BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga menjadi bagian terpenting dalam sistem sosial kemasyarakatan, bahkan dalam sistem ekonomi. Meski merupakan bagian terkecil, tetapi keluarga memiliki peran sebagai kunci. Tanpa adanya keluarga, sistem sosial tidak akan terbentuk. Hal ini karena terbentuknya sebuah masyarakat dimulai dari adanya keluarga (Bakri, 2017)

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Bakri (2017) secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi 2, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional)

a. Tipe Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh.

1) Keluarga Inti (*nuclear family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah.

2) Keluarga Besar (*Exstended Family*)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari.

3) Keluarga *Dyad* (Pasangan Inti)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami-istri yang baru menikah.

4) Keluarga *Single Parent*

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi.

5) Keluarga *Single Adult* (Bujang dewasa)

Dalam istilah kekinian, tipe keluarga ini disebut sebagai pasangan yang sedang *Long Distance Relationship* (LDR), yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu, misalnya bekerja atau kuliah.

b. Tipe Keluarga Modern (Nontradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat.

1) *The Unmarriedteenege Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan ibu bersama anaknya tanpa pernikahan ini yang masuk dalam kategori keluarga.

2) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali.

3) *The Stepparent Family*

Seorang anak diadopsi oleh sepasang suami-istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orang tua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

4) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap.

5) *The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya.

6) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (*marital partners).*

7) *Conhibiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakatan untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

9) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

10) *Foster Family*

Seseorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurung waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya.

11) Institusional

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan dititipkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial.

12) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Bakri (2017) yaitu :

a. Fungsi reproduktif keluarga

Sebuah peradaban dimulai dari rumah, yaitu dari hubungan suami-istri terkait reproduksi.

b. Fungsi sosial keluarga

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain.

c. Fungsi affektif keluarga

Fungsi ini hanya bisa diperoleh dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif yaitu saling mendukung, menghormati, dan saling asuh.

d. Fungsi ekonomi keluarga

Meski bukan kebutuhan utama, faktor ekonomi menjadi hal penting dalam sebuah keluarga.

e. Fungsi perawatan keluarga

Keluarga merupakan perawat primer bagi anggotanya. Untuk itu, fungsi ini penting ada untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

f. Fungsi pelestarian lingkungan

Manusia hidup tidak terlepas dari lingkungan. Maka melestarikan lingkungan menjadi hal yang penting demi keselamatan bersama.

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Bakri (2017) tugas kesehatan keluarga adalah:

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan dalam keluarga.
b. Kemampuan keluarga dalam membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
c. Kemampuan keluarga untuk merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
d. Kemampuan keluarga untuk mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
e. Kemampuan keluarga untuk menggunakan fasilitas.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Bakri (2017) yaitu :

a. Keluarga Baru (*Berganning Family*)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan.

b. Keluarga dengan Anak Pertama <30 bulan (*Child Bearing*)

Tahap keluarga dengan anak pertama ialah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan.

c. Keluarga dengan Anak Prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan ialah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisai dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri pasangan, dan anak.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung sejak anak pertama menginjak sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja.

e. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orang tua perlu memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab.

f. Keluarga dengan Anak Dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri.

g. Keluarga Usia Pertengahan (*Midle Age Family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal.

h. Keluarga Lanjut Usia

Maka usia lanjut adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara.

B. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya (Kowalak, 2016).

Diabetes mellitus tipe 2 atau NIDDM (*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. DM tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. DM tipe 2 mengenai 90-95% pasien dengan DM. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan. DM tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

2. Etiologi

Umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin (Smeltzer dan Bare, 2015).

Diabetes mellitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain :

a. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes mellitus. Konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan diabetes mellitus. Hasil penelitian Bistara (2018) seseorang yang cenderung mengonsumsi makanan yang banyak mengandung gula dan berindeks glikemik tinggi sehingga akan memicu seseorang terkena diabetes. Selanjutnya, hal ini juga bisa memicu adanya resistensi insulin.

b. Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes mellitus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang diabetes mellitus.

c. Faktor genetis

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

d. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan-bahan kimia dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas, radang pada pankreas akan mengakibatkan fungsi pancreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipedemia dapat meningkatkan risiko terkena diabetes mellitus.

f. Pola hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes mellitus. Jika orang malas berolahraga memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes mellitus karena olahraga

berfungsi untuk membakar kalori yang tertimbun didalam tubuh, kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes mellitus selain disfungsi pankreas.

g. Kadar kortikosteroid yang tinggi. Kehamilan diabetes gestasional.
h. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas.
i. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin (Smeltzer dan Bare, 2015).

3. Patofisiologi

Diabetes mellitus tipe II Terdapat dua masalah utama pada diabetes mellitus tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor kurang dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk kedalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbanginya maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II (Brunner & suddarth 2015)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Brunner & Suddart, 2015

a. Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibatdari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi *diuresis osmotic* (poliuria).

b. Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan(poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofidan penurunan secara otomatis. \

e. Malaise atau kelemahan

f. Kesemutan

g. Lemas

h. Mata kabur

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Brunner & Suddart, 2015 dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

a. Postprandial Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130mg/dl mengindikasikan diabetes.

b. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilaikadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi6,1% menunjukkan diabetes.

c. Tes toleransi glukosa oral Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 grgula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normaldua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.

d. Tes glukosa darah dengan finger stick yaitu jari ditusuk dengan sebuahjarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkankedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanyauntuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2 secara umum untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan pengetahuan. Penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2 meliputi jangka pendek dan panjang. Tujuan jangka pendek adalah menghilangkan tanda dan gejala diabetes mellitus tipe 2, mempertahankan rasa nyaman, dan target pengendalian glukosa darah. Tujuan jangka panjang adalah mencegah dan menghambat progesivitas komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler, dan neuropati diabetik. Akhir dari penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2 adalah penurunan morbiditas dan mortalitas diabetes tipe 2 (Irianto, 2014)

Menurut PERKENI (2011), ada 4 pilar penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2, yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis.

a. Edukasi

Edukasi memegang peranan yang sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2 karena pemberian edukasi pada pasien dapat merubah perilaku pasien dalam melakukan pengelolaan diabetes mellitus secara mandiri. Edukasi mengenai pengolaan diabetes mellitus secara mandiri harus diberikan secara bertahap yang meliputi konsep dasar diabetes mellitus, pencegahan diabetes mellitus, pengobatan diabetes mellitus, dan *self-care*.

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi nutrisi medis atau diet merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes mellitus tipe 2. Keberhasilan terapi nutrisi medis adalah keterlibatan secara menyeluruh dari tenaga kesehatan. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan aspek yang sangat penting untuk diperhatikan, terutama pada pasien dengan terapi insulin.

c. Latihan jasmani

Latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit yang sifatnya CRIPE (*Continous, Rhytmical, Interval, Progressive, Endurance training*). Prinsip CRIPE tersebut menjadi dasar dalam pembuatan materi DSME/S yang memiliki arti latihan jasmani dilakukan secara terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur, gerak cepat dan lambat secara bergantian, berangsur-angsur dari latihan ringan ke latihan yang lebih berat secara bertahap dan bertahan dalam waktu tertentu. Latihan jasmani sebagai rangkaian untuk menjaga kebugaran tubuh, menurunkan berat badan, dan memperbaiki sensitivitas insulin.

d. Intervensi farmakologis

Intervensi farmakologis melalui pemberian obat-obatan kepada pasien diabetes mellitus tipe 2. Obat yang diberikan berupa obat oral dan bentuk suntikan.

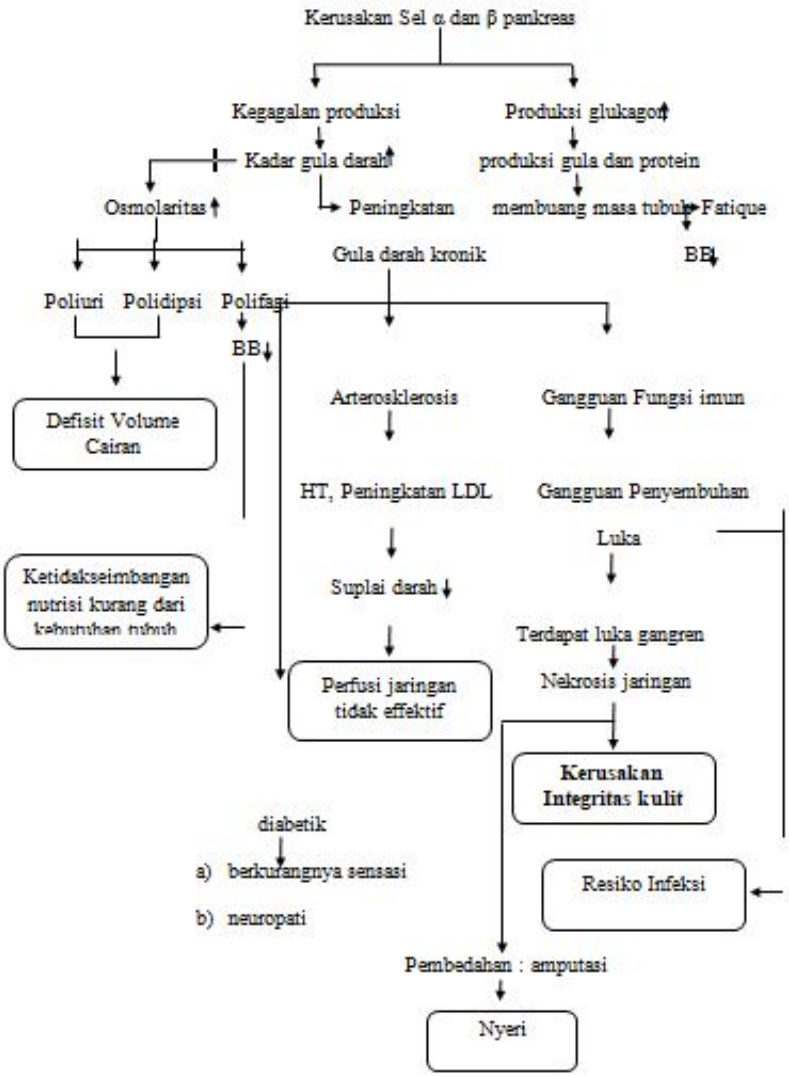
7. Komplikasi

Kompilkasi yang muncul akibat diabetes mellitus antara lain (Irianto, 2014) yaitu :

a. Komplikasi akut, meliputi koma hipoglikemia, ketoasidosis dan koma Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik (HHNK). Koma hipoglikemia terjadi akibat terapi insulin secara terus menurus, ketoasidosis terjadi akibat proses pemecahan lemak secara terus menerus yang menghasilkan produk sampingan berupa benda keton yang bersifat toksik bagi otak, sedangkan koma HHNK terjadi akibat hiperosmolaritas dan hiperglikemia yang menyebabkan hilangnya cairan dan elektrolit sehingga terjadi perubahan tingkat kesadaran.

b. Komplikasi kronik, ada dua meliputi makrovaskuler dan mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, dan pembuluh darah otak), mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik, neuropati diabetic, rentan infeksi, dan kaki diabetik)

8. Pathway



C. Konsep *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S)

1. Pengertian

Menurut *American Diabetes Association (ADA),* 2014 *Diabetes Self Management and Support* (DSME/S) berasal dari *diabetes Self Management Education* (DSME) dan *Diabetes Self Management Support* (DSMS). DSME itu sendiri adalah suatu proses berlangsungnya kegiatan untuk memfasilitasi pengetahuan,

keterampilan, dan kemampuan yang diperlukan untuk perawatan diri prediabetes dan diabetes. Proses ini menggabungkan kebutuhan, tujuan, dan pengalaman hidup dari orang dengan diabetes atau pradiabetes dan dituntun oleh panduan standar berdasarkan berbagai penelitian.

Sedangkan DSMS adalah mengacu pada dukungan yang mampu mempertahankan keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan untuk mengelola diabetes mellitus secara mandiri (ADA, 2014). Dukungan berkelanjutan didapat dari tenaga kesehatan dan sumber daya keluarga atau masyarakat. *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME/S) merupakan cara untuk mengkodifikasi secara signifikan dari dukungan yang berkelanjutan untuk orang dengan diabetes dan mereka yang beresiko, terutama untuk mendorong perubahan perilaku, pemeliharaan perilaku yang berhubungan dengan diabetes yang sehat, dan untuk mengatasi masalah psikososial(ADA, 2014).

2. Tujuan DSME/S

Meningkatkan pengalaman perawatan dan pendidikan pada pasien diabetes mellitus, serta kesehatan keluarga pasien (ADA, 2014). Tujuan DSME adalah mengoptimalkan kontrol metaboliK dan kualitas hidup pasien dalam upaya mencegah komplikasi akut dan kronis, sekaligus mengurangi penggunaan biaya perawatan klinis (Rondhianto, 2011).

3. Prinsip DSME/S

Menurut ADA (2014) prinsip-prinsip DSME/S memiliki 5 macam, dengan maksimal memecahkan masalah-masalah yang ada pada setiap pertemuan pendidikan.

a. Perjanjian, menyediakan perawatan yang mengenai kehidupan pasien, prioritas, budaya, pengalaman, dan kapasitas.
b. Berbagi informasi, menentukan apa yang diperlukan untuk membuat keputusan sebagai manajemen diri setiap harinya
c. Dukungan psikososial dan perilaku, terkait dengan masalah yang ada pada diri pasien.
d. Intergrasi dengan terapi lain, menjamin keamanan dalam melakukan terapi pengobatan.
e. Koordinasi perawatan khusus, sebagai gambaran untuk mengkolaborasikan dengan dukungan tim lain

4. Pelaksanaan DSME/S

Topik dalam pemberian DSME adalah sebagai berikut :

a. Konsep diabetes mellitus, teknik-teknik mengatasi gejala, monitoring kadar gula darah, dan masalah emosional.
b. Latihan jasmani atau olahraga, perawatan kaki, dan menjaga daya tahan tubuh.
c. Pemilihan makanan sehat dan diet yang tepat
d. Penggunaan atau konsumsi obat yang tepat
e. Akses pelayanan kesehatan

f. Evaluasi program

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus

Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan berbagai masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Bakri, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, yang dilakukan secara terus-menerus dan bertahap. Sehingga proses ini tidak hanya sekali saja dilakukan. Hal-hal yang dikaji dalam keluarga adalah :

a. Data umum

Pengumpulan data dapat dilakukan melalui empat cara yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Cara-cara ini tidak harus dilakukan secara berurutan, melainkan mana yang paling memungkinkan lebih dahulu. Meski demikian, empat cara tersebut haruslah dilakukan. Beberapa data umum yang harus dikaji dalam tahap ini adalah :

1) Informasi dasar

Informasi ini merupakan hal-hal dasar yang harus diketahui. Data ini biasanya merupakan data tertulis, yang mudah kita peroleh dari kartu keluarga (KK)

2) Tipe Bangsa

Mengetahui suku dan budaya pasien beserta keluarga merupakan hal penting. Dari budaya keluarga tersebut, kita

akan mengetahui bagaimana kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan oleh keluarga.

3) Agama

Semua agama ada bagian tertentu yang mengajarkan kebersihan dan kesehatan. Akan tetapi bagaimana kadar pasien dan keluarga menjalankannya.

4) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial dan ekonomi cenderung menentukan bagaimana sebuah keluarga menjaga kesehatan anggota keluarganya. Meski hal ini tidak bisa digeneralisir, namun bagi yang memiliki pendapatan yang berekecukupan, tentu anggota keluarga akan memiliki perawatan yang memadai.

5) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi bisa menentukan kadar stress keluarga sehingga menimbulkan beban dan pada akhirnya membuat sakit.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Keluarga sebagai sebuah kelompok akan senantiasa dinamis, selalu mengalami perkembangan, baik dari sisi psikologis, sosial, ekonomi, budaya maupun komposisinya. Beberapa hal yang perlu dikaji dalam tahap ini adalah:

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Bagaimana kondisi paling baru dari keluarga? Inilah yang menjadi fokus utama. Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi.

2) Tugas perkembangan keluarga

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Begitu pula dengan tugas perkembangan keluarga yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

3) Riwayat keluarga inti

Bagian riwayat keluarga inti, tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun kepada anak cucu.

c. Data lingkungan

Lingkungan di mana kita berada sangat memengaruhi keluarga dalam hal kesehatan. Dalam hal ini, beberapa data lingkungan yang diperlukan untuk kajian proses keperawatan keluarga adalah:

1) Karakteristik rumah

Sebuah rumah bisa memengaruhi kesehatan penghuni. Oleh sebab itu, perawat membutuhkan data karakteristik rumah yang dihuni sebuah keluarga dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk, pendingin udara (AC) atau kipas angina, pencahayaan, banyaknya jendela, tata letak perabotan, penempatan *septic tank* beserta kapasitas dan jenisnya, jarak sumber air dengan *septic tank*, konsumsi makanan olahan dan air minum keluarga dan lain sebagainya.

2) Karakteristik tetangga dan RT-RW

Setelah dari dalam rumah, data yang harus dicari selanjutnya adalah lingkungan di sekitar rumah. Perawat perlu mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat, dan budaya yang memengaruhi kesehatan.

3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Selain interaksi dengan tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individu atau keluarga memiliki pergaulannya sendiri, baik dikomunitas hobi, kantor, sekolah, maupun hanya teman main.

4) Mobilitas geografis keluarga

Salah satu dari perkembangan keluarga adalah mobilitas geografis. Apakah pasien beserta keluarganya sering berpindah

tempat tinggal? Paling minimal berpindah dari rumah orang tua menuju rumah sendiri.

5) Sistem pendukung keluarga

Setiap keluarga tentu menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya. Fasilitas-fasilitas inilah yang perlu dikaji sistem pendukung keluarga.

d. Struktur keluarga

Struktur keluarga menurut Bakri (2017) data yang dibutuhkan untuk proses keperawatan keluarga ini adalah :

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

3) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orang tua maupun anak-anak.

e. Fungsi keluarga

Beberapa hal perlu ditekankan dan harus diketahui oleh perawat

1) Fungsi afektif

a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responsnya?

b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?

c) Apakah pasangan suami-istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan lain dan anggota yang lain?

2) Fungsi sosial

a) Kebudayaan yang dianut dalam membesarkan anak?

b) Apakah keluarga merupakan risiko tinggi mendapatkan masalah dalam membesarkan anak? Faktor resiko apa yang memungkinkan?

c) Apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak, seperti tempat bermain dan istirahat di kamar tidur sendiri?

3) Fungsi reproduksi

a) Berapa jumlah anak?

b) Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak?

c) Metode apa yang digunakan keluarga dalam pengendalian jumlah anak?

f. Stress dan koping keluarga

Dalam tahapan ini, seorang perawat harus mengetahui bagaimana keluarga menghadapi dan merespon stressor, dan strategi apa yang digunakan untuk menghadapi dan menyelesaikannya.

g. Pemeriksaan kesehatan

1) Pemeriksaan fisik

Data selanjutnya yang harus dikumpulkan oleh perawat adalah data tentang kesehatan fisik. Beberapa bagian yang harus diperiksa adalah sebagai berikut

a) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus diperiksa adalah suhu badan, nadi, pernapasan, dan tekanan darah.

b) Antropometri

Pemeriksaan ini meliputi tinggi badan, berat badan, lingkaran perut, lingkar kepala, dan lingkar lengan.

c) Pernapasan

Pernapasan yang harus diperiksa meliputi pola pernapasan, bentuk dada saat bernapas, dan apakah ada bunyi yang di luar kebiasaan orang bernapas.

d) *Cardiovascular*

Dalam pemeriksaan *cardiovascular* ini biasanya tidak ditemukan adanya kelainan, denyut nadi cepat dan lemah.

e) Pencernaan

Pemeriksaan pada pencernaan untuk mengetahui gejala mual dan muntah, peristaltic usus, mukosa bibir dan mulut, anoreksia, dan buang air besar.

f) Perkemihan

Perawat mencari tahu tentang volume diuresis, apakah mengalami penurunan atau justru peningkatan

g) Musculoskeletal

Dari pemeriksaan ini perawat akan mengetahui apakah ada *output* yang berlebihan sehingga membuat fisik menjadi lemah,

h) Pengindraan

Indra yang perlu diperiksa oleh perawat utamanya adalah mata, hidung, dan telinga.

i) Reproduksi

Apakah reproduksi masih berfungsi dengan baik atau sebaliknya.

j) Neurologis

Bagaimana kesadaran pasien selama menjalani masa pengobatannya? Apa yang membuat kesadaran menurun?

h. Harapan keluarga

Pada bagian ini perlu diuraikan bagaimana harapan keluarga pasien terhadap penyakit yang diderita pasien.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengumpulan data, kemudian dianalisa untuk menentukan masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga dan memberikan asuhan keperawatan dengan cara analisa data sebagai berikut:

a. Validasi data
b. Membuat kesimpulan dengan hasil kesenjangan yang sudah ditemukan
c. Data dibagi menjadi data obyektif dan subyektif

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya (Bakri, 2017)

a. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan diabetes mellitus sebagai berikut :

1) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (PPNI, D.0115)
   a) Definisi: pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga
   b) Penyebab
      (1) Kompleksitas system pelayanan kesehatan
      (2) Kompleksitas program perawatan/pengobatan
      (3) Konflik pengambilan keputusan
      (4) Kesulitan ekonomi
      (5) Banyak tuntutan
      (6) Konflik keluarga
   c) Gejala tanda mayor
      (1) Subyektif:
         (a) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita
         (b) Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan
      (2) Objektif:
         (a) Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
         (b) Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang tidak tepat

d) Gejala dan tanda minor

(1) Subyektif: tidak tersedia

(2) Objektif:

(a) Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko

e) Kondisi klinis terkait:

(1) PPOK

(2) Sclerosis multipel

(3) Arthritis rheumatoid

(4) Nyeri kronis

(5) Penyalahgunaan zat

(6) Gagal ginjal/hati tahap terminal

2) Defisit pengetahuan keluarga (PPNI, D.0111)

a) Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kongnitif yang berkaitan dengan topik tertentu

b) Penyebab

(1) Keterbatasan kognitif

(2) Gangguan fungsi kognitif

(3) Kekeliruan mengikuti anjuran

(4) Kurang terpapar informasi

(5) Kurang minat dalam belajar

(6) Kurang mampu mengingat

(7) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

c) Gejala tanda mayor

(1) Subyektif

(a) Menanyakan masalah yang dihadapi

(2) Obyektif

(a) Menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran

(b) Menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah

d) Gejala tanda minor

(1) Subyektif : tidak tersedia

(2) Obyektif

(a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

(b) Menunjukan perilaku berlebihan

e) Kondisi klinis terkait

(1) Kondisi klinis yang baru dihadapi klien

(2) Penyakit akut

(3) Penyakit kronis

3) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (PPNI, D.0038)

a) Definisi: risiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal

b) Penyebab

(1) Kurang terpapar informasi

(2) Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah

(3) Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes

(4) Manajemen medikasi tidak terkontrol

(5) Kehamilan

(6) Periode pertumbuhan cepat

(7) Stres berlebihan

(8) Penambahan berat badan

(9) Kurang dapat menerima diagnosis

c) Kondisi klinis terkait

(1) Diabetes mellitus

(2) Ketoasidosis diabetic

(3) Hipoglikemia

(4) Diabetes gestasional

(5) Penggunaan kortikosteroid

(6) Nutrisi parenteral total

4) Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (PPNI, D.0112)

a) Definisi: pola pengaturan dan pengintegrasian program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari yang cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan

b) Gejala tanda mayor

(1) Subjektif:

(a) Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya

(2) Objektif:

(a) Pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan

c) Gejala tanda minor

(1) Subjektif:

(a) Mengekspresikan tidak adanya hambatan yang berarti dalam mengintegrasikan program yang ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan

(b) Menggambarkan berkurangnya faktor risiko terjadinya masalah kesehatan

(2) Obyektif:

(a) Tidak ditemukan adanya gejala masalah kesehatan atau penyakit yang tidak terduga

d) Kondisi klinis terkait

(1) Diabtetes mellitus

(2) Penyakit jantung kongestif

(3) Penyaklit paru obstruktif kronis

(4) Asma

(5) Sclerosis multipel

(6) Lupus sistemik

(7) HIV positif

(8) AIDS

(9) Prematuritas

5) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (PPNI, D.0027)

a) Definisi: variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal

b) Penyebab

(1) Disfungsi pancreas

(2) Resistensi insulin

(3) Gangguan toleransi glukosa darah

(4) Gamgguan glukosa darah puasa

(5) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral

(6) Hiperinsulinemia

(7) Endokrinopati

(8) Disfungsi hati

(9) Disfungsi agen farmakologis

(10) Tindakan pembedahan neoplasma

(11) Gangguan metabolic bawaan

c) Gejala tanda mayor

(1) Subyektif:

(a) Mengantuk

(b) Pusing

(c) Lelah atau lesu

(2) Obyektif:

(a) Gangguan koordinasi

(b) Kadar glukosa dalam darah/urin rendah

(c) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

d) Gejala tanda minor

(1) Subyektif:

(a) Palpitasi

(b) Mengeluh lapar

(c) Mulut kering

(d) Haus meningkat

(2) Obyektif:

(a) Gemetar

(b) Kesadaran menurun

(c) Perilaku aneh

(d) Sulit berbicara

(e) Berkeringat

(f) Jumlah urin meningkat

e) Kondisi klinis terkait

(1) Diabetes mellitus

(2) Ketoasidosis diabetic

(3) Hipoglikemia

(4) Hiperglikemia

(5) Diabetes gestasional

(6) Penggunaan kortikosteroid

(7) Nutrisi parenteral total

b. Skala prioritas

Skala prioritas diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan, untuk kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu dalam pemetaan penanganan pasien, baik untuk perawat maupun keluarga (Bakri, 2017)

Tabel 1. Skala Prioritas Keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Tidak/kurang sehat	3	1
	Ancaman kesehatan	2	
	Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		
	Masalah yang benar-benar harus	2	
	Segera ditangani		1
	Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan		
		0	

Skoring

1) Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu
2) Skor yang dimaksud diambil dari skala priorotas
3) Skor dibagi dengan angka tertinggi
4) Kemudian dikalikan dengan bobot skor
5) Jumlahkan skor dari semua kriteria

$$\frac{Skor}{Angka\ tertinggi} \times \text{Bobot}$$

4. Rencana keperawatan keluarga

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasikan pada diagnosis keperawatan tahap ini, dimulai setelah

menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

Membuat perencanaan merupakan salah satu tahapan dari proses dimulainya tindakan untuk menuju tujuan yang lebih spesifik. Kriteria dan standard merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan keperawatan berdasarkan tujuan khusus yang telah ditetapkan

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (PPNI, D.0115)
    1) Luaran: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat. Dengan kriteria hasil:
        a) Kemampuan menjelaskan masalah yang dialami meningkat
        b) Aktifitas keluarga mengatasi masalah yang tepat meningkat
        c) Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meingkat
        d) Gejala penyakit anggota keluarga menurun (PPNI, L.12105)
    2) Intervensi Utama: Dukungan Koping Keluarga (PPNI, I.09260)
        a) Observasi:
            (1) Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini

b) Terapeutik:

(1) Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga

(2) Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi

(3) Diskusikan rencana medis dan perawatan

c) Edukasi:

(1) Informasikan kemajuan pasien secara berkala

(2) Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia

d) Kolaborasi:

(1) Rujuk untuk terapi keluarga, bila perlu

b. Defisit pengetahuan (PPNI, D.0111)

1) Luaran: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat, dengan kriteria hasil:

a) Kemampuan menjelaskan topik penyakit diabetes mellitus cukup meningkat

b) Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat

c) Persepsi yang keliru terhadap masalah cukup menurun (PPNI, L.12111)

2) Intervensi Utama: Edukasi Kesehatan (PPNI, I.12383)

a) Observasi:

(1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

b) Terapeutik:

(1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus

(2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

(3) Berikan kesempatan untuk bertanya

c) Edukasi:

(1) Jelaskan edukasi materi tentang diabetes mellitus

(2) Ajarkan hidup bersih dan sehat bagi klien penderita diabetes mellitus

d) Kolaborasi:

(1) Kolaborasi dengan pihak lain untuk meningkatkan Keamanan lingkungan

c. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (PPNI, D.0038)

1) Luaran: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil:

a) Kadar glukosa dalam darah cukup membaik

b) Rasa lelah atau lesu cukup menurun

c) Rasa haus cukup menurun (PPNI, L.05022)

2) Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia (PPNI, I.03115)

a) Observasi:

(1) Monitor kadar glukosa darah

b) Terapeutik:

(1) Berikan asupan cairan oral

(2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia

c) Edukasi:

(1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl

(2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

(3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

d) Kolaborasi:

(1) Kolaborasi pemberian insulin, obat oral, obat IV, jika perlu

d. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (PPNI, D.0112)

1) Luaran: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan meningkat, dengan kriteria hasil:

a) Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat

b) Menerapkan program perawatan meningkat (PPNI, L.12104)

2) Intervensi Utama: bimbingan antisipatif (PPNI, I.12359)

a) Observasi:

(1)Identifikasi metode penyelesaian masalah yang biasa digunakan

b) Terapeutik:

(1)Fasilitasi memutuskan bagaimana masalah akan diselesaikan

c) Edukasi:

(1)Jelaskan perkembangan dan perilaku normal

d) Kolaborasi:

(1)Rujuk ke lembaga pelayanan masyarakat, jika perlu

e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (PPNI, D.0027)

1) Luaran: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil:

a) Kadar glukosa dalam darah cukup membaik

b) Jumlah urine membaik

c) Rasa haus cukup menurun (PPNI, L.05022)

2) Intervensi Utama: Manajemen Hiperglikemia (PPNI, I.03115)

a) Observasi:

(1)Monitor kadar glukosa darah

b) Terapeutik:

(1) Berikan asupan cairan oral

(2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia

c) Edukasi:

(1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl

(2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

(3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

d) Kolaborasi:

(1) Kolaborasi pemberian insulin, obat oral, obat IV, jika perlu

5. Tindakan keperawatan / Implementasi Keperawatan

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan pasien (Bakri ,2017).

6. Tahap evaluasi

Evaluasi merupakan tahap integral pada proses keperawatan. Apa yang kurang dapat ditambahkan, dan apabila mendapati kasus

baru dan mampu diselesaikan dengan baik, maka hal itu disebut sebagai keberhasilan atau temuan sebuah penelitian.

Tahapan ini dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk melakukan evaluasi ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP.

a) S: berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan
b) O: berbagai persoalan yang ditemukan, setelah dilakukan Tindakan keperawatan
c) A: Analisi dari hasil yang dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis
d) P: Perencanaan yang direncanakan kembali setelah mendapat hasil dari respons keluarga pada tahap evaluasi.

(Bakri, 2017)

7. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki tenaga keperawatan. Pencatatan dokumentasi keperawatan berguna untuk kepentingan pasien, perawat serta seluruh tim kesehatan yang bekerja memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Catatan disusun secara lengkap dan tertulis (Hidayat, dalam Prabowo, 2016: 41).

Dokumentasi proses keperawatan dikelompokkan sebagai berikut (Prabowo, 2016).

a. Dokumentasi pengkajian keperawatan
b. Dokumentasi diagnose keperawatan
c. Dokumentasi perencanaan keperawatan
d. Dokumentasi tindakan keperawatan
e. Dokumentasi evaluasi keperawatan