidosis atau komplikasi pada saluran pernafasan mengakibatkan warna kuku menjadi pucat, sianosis.
(Rohman, 2010).
- 13) Ekstermitas
- a) Inspeksi: kaji turgor kulit, akral hangat atau sianosis, kaji juga persebaran warna kulit, pasien aka merasa cepat lelah, lemah dan nyeri serta adanya ganggren di ekstermitas, amati juga kedalaman bekas luka, serta ada tidaknya rasa kesemutan atau

kebas pada ekstermitas, jika ada itu merupakan tanda dan gejala dari penyakit DM.

(Sudarta, 2012).

- b) Palpasi: kelemahan otot, otot menurun, dan mengalami kram otot.

(Doenges, 2010)

14) Genetalia

- a) Inspeksi: apakah ada timosis pada prepusum da apakah ada hipopadia pada meatus uretra, apakah ada kemerahan pada kulit skrotum.

15) Sistem muskuloskeletal

Inspeksi persendian dan jaringan sekitar saat anda memeriksa berbagai kondisi tubuh. Amati kemudahan dan rentang gesekan kondisi jaringan sekitar, setiap deformitas muskuloskeletal, termasuk kurvatura abnormal dari tulang belakang. Sering mengalami penurunan kekuatan muskuloskeletal dibuktikan dengan skor kekuatan otot yang menurun dari angka 5 (Riyadi & Sukarmin, 2013).

16) Sistem *neurisensori*

Penderita Diabetes Melitus biasanya merasakan gejala seperti:

- a) Pusing
- b) Sakit kepala
- c) Kesemutan, kelemahan pada otot
- d) Gangguan penglihatan

- e) Ketidaknyamanan setelah beraktivitas
- f) Menyatakan merasa letih
- g) Menyatakan merasakan lemah (Riyadi & Sukarmin, 2013).

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas (Herdman, 2015).

Dalam SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2018), diagnosa yang mungkin muncul dalam keperawatan keluarga yaitu:

1. Manajemen keluarga tidak efektif, yaitu pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.
2. Manajemen kesehatan tidak efektif, yaitu pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan.
3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, yaitu ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.
4. 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.

5. Penurunan koping keluarga yaitu ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatan.
6. Ketidakberdayaan, persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hati secara signifikan, persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.
7. Ketidakmampuan koping keluarga, yaitu perilaku orang terdekat (anggota keluarga) yang membatasi kemampuan dirinya dan klien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi klien.

Yang menjadi penyebab atau etiologi dari masalah keperawatan yang muncul adalah hasil dari pengkajian tentang tugas kesehatan keluarga yang meliputi:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah diabetes melitus yang terjadi pada anggota keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit diabetes mellitus.
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus
4. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi penyakit diabetes mellitus.
5. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna perawatan dan pengobatan diabetes mellitus.

Dalam penelitian ini diagnosa yang difokuskan yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

Penentuan prioritas masalah pada asuhan keperawatan keluarga menggunakan skala menyusun prioritas atau skoring sebagai berikut:

Tabel 2.1: Penentuan Prioritas Masalah (Bailon & Maglaya)

No.	Kriteria	Skor	Bobot	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan Krisis atau keadaan sejahtera	(3) (2) (1)	1	
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Dengan mudah Hanya sebagian Tidak dapat	(2) (1) (0)	2	
3.	Potensi Masalah Dapat Dicegah Tinggi Cukup Rendah	(3) (2) (1)	1	
4.	Menonjolnya Masalah Masalah berat, harus segera ditangani Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani Masalah tidak dirasakan	(2) (1) (0)	1	
	Total			

Keterangan:

- a. Skor ditentukan bersama keluarga
- b. Nilai bobot (1-2-1-1) merupakan sebuah ketetapan, jadi tidak bisa diganti dengan angka lainnya.
- c. Skoring :
$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$
- d. Kriteria 1 : tidak/kurang sehat karena memiliki bobot yang berat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
- e. Kriteria 2 : hal diperhatikan pada kriteria kedua adalah pengetahuan dan teknologi untuk menangani masalah, sumber daya keluarga, perawat dan masyarakat.
- f. Kriteria 3 : penetapan skor berdasarkan beratnya penyakit, prognosa penyakit atau kemungkinan untuk mencegah, lamanya masalah, adanya kelompok resiko tinggi atau rawan.
- g. Kriteria 4 : menonjolnya masalah, jika keluarga , menyadari masalah dan merasa perlu ditangani segera skornya tinggi.
- h. Total skor tertinggi adalah 5 dan skor tertinggi menjadi prioritas.

2.3.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan keluarga didasarkan pada masalah yang muncul pada daftardiagnosa keperawatan yang ada dengan tujuan untuk mengatasi permasalahan kesehatan keluarga.

Tabel 2.2: Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Diagnosa: Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</p> <p>Definisi: Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan kognitif 2. Ketidaktuntasan proses berduka 3. Ketidakedewasaan ketrampilan berkomunikasi 4. Kurangnya ketrampilan motorik halus/kasar 5. Ketidakmampuan membuat penilaian yang tepat 6. Ketidakmampuan mengatasi masalah (individu atau keluarga) 7. Ketidakcukupan sumber daya (mis. Keuangan, fasilitas) 8. Gangguan persepsi 9. Tidak terpenuhinya tugas perkembangan 	<p>Setelah dilakukan 3x kunjungan ke rumah, diharapkan pemeliharaan kesehatan tidak efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku adaptif 2. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat 3. Perilaku mencari bantuan meningkat 4. Menunjukkan minat meningkatkan perilaku sehat 5. Memiliki sistem pendukung. 	<p>Intervensi Utama Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan hidup bersih dan

<p>Gejala dan tanda Mayor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan 2. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat 3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang 2. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat 3. Tidak memiliki sistem pendukung (<i>support system</i>) <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis 2. Cedera otak 3. Stroke 4. Paralisis 5. Cedera medula spinalis 6. Laringektomi 7. Dimensia 8. Penyakit alzheimer 9. Keterlambatan perkembangan 		sehat.
--	--	--------

2.3.4 Analisis Artikel

Tabel 2.3 Analisa Jurnal Ilmiah

1. Artikel 1 : Jurnal Media Keperawatan vol. 11. No. 01 Tahun 2020

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh Program <i>Diabetes Self Management Education</i> Berbasis Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa Kota Makasar	Alfi Syahar Yakub, Dyah Ekowatiningsih, Hartati, Lia Reski Analia.	Pada penelitian tersebut peneliti menggunakan <i>quasi experiment Non equivalent control group</i> dengan <i>pre and post test design</i> . Yang terdapat 2 kelompok yaitu kelompok eksperimental diberi perlakuan berupa edukasi dengan pendekatan prinsip DSME berbasis keluarga dan kelompok kontrol mendapat	Untuk mengetahui pengaruh program <i>diabetes self manajement education</i> berbasis keluarga terhadap kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2.	<i>Self management education</i> , dukungan keluarga, kualitas hidup	Hasil penelitian menunjukkan skor dukungan keluarga sebelum <i>self management education</i> pada kelompok intervensi 58,61 dan kelompok kontrol 61,60, setelah dilakukan <i>self management education</i> pada kelompok intervensi 99,53 dan kelompok kontrol 59,60. Hasil penelitian menunjukkan skor perbedaan kualitas hidup sebelum dan setelah <i>self</i>	Dukungan keluarga dan kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus pada kelompok intervensi mengalami perubahan atau memiliki pengaruh setelah diberikan penyuluhan <i>diabetes self management education</i> berbasis keluarga. Adanya perbedaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada dukungan keluarga serta kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe

		perlakuan seperti biasa. Peneliti juga menggunakan uji <i>wilcoxon</i> dan <i>mann-whitney</i> . Penelitian tersebut berlangsung selama 1 bulan, dalam bentuk pengambilan data dari tanggal 20-27 April 2018.			<i>management education</i> . Sebelum <i>self management education</i> pada kelompok intervensi 67,84 kelompok kontrol 69,50 dan setelah <i>self management education</i> pada kelompok intervensi 91,53 kelompok kontrol 70,20.	II sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan <i>diabetes self management education</i> berbasis keluarga .
--	--	---	--	--	--	---

2. Artikel 2: e-Jurnal Pustaka Kesehatan, Vol. 6 (no.3), September Tahun 2018

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh <i>Diabetes Self-Management Education and Support</i> (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes	Anis fitri nurul anggraeni, Rondhianto, Peni perdani juliningrum	Pada penelitian ini peneliti menggunakan <i>quasi experiment</i> dengan <i>pre test and post test with control group design</i> . Peneliti melibatkan 30 responden, yang terbagi menjadi 15 responden kelompok	Menganalisis pengaruh <i>diabetes self-management education and support</i> (DSME/S) terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes	DM tipe 2, kualitas hidup, DSME/S	Hasil uji t dependen menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup antara <i>pre test</i> dan <i>post test</i> pada kelompok perlakuan ($p=0,001$) dan kelompok kontrol ($p=0,002$). Hasil uji t independen	Sebelum dan sesudah dilakukan DSME/S pada kelompok perlakuan yaitu terdapat perubahan yang signifikan kualitas hidup pasien DM tipe 2 antara sebelum dan sesudah diberikan DSME/S. Sedangkan

Melitus tipe 2		perlakuan diberikan DSME/S dalam bentuk <i>discharge planning</i> sebanyak 6 sesi yaitu 1-4 dilakukan di RS dan sesi 5-6 dilakukan dirumah pasien dengan melibatkan keluarga. Sedangkan 15 responden kelompok kontrol mendapatkan <i>discharge planing</i> seperti biasa dilakukan di ruang perawatan. Peneliti menggunakan instrumen DQOL (Diabetes Quality of Life).	melitus tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember.		menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (p=0,001).	pada kelompok kontrol kualitas hidup ada perbedaan nilai antara <i>pre test</i> dan <i>post test</i> .
----------------	--	--	--	--	---	--

3. Artikel 3: Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat, November Tahun 2016, Vol.1.No.1

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh <i>Diabetes Self Management Education</i>	Dina Yusdiana	Pada penelitian ini peneliti	Untuk mengetahui	Pengendalian glukosa pada	Tingkat kadar gula darah responden	Tingkat pengetahuan responden sebelum

<p>(DSME) Sebagai Model Keperawatan Berbasis Keluarga Terhadap Pengendalian Glukosa Pada Penderita Diabetes Melitus</p>	<p>Dalimunthe, Johani Dewita Nasution, Solihuddin Harahap.</p>	<p>menggunakan Kuasi eksperimental dengan rancangan <i>pre-post test group design</i>. Peneliti menggunakan 1 kelompok yang diberikan pra dan pasca uji. Sebelum diberikan edukasi, peneliti memberikan kuisisioner terkait pengetahuan responden tentang diabetes melitus dan penatalaksanaan, kemudian peneliti memeriksa kadar gula glukosa darah untuk mengetahui kadar glukosa darah sebelum diberikan edukasi. Pemberian edukasi diberikan 4 sesi selama 1 bulan,</p>	<p>pengaruh DSME terhadap kadar glukosa penderita diabetes.</p>	<p>penderita diabetes melitus</p>	<p>sebelum dilakukan (DSME) sebagai model keperawatan berbasis keluarga terhadap pengendalian glukosa pada penderita diabetes melitus adalah 217.02 ± 30.87, sedangkan sesudah dilakukan DSME diperoleh 128.09 ± 22.58. hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh peningkatan pengetahuan responden pada intervensi <i>diabetes self management education</i> (DSME).</p>	<p>dilakukan <i>diabetes self management education</i> (DSME) sebagai model keperawatan model berbasis keluarga terhadap pengendalian glukosa pada penderita diabetes melitus adalah rendah sedangkan sesudah dilakukan DSME diperoleh pengetahuan responden sedang.</p>
---	--	---	---	-----------------------------------	---	--

		setelah edukasi peneliti kembali memberikan kuisioner untuk mengetahui tingkat pemahaman responden terkait materi edukasi dan dilanjutkan pemeriksaan glukosa darah setelah diberikan edukasi.				
--	--	--	--	--	--	--

4. Artikel 4: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, Volume 8. Nomor 1. Maret Tahun 2020

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh Diabetes <i>Self Management Education And Support</i> (DSME/S) Terhadap Peningkatan Pengetahuan Manajemen	Chairunnisa Mei Yuni, Noor Diani, Ichsan Rizany	Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode <i>pre experimental with one group pre test-post test design</i> . Peneliti hanya menggunakan 1 kelompok yang diberikan pra dan pasca uji. Peneliti melaksanakan <i>pre test</i> di	Untuk mengetahui pengaruh DSME/S terhadap peningkatan pengetahuan manajemen mandiri pasien DM tipe 2.	DSME/S, DM tipe 2, pengetahuan, pendidikan kesehatan.	Hasil uji paired t test, terdapat pengaruh DSME/S terhadap peningkatan pengetahuan manajemen mandiri pasien DM tipe 2 yaitu 0.0001 ($p < \alpha; \alpha = 0,005$),	Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi atau terdapat pengaruh DSME/S terhadap peningkatan pengetahuan

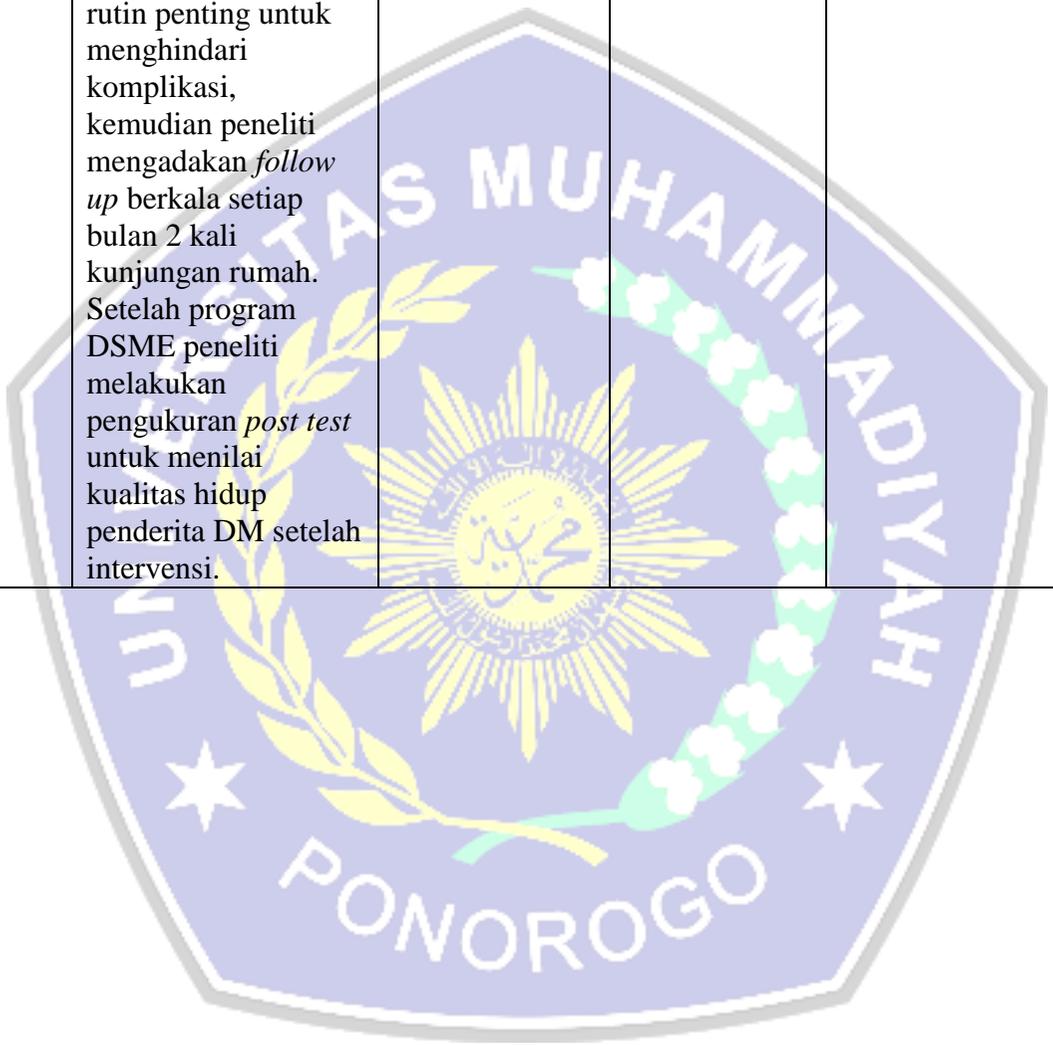
Mandiri Pasien Dm Tipe 2		poli penyakit dalam RSD Idaman Kota Banjarbaru, kemudian pelaksanaan intervensi (DSME/S) di rumah responden dengan mengikutsertakan keluarga yang dilaksanakan selama 1 jam diikuti dengan <i>follow up</i> dan <i>post test</i> pada hari ketiga setelah intervensi yang juga dilakukan dirumah responden.			dengan peningkatan sebesar 15,97%.	manajemen mandiri pasien DM tipe 2 di RSD Idaman Kota Banjarbaru.
--------------------------	--	---	--	--	------------------------------------	---

5. Artikel 5: Jurnal Keperawatan Soedirman (*The Soedirman Journal Of Nursing*), Volume 9, No,3, Juli Tahun 2014

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh Program <i>Diabetes Self Management Education</i> Berbasis Keluarga Terhadap	Eva Rahayu, Ridlwan Kamaluddin, Made Sumarwati.	Pada penelitian ini peneliti menggunakan <i>quasi experiment one group with pre and post test design</i> . Dan peneliti menggunakan	Untuk menganalisis pengaruh DSME berbasis keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM	Program Diabetes Self-Management Education, Kualitas Hidup, Diabetes mellitus.	Hasil penelitian menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<\alpha$; $\alpha = 0,05$). Terdapat pengaruh yang signifikan antara program <i>Diabetes Self Management</i>	Edukasi dengan pendekatan prinsip Diabetes Self Manajemen Education (DSME) terdapat perbedaan peningkatan kualitas hidup pada penderita

<p>Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Wilayah Puskesmas II Baturadden.</p>		<p>Instrumen penelitian menggunakan DQOL (<i>Diabetes Quality of Life</i>) untuk menilai kualitas hidup. Peneliti melakukan penilaian <i>pre test</i> untuk mengetahui kualitas hidup penderita DM sebelum dilakukan intervensi. Setelah itu peneliti melakukan program DSME selama 3 bulan melalui pelatihan dan kunjungan rumah dengan memberikan pendidikan dan pelatihan kepada penderita DM tentang penyakit DM, peneliti juga memberi motivasi kepada keluarga dan penderita bahwa perawatan secara</p>	<p>tipe II di Puskesmas 2 Baturraden.</p>		<p><i>Education</i> berbasis keluarga terhadap kualitas hidup penderita DM.</p>	<p>DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan prinsip DSME di wilayah kerja puskesmas 2 Baturraden.</p>
--	--	---	---	--	---	--

		<p>rutin penting untuk menghindari komplikasi, kemudian peneliti mengadakan <i>follow up</i> berkala setiap bulan 2 kali kunjungan rumah. Setelah program DSME peneliti melakukan pengukuran <i>post test</i> untuk menilai kualitas hidup penderita DM setelah intervensi.</p>				
--	--	---	--	--	--	--



Berdasarkan hasil penelitian ilmiah diatas bahwa edukasi dapat memberikan pengaruh pada pengetahuan pasien dengan diabetes melitus. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil penelitian pada masing-masing penelitian yang menyatakan terdapat pengaruh yang signifikan setelah diberikan edukasi

Dalam Al-Qur'an Allah SWT berfirman : يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قِيلَ لَكُمْ تَفَسَّحُوا فِي الْمَجَالِسِ فَافْسَحُوا يَفْسَحَ اللَّهُ لَكُمْ وَإِذَا قِيلَ انشُرُوا فَانشُرُوا يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ

Artinya: “Hai orang-orang beriman, apabila kamu dikatakan kepadamu “Berlapang-lapanglah dalam majlis”, maka lapangkanlah, niscaya Allah akan memberi kelapangan untukmu. Dan apabila dikatakan, “Berdirilah kamu,” maka berdirilah, niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat. Dan Allah Maha teliti apa yang kamu kerjakan” (QS. Al-Mujadalah, 58: 11).

Ayat tersebut menjelaskan bahwa kemampuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, maka ilmu yang disertai iman adalah ukuran derajat manusia. Manusia yang ideal adalah manusia yang mencapai ketinggian iman dan ilmu . arti pengembangan ilmu pengetahuan dalam al-qur'an tersebut jika dikaitkan dengan masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif yaitu dengan diterimanya informasi atau edukasi kesehatan khususnya keluarga pada penderita diabetes melitus dengan masalah pemeliharaan kesehatan tidak efektif.

2.3.5 Implementasi

Implementasi merupakan seperangkat tindakan/perlakuan yang diberikan kepada keluarga dimana tindakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan prioritas masalah. Implementasi keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut:

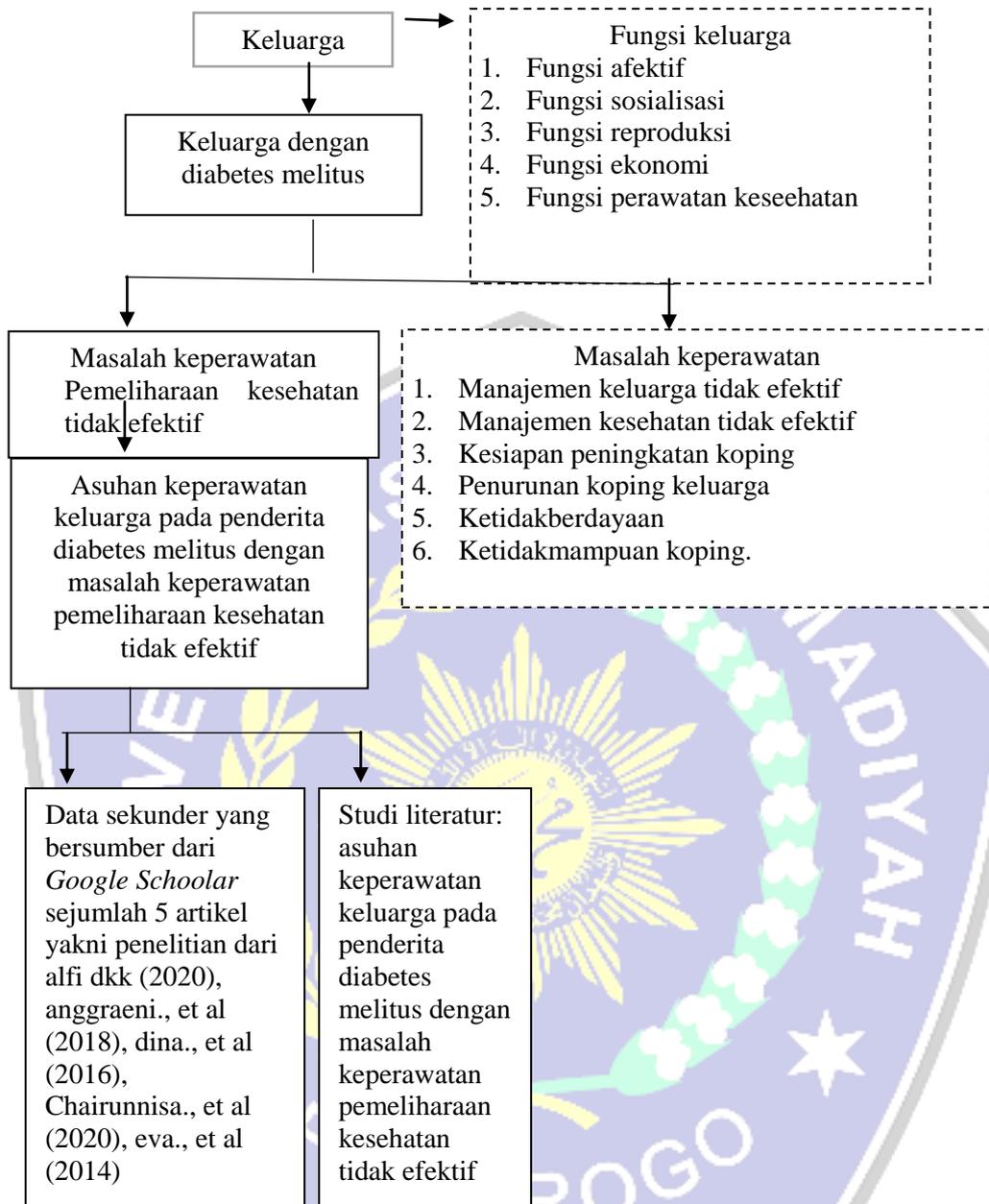
1. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
2. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada

Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu waktu. Untuk itu dapat dilakukan secara bertahap sesuai kesediaan dan waktu yang telah disepakati bersama keluarga.

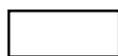
2.3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan. Pada tahap ini dilakukan evaluasi perkembangan sesuai tindakan yang telah diberikan dengan menggunakan pendekatan SOAP. Apabila tidak/belum berhasil maka disusun kembali rencana baru (Andarmoyo, 2012).

2.4 Hubungan Antar Konsep



Keterangan:



: Konsep utama ditelaah



: Berhubungan



: Berpengaruh



: Tidak ditelaah dengan baik