

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Menurut Wall (1986) dalam Padila (2012), keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Menurut UU No. 10 tahun 1992 dalam Padila 2012, mengemukakan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anak atau suami istri, ayah dan anaknya, ibu dan anaknya.

Menurut Depkes RI (2012), mendefinisikan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

2. Ciri Keluarga

Ciri adalah ikatan atau persekutuan, hubungan darah, ikatan emosional, tinggal bersama dalam satu atap dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain, peran masing-masing anggota keluarga, anggota keluarga berinteraksi satu sama lain. Mempunyai tujuan: Menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota (Padila, 2012).

3. Tipe keluarga

Menurut Setiadi (2008), tipe keluarga dibagi menjadi:

a. Secara tradisional

1) Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti (ayah,ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

2) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

b. Secara Modern

1) Tradisional *nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu, anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

3) *Niddle Age / Aging couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau keduanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami-istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

5) *Single parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.

6) *Dual carrier*

Suami-istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

4. Struktur keluarga (Friedman, 1998 dikutip Padila 2012)

Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Struktural yang dimaksud adalah:

a. Struktur peran (*role*)

Peran menunjukkan pada beberapa set perilaku yang bersifat homogeny dalam situasi sosial, peran biasanya menyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu sistem sosial tertentu.

1) Peran formal keluarga

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogeni. Peran formal yang standar dalam keluarga seperti pencari nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaiki rumah, tukang masak.

Berikut adalah peran keluarga:

a) Peran ayah

Ayah berperan sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan mencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b) Peran ibu

Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh anak dan pendidik anak-anaknya, pelindung sebagai salah satu anggota kelompok dan peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu ibu juga berperan pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c) Peranan anak

Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tindakan perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

2) Peran informal keluarga

Peran-peran informal (peran tertutup) biasanya bersifat implisit, tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga. Peran informal mempunyai tuntutan yang

berbeda, didasarkan pada personalitas anggota keluarga, peran tersebut diantaranya adalah pendorong, pengharmonis, inisiator-kontributor, pendamai, penghalang, dominator, pencari pengakuan, pengikut, penyalah, matrik, keras hati, sahabat, kambing hitam, keluarga, penghibur, perawat keluarga, pionir keluarga, distractor, dan penghubung keluarga dan saksi.

b. Komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

Komunikasi yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan makna diri.

1) Komunikasi fungsional dalam keluarga

Komunikasi dipandang sebagai kunci keberhasilan keluarga.

Komunikasi dalam keluarga yang sehat merupakan proses dua arah yang dinamis, sehingga tercipta interaksi fungsional.

2) Komunikasi disfungsional dalam keluarga

Komunikasi disfungsional diartikan sebagai pengirim dan penerimaan isi dari pesan yang tidak jelas, tidak langsung atau tidak sepadan. Faktor utama sebagai penyebabnya adalah harga diri keluarga dan orang tua dengan pendidikan rendah. Penyebab rendah dari diri itu sendiri adalah pemusatan pada diri sendiri, perlu persetujuan total dan kurangnya empati.

c. Struktur kekuatan (*power*)

Struktur kekuatan adalah kemampuan individu untuk mengontrol, mempengaruhi dan merubah tingkah laku anggota keluarga.

Komponen utamanya adalah pengaruh dan pengambilan keputusan.

Pengaruh sinonim dengan kekuatan tingkat penggunaan tekanan oleh anggota keluarga dan berhasil dalam memaksakan pandangannya, sedangkan pengambilan keputusan menunjukkan pada proses pencapaian kesepakatan dan persetujuan anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga *status quo*.

d. Struktur Nilai

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu. Sistem nilai keluarga dianggap sangat mempengaruhi nilai-nilai masyarakat. Nilai pada keluarga akan membentuk pola tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Keyakinan dan nilai-nilai ini akan menentukan bagaimana keluarga mengatasi kesehatan dan stressor-stressor lain.

Beberapa peran yang terdapat didalam keluarga adalah sebagai berikut:

a. Peran ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peran ibu

Peran ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh, pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c. Peran anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, spiritual.

5. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga meliputi:

a. Fungsi afektif

Upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosial emosional semua anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merujuk banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami/ayah dan ibu/istri.

Sosialisasi seharusnya lebih kepada proses seumur hidup yang meliputi internalisasi sekumpulan norma dan nilai yang tepat agar menjadi seorang remaja, suami/istri, orang tua, seorang pegawai yang baru bekerja, kakek/nenek dan pensiunan.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi yaitu salah satu fungsi dasar keluarga untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat.

d. Fungsi ekonomi

Kemampuan untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang pangan, papan dan perawatan kesehatan yang adekuat.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antaran lain: Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan, definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga, Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit, praktik diet keluarga pola makan yang adekuat, kebiasaan tidur dan istirahat, praktik aktifitas dan rekreasi, praktik penggunaan obat terapeutik, peran keluarga dalam praktik perawatan diri, tindakan secara medis, terapi alternatif dan terapi komplementer, riwayat kesehatan keluarga, pelayanan perawatan kesehatan yang diterima, perasaan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan darurat, sumber dana dan logistik untuk mendapatkan perawatan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugas perawatan kesehatan dalam keluarga yaitu: mengenal masalah kesehatan dalam keluarga yaitu anggota keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga

adalah upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat yang sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan teratasi atau berkurang, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah dimana keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar namun keluarga memiliki keterbatasan. Anggota keluarga yang sakit perlu perawatan lanjutan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan pertolongan pertama, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Keluarga dapat mengajarkan cara memodifikasi, memanipulasi, atau mengatur lingkungan untuk meminimalkan atau menghindari ancaman atau resiko kesehatan atau mengatur ruangan untuk tempat perawatan keluarga. Keluarga juga dapat belajar membangun atau memodifikasi fasilitas yang diperlukan di dalam rumah seperti penggunaan kamar mandi, memberi penerangan yang cukup, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga (Maglaya, 2009).

6. Tahap perkembangan keluarga

Menurut Friedman (2010), tahap perkembangan keluarga yaitu:

a. Tahap I (*keluarga pasangan baru*)

Tugas perkembangan keluarga yaitu membentuk pernikahan yang memuaskan bagi kedua belah pihak, secara harmonis dengan jaringan kekerabatan, merencanakan untuk membentuk keluarga baru.

b. Tahap perkembangan II (*Childbearing family*)

Tugas perkembangan keluarga yaitu membentuk keluarga muda sebagai suatu unit terkecil yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai anggota keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek/nenek.

c. Tahap III (keluarga dengan anak prasekolah)

Tahap perkembangan keluarga yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, privasi, dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat didalam keluarga (hubungan pernikahan dan hubungan orang tua-anak) dan diluar keluarga (hubungan dengan keluarga besar dan komunitas).

d. Tahap IV (keluarga dengan anak sekolah)

Tahap perkembangan keluarga yaitu menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan membantu hubungan anak-anak yang sehat dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Tahap V (keluarga dengan anak remaja)

Tahap perkembangan keluarga yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab pada saat anak remaja telah dewasa dan semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara dua orang tua dan anak.

f. Tahap VI (keluarga melepaskan anak dewasa muda)

Tahap perkembangan keluarga yaitu memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami-istri yang sudah menua dan sakit.

g. Tahap VII (orang tua paruh baya)

Tahap perkembangan keluarga yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan bermakna antara orang tua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan.

h. Tahap VIII (keluarga lansia pensiunan)

Tahap perkembangan keluarga yaitu mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi, melanjutkan untuk merasionalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga.

7. Keluarga Mandiri

a. Definisi

Keluarga mandiri dapat disimpulkan sebagai sikap mental dalam hal berupaya meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina dan meningkatkan ketahanan keluarga, mengatur kelahiran dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga, berdasarkan kesadaran dan tanggungjawab.

b. Tingkat-tingkat keluarga mandiri

Kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan komunitas dibagi menjadi empat tingkatan dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1) Keluarga mandiri tingkat satu (KM-1)

Tugas keluarga mandiri tingkat 1 yaitu menerima petugas perawatan kesehatan komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

2) Keluarga mandiri tingkat dua (KM- II)

Tugas keluarga mandiri tingkat 2 yaitu menerima petugas perawatan kesehatan komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan.

3) Keluarga mandiri tingkat tiga (KM- III)

Tugas keluarga mandiri tingkat tiga yaitu menerima petugas perawatan kesehatan komunitas, menerima pelayanan

keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah keehatannya secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

4) Keluarga mandiri tingkat empat (KM- IV)

Tugas keluarga mandiri tingkat empat yaitu menerima petugas perawatan kesehatan komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif, melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

c. Indikator kemandirian keluarga

Table 2.1 indikator kemandirian keluarga

No	KRITERIA	TINGKAT			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas (puskesmas)	√	√	√	√
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	√	√	√	√
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya		√	√	√
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif			√	√
7.	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif				√

B. Konsep Diabetes Mellitus

1. Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus yang umum dikenal sebagai kencing manis adalah penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia (peningkatan kadar gula darah) yang terus menerus dan bervariasi, terutama setelah makan. Sumber lain menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Diabetes Mellitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal dan pembuluh darah, disertai lesi pada membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. Diabetes Mellitus merupakan penyakit kelainan metabolisme yang disebabkan kurangnya hormone insulin. Hormon insulin dihasilkan oleh sekelompok sel beta dikelenjar pankreas badan sangat berperan dalam metabolisme glukosa dalam sel tubuh.(Mirza Mulana, 2012)

Diabetes Mellitus adalah penyakit yang merupakan kelainan metabolik. Dalam keadaan sehat, glukosa didalam tubuh diubah menjadi kalori oleh pengaruh hormon insulin yang merupakan zat penting yang dibentuk di pankreas. Penyakit Diabetes Mellitus glukosa yang ada didalam darah tidak termanfaatkan secara memadai, karena itu kadar glukosa dalam darah meningkat dan apabila sangat berlebihan akan ditemukan di urine (Malingkas, 2008).

Diabetes Mellitus adalah kencing manis atau penyakit gula, diketahui sebagai suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan menahun sebagai suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan menahun terutama pada system metabolisme karbohidrat, lemak, dan juga protein dalam tubuh. Gangguan metabolisme tersebut disebabkan kurangnya insulin. Disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketiadaan absolut insulin atau penurunan relative insensivitas terhadap insulin.

2. Etiologi

a. Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTI)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes mellitus mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe 1. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggungjawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2) Faktor imunologi

Diabetes tipe 1 terdapat bukti adanya respon autoimun. merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan abnormal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

3) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel pankreas, contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel pancreas.

b. Diabetes Mellitus tak tergantung insulin (DMTTI)

Penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui secara pasti, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Diabetes Mellitus tak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel.

Pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam peningkatan insulin dengan reseptor. Berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsive insulin pada membrane sel sehingga terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan

sistem transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan glikemia.

Diabetes mellitus tipe II disebut juga Diabetes Mellitus tidak tergantung insulin (DMTII) atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, timbul pada masa kanak-kanak

Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM tipe II, diantaranya adalah Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun), resiko terkena diabetes akan meningkat dengan bertambahnya usia, terutama pada usia diatas 40tahun, obesitas (semakin banyak lemak menimbun diperut, semakin sulit insulin bekerja sehingga gula darah mudah naik) riwayat keluarga (bila ada anggota keluarga terkena diabetes, keturunan kemungkinan beresiko terkena diabetes), kelompok etnik, penyebab utama diabetes di era globalisasi adalah adanya perubahan gaya hidup (pola makan yang tidak seimbang, kurang aktivitas fisik). Selain itu adanya stress, kelainan genetika, usia yang semakin lama semakin tua dapat pula menjadi salah satu factor penyebab timbulnya penyakit diabetes, penyakit ini dapat dicegah dengan merubah pola makan yang seimbang (hindari makanan yang banyak mengandung protein, lemak, gula dan garam). Melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit setiap hari serta rajin memeriksakan kadar gula urine setiap tahun (Sinaga, 2008).

Faktor-faktor genetika mempunyai pengaruh kuat dalam berkembangnya Diabetes Mellitus (DM), beberapa pemicu tertentu dianggap sebagai penyebab Diabetes Mellitus yaitu: makanan berlebihan dan kegemukan: semakin banyak lemak menimbun diperut, semakin sulit insulin bekerja sehingga gula darah mudah naik. Latihan fisik yang kurang: latihan gerak badan yang kurang akan mudah seseorang terkena Diabetes, kehamilan: diabetes dapat terjadi pada 2-5% pada wanita hamil, stress: stress dapat menyebabkan

hormon *counter-insulin* (yang kerjanya berlawanan dengan insulin) lebih aktif sehingga glukosa darah akan meningkat (Melingkas, 2008).

3. Klasifikasi

Menurut Sujono, 2008, DM diklasifikasikan menjadi sebagai berikut:

- 1) Diabetes tipe 1 (distruksi sel beta pada umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut)
- 2) Diabetes tipe II (bervariasi terutama dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin)
- 3) Diabetes insipidus

Kelainan pada *lobus posterior hipofisis* yang disebabkan defisiensi vasopressin yang merupakan *hormone antidiuretic* (ADH). Kelainan ini ditandai dengan rasa haus yang sang (*polydipsia*), pasien cenderung minum 4 hingga 40 liter per hari dan juga terjadi pengeluaran urine yang encer dalam jumlah besar.

- 4) Diabetes tipe lain

DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemik yang terjadi karena penyakit lain: penyakit pankreas, penyakit hormonal, obat atau bahan kimia, endokrinopati, kelainan reseptor insulin.

4. Tanda dan gejala

Menurut Sujono 2008, gejala yang lazim terjadi pada penderita Diabetes Mellitus:

- a. *Polyuria* (banyak kencing)

Polyuria disebabkan karena kadar gula darah meningkat sampai melampaui daya serap ginjal terhadap glukosa, sehingga terjadi osmotik diuresis yang mana gula banyak menarik cairan dan elektrolit sehingga akan mengeluh banyak kencing.

- b. *Polidipsi* (banyak minum)

Polidipsi disebabkan karena banyak terjadi pembakaran dan kehilangan cairan banyak karena poliuri, sehingga untuk mengimbanginya pasien banyak minum.

c. *Polyphagia* (banyak makan)

Pasien DM sering terjadi banyak makan, karena disebabkan glukosa tidak sampai ke sel-sel sehingga sel-sel mengalami starvasi (lapar) maka untuk memenuhinya, klien akan terus makan. Walaupun klien banyak makan, tetap saja makanan tersebut hanya akan berada sampai pada pembuluh darah.

d. Berat badan menurun, lemas, lekas lelah dan tenaga kurang

Pasien DM sering mengalami berat badan menurun, lemas, lekas lelah dan tenaga kurang, karena disebabkan glikogen yang telah dilebur jadi glukosa, maka tubuh berusaha mendapat pelepasan zat dari bagian tubuh yang lain yaitu lemak, protein. Tubuh terus merasakan lapar maka tubuh selanjutnya akan mencegah cadangan makanan yang ada didalam tubuh termasuk yang ada di jaringan otot dan lemak sehingga pasien DM walaupun banyak makan akan tetap kurus.

e. Mata kabur

Glukosa darah yang tinggi akan menarik pula cairan dari dalam lensa mata sehingga lensa menjadi tipis. Mata seseorang akan mengalami kesulitan untuk fokus dan penglihatan jadi kabur. Seseorang bisa mengontrol glukosa darah dengan baik, penglihatan bisa membaik karena lensa kembali normal.

f. Rasa kesemutan

Penderita Diabetes Mellitus regenerasi sel persyarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein. sel persyarafan terutama perifer mengalami kerusakan.

g. Rasa gatal

Kelainan kulit berupa gatal-gatal, biasanya terjadi didaerah ginjal, lipatan kuit seperti ketiak dan dibawah payudara biasanya akibat tumbuhnya jamur.

h. Impotensi pada pria

Ejakulasi dan dorongan seksualitas laki-laki banyak dipengaruhi hormo testosterone. Kondisi optimal (periodic heri ke 3) maka secara otomatis akan meningkatkan dorongan seksualitas. Penderita DM mengalami penurunan produksi hormone seksual akibat kerusakan testosterone dan sistem berperanan.

i. Gatal pada kemaluan

Infeksi jamur juga menyukai suasana glukosa tinggi. Vagina mudah terkena infeksi jamur, mengeluarkan cairan kental putih kekuningan, serta timbul rasa gatal.

5. Patofisiologi

Diabetes Mellitus disebabkan oleh karena gagalnya hormone insulin, kekurangan insulin glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen, sehingga kadar gula darah meningkat dan akibatnya pembakaran glukosa pada Diabetes Mellitus kurang sempurna. Tubuh akan mengatasinya dengan membakar asam lemak yang banyak sehingga akan terjadi penumpukan aseton dalam darah yang mengakibatkan keasaman darah meningkat (asidosis).

Aseton akan meracuni tubuh kita lebih terlalu banyak sehingga tubuh berusaha mengeluarkan melalui urine dan urine berbau aseton. Tubuh mengalami gangguan metabolisme meningkat, sehingga keadaan tersebut akan menjadi lebih parah. Salah satunya bisa menyebabkan ulkus diabetikum yaitu kematian jaringan yang disebabkan oleh obstruksi pembuluh darah yang memberikan makanan pada jaringan ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum ini lebih sering terjadi di daerah ekstremitas bawah, karena letaknya yang jauh dari sirkulasi tubuh.

(Price, S.A & Wilson LM, 2006)

6. Test diagnostik

Kriteria diagnosis: Gula darah sewaktu 200 mg/dl, gula darah sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir, kadar gula darah puasa 129 mg/dl. Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan setidaknya 8 jam. Kadar gula darah 2 jam dilakukan dengan standar WHO, beban glukosa

yang setara dengan 75 glukosa anhidrus yang dilarutkan dalam air. (Doengoes, 2003)

7. Komplikasi

Komplikasi akut yang terjadi adalah: koma ketoasidosis, sindrom hiperglikemia hyperosmolar non ketotik, hipolikemia. Komplikasi kronik yang terjadi adalah mikrovaskuler atau nefropati dan retinopati, makrovaskuler atau jantung coroner, mudah timbul infeksi mikrovaskuler dan makrovaskuler. (Sjaifoellah Noer, 2004)

8. Penatalaksanaan keperawatan / medis

Penatalaksanaan pasien DM menurut Aru W dkk 006 dan Sustrani, L, dkk 2004

a. Perencanaan Diet

Standar yang dianjurkan adalah diet dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein dan lemak sesuai dengan kecukupan gizi yaitu Karbohidrat 60%-70%, Lemak 10%-15%, protein 20%-26%. Standar perhitungan jumlah kalori untuk penderita Diabetes Mellitus: Kurus= $BB \times 45-60$ kal, normal= $BB \times 30-35$ kal, gemu = $BB \times 20-25$ kal dan gemuk sekali= $BB \times 0-15$ kal.

Penentuan status gizi berdasarkan rumusan Brocca adalah pertama dilakukan perhitungan berat badan idaman berdasarkan rumus BB idaman per Kg= $TB \text{ cm} - 100\%$

Untuk laki-laki cm, wanita 150 cm, perhitungan BB idaman tidak dikurangi 10%.

Penentuan status gizi dilihat dari BB actual: $BB \text{ idaman} \times 100\%$, penentuan dengan berat badan kurang= $BB \text{ } 90\% \text{ BBI}$, berat badan normal= $BB \text{ } 90 - 110\% \text{ BBI}$, berat badan lebih= $BB \text{ } 110- 120\% \text{ BBI}$, gemuk= $BB \text{ } 120\% \text{ BBI}$

Kemudian dihitung jumlah kalori yang dibutuhkan dengan cara mengalikan berat badan ideal dengan 30 kalori untuk laki-laki dan 25 kalori untuk perempuan dengan suatu pegangan kasar: Pasien kurus= 2300–2500, pasien= 1700 – 2100, pasien gemuk= 1300-1500.

Manfaat terapi gizi medis antara lain: menurunkan berat badan, menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik, menurunkan kadar

glukosa dalam darah memperbaiki profil lipid, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin, memperbaiki sistem koagulasi darah.

b. Latihan jasmani

Latihan jasmani bila dilakukan teratur mempunyai keuntungan yang besar yaitu bisa dilakukan dengan frekuensi 3-4x dalam seminggu, intensitasnya ringan atau sedang, waktu yang digunakan 30-60 menit tiap latihan, tipe olahraga yang dilakukan aerobik, jalan sehat, renang, sepeda atau jogging. Latihan jasmani ada hal-hal yang harus diperhatikan yaitu pemanasan, latihan inti, pendinginan dan peregangan.

c. Obat hiperglikemik

1) Per oral

Kelompok obat-obatan untuk mengatasi Diabetes Mellitus yaitu :

a) *Sulfonylurea*

Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pancreas. Pilihan utama untuk pasien dengan berat badan normal dan kurang, namun masih boleh diberikan kepada pasien dengan berat badan lebih. Untuk menghindari resiko hipoglikemia yang berkepanjangan, pasien usia lanjut obat golongan sulfonilurea dengan waktu kerja panjang baiknya dihindari.

b) *Biguanid (metformin)*

Obat golongan ini mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati, efek memperbaiki ambilan glukosa perifer. Obat golongan ini terutama dianjurkan dipakai sebagai obat tunggal pada pasien gemuk. Biguanid merupakan kontraindikasi pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan hati, serta pasien-pasien dengan kecenderungan hiposemia (penyakit serebrovaskuler). Obat biguanid dapat memberikan efek samping mual. Mengurangi keluhan obat tersebut dapat diberikan bersamaan atau sesudah makan.

c) *Inhibitor Glukosidase Alfa (Acarbose)*

Obat golongan ini mempunyai efek utama menurunkan puncak glikemik sesudah makan. Terutama bermanfaat untuk

pasien dengan kadar glukosa darah puasa yang masih normal. Biasanya dimulai dengan dosis 2 x 50 mg setelah suapan pertama waktu makan. Keluhan gastrointestinal, dosis dapat dinaikkan menjadi 3x100 mg. Pasien yang menggunakan *Acarbose* jangka panjang perlu pemantauan faal hati dan ginjal serial, terutama pasien yang sudah mengalami gangguan faal hati dan ginjal.

2) Injeksi insulin / parenteral

Insulin merupakan hasil rekombinasi DNA yang digunakan secara genetic dengan memodifikasi *Eschereia Coli*. Organisme ini mensintese setiap rantai insulin menjadi seperti asam amino yang sama seperti insulin manusia. Injeksi insulin paling banyak digunakan karena efek samping dan komplikasinya paling sedikit

d. Penyuluhan

Modalitas yang ada pada penatalaksanaan Diabetes Mellitus terdiri dari terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi non farmakologis terdiri dari perubahan gaya hidup dengan melakukan pengaturan pola makan/diet, meningkatkan aktivitas jasmani, perawatan fisik dan edukasi berbagai masalah yang berkaitan dengan penyakit Diabetes Mellitus

e. Perawatan kaki

Perawatan kaki harus diperhatikan hal-hal seperti: saat mandi bersihkan telapak kaki dengan sabun, keringkan dengan handuk terutama disela-sela jari, periksalah kaki kemungkinan adanya perubahan warna pucat kemerahan, bentuk pecah-pecah, lepuh luka, suhu dingin, lebih panas, bila kaki kering olesi dengan lotion, gunakan kaos kaki yang terbuat dari katun/wol, hindari kaos kaki/sandal yang terlalu sempit, lepas alas kaki setiap 4-6 jam dan gerak-gerakan pergelangan kaki dan jari-jari kaki agar sirkulasi darah menjadi lancar, lakukan senam kaki jangan biarkan luka sekecil apapun.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga, membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Padilla, 2012)

Asuhan keperawatan keluarga meliputi:

1. PENGKAJIAN

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut Friedman

a. Data Umum

Pengkajian data umum keluarga meliputi nama, usia, alamat, pekerjaan dan pendidikan KK.

1) Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang didefinisikan sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang tua kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga, tempat tanggal lahir /umur, pekerjaan dan pendidikan.

2) Genogram

Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Genogram merupakan alat pengkajian yang informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber keluarga

3) Tipe keluarga

Menjelaskan jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut.

4) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan

5) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Status sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya dan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

7) Aktivitas Rekreasi Keluarga

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

b. Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Riwayat keluarga dari lahir hingga saat ini, termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan) yang terjadi dalam kehidupan keluarga.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septik tank dengan sumber air, sumber air yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan, atau kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

d. Struktur keluarga

1) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga

3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku

4) Struktur peran (*formal dan informal*)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal

5) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif hal-hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi sosialisai

Interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma budaya, serta perilaku dari anggota keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan bagaimana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima (5) tugas kesehatan keluarga.

Pengkajian fungsi keperawatan meliputi:

a) Keyakinan, nilai, dan perilaku sehat keluarga

Yaitu nilai apa yang diberlakukan dalam keluarga, kekonsistenan antara nilai kesehatan keluarga dengan perilaku kesehatan keluarga, promosi kesehatan yang diikuti oleh keluarga secara teratur dan tujuan dari kesehatan keluarga.

b) Definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga

yaitu kemampuan keluarga mendefinisikan sehat-sakit pada semua anggota keluarga, kemampuan keluarga melaporkan gejala dan perubahan yang signifikan, sumber informasi dan saran yang keluarga dapatkan, informasi kesehatan dan saran yang diterima oleh keluarga.

c) Praktek diet keluarga, dalam praktek diet keluarga

Yaitu pengetahuan keluarga tentang sumber makanan dari piramida pedoman makanan, keadeguan diet keluarga, tanggungjawab dari perencanaan belanja dan menyiapkan makanan, kebersihan dari makanan yang diolah, banyaknya makanan yang dikonsumsi oleh anggota keluarga, pembatasan dalam anggaran pembelanjaan, penyimpanan makanan yang sudah tidak dikonsumsi, waktu makan khusus bagi keluarga, sikap keluarga terhadap makanan dan waktu makan, kebiasaan kudapan dalam keluarga.

d) Kebiasaan tidur dan istirahat

Yaitu kebiasaan tidur anggota keluarga, kebutuhan tidur sesuai dengan usia dan status kesehatan anggota keluarga, jam tidur yang ditetapkan oleh keluarga, keputusan tidur untuk anak-anak, dimana anggota keluarga tidur.

e) Aktifitas dan rekreasi fisik

Yaitu kesadaran anggota keluarga akan rekreasi dan latihan fisik, jenis rekreasi dan aktifitas fisik yang diikuti oleh keluarga, aktifitas harian yang dilakukan oleh keluarga, waktu yang digunakan untuk melakukan aktifitas, keyakinan mengenai hubungan aktifitas fisik dengan kesehatan, perasaan anggota keluarga saat melakukan aktifitas fisik kesehatan.

f) Praktik obat terapeutik dan penenang, alkohol, tembakau dalam keluarga

Yaitu penggunaan alkohol, tembakau, kopi atau teh pada keluarga, keluarga menggunakan obat penenang, berapa lama penggunaan obat tersebut, larangan pada keluarga dalam menggunakan obat terlarang, penggunaan obat dan penyimpanan selama periode yang tidak ditentukan, penggunaan obat berlabel atau aman pada keluarga.

g) Peran keluarga dalam perawatan diri

Yaitu perbaikan status kesehatan pada keluarga, kemampuan keluarga dalam pencegahan suatu penyakit,

keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit, kompeten keluarga dalam perawatan kesehatan dirumah, nilai, sikap dan keyakinan keluarga mengenai perawatan dirumah.

h) Praktik lingkungan dan hygiene

Pertanyaan ini telah tercakup dalam data lingkungan keluarga.

i) Tindakan pencegahan berbasis medis

Yaitu riwayat dan perasaan keluarga tentang menjalani pemeriksaan fisik secara sehat, pemeriksaan mata dan pendengaran terakhir dilakukan, status imunisasi anggota keluarga, penggunaan air terfloridasi dan suplemen harian untuk anak-anak, kebiasaan keluarga dalam melakukan oral hygiene setelah makan, pola asupan gula sederhana dan karbohidrat dalam keluarga, kebiasaan anggota keluarga mendapatkan perawatan gigi profesional yang bertujuan mencegah secara teratur termasuk pendidikan kesehatan, sinar x berkala, pembersihan dan bagi anak-anak, florida tropikal atau oral.

j) Riwayat kesehatan keluarga

Yaitu kesehatan semua anggota keluarga asli dan pernikahan (kakek, nenek, orang tua, bibi paman saudara kandung dan anak-anak) selama tiga generasi, riwayat penyakit genetic atau keluarga dimasa lalu: diabetes, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, kanker, asam urat, penyakit ginjal, penyakit tyroid, asma dan status alergi lain, penyakit darah, atau penyakit keluarga yang lain, riwayat masalah emosional dan bunuh diri dalam keluarga.

k) Pelayanan kesehatan yang diperoleh

Yaitu praktisi perawatan kesehatan dan lembaga perawatan kesehatan masa anggota keluarga memperoleh perawatan, penyedia layanan keseharan dalam memeriksa semua anggota keluarga dan memenuhi semua kebutuhan kesehatan mereka,

l) Perasaan dan persepsi berkenaan dengan pelayanan kesehatan

Yaitu perasaan keluarga tentang jenis pelayanan kesehatan yang ada dalam komunitas, perasaan dan persepsi keluarga mengenai pelayanan kesehatan yang diperoleh, apakah keluarga nyaman, puas, dan percaya dengan perawatan yang diperoleh dari penyedia perawatan kesehatannya, sikap dan harapan keluarga terhadap peran perawat.

4) Fungsi reproduksi

Fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

5) Fungsi ekonomi

Menjelaskan kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan keluarga yang adekuat.

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka panjang dan jangka pendek: stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor

3) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

h. Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada setelah dilakukan tindakan keperawatan.

(Padila, 2012)

2. Diagnosa Yang Sering Muncul

- a) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan nutrisi dapat terpenuhi.

Tujuan khusus : keluarga dapat mengenal masalah , mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- 1) Kaji pengetahuan keluarga tentang kebutuhan nutrisi.

Rasionalisasi: untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang penyakit.

- 2) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang kebutuhan nutrisi.

Rasionalisasi: dengan memberikan pendidikan kesehatana diharapkan keluarga mampu mengetahui tentang kebutuhan nutrisi.

- 3) Minta keluarga menjelaskan kembali tentang pendidikan kesehatan yang diberikan.

Rasionalisasi: untuk mengetahui tingkat keberhasilan penyaji dalam menyampaikan materi kepada keluarga.

- b) Resiko infeksi berhubungan dengan ketdakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama satu minggu diharapkan tidak terjadi infeksi,

Tujuan khusus: keluarga dapat mengenal tentang infeksi dan merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- 1) Kaji pengetahuan keluarga tentang resiko infeksi.

Rasionalisasi: untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga tentang penyakit.

- 2) Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang resiko infeksi

Rasionalisasi: dengan memberikan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu mengetahui tentang resiko infeksi.

- 3) Minta keluarga menjelaskan kembali tentang pendidikan kesehatan yang diberikan

Rasionalisasi: untuk mengetahui tingkat keberhasilan penyaji dalam menyampaikan materi kepada keluarga.

- c) Resiko cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat atau memodifikasi lingkungan yang aman dan sehat.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan tidak terjadi cedera pada anggota keluarga yang sakit.

Tujuan khusus: keluarga mampu menjauhi resiko cedera di lingkungan rumah.

Intervensi:

- 1) Kaji lingkungan rumah yang mampu menimbulkan cedera.

Rasionalisasi: dengan mengkaji lingkungan rumah dapat diketahui hal-hal yang dapat menimbulkan cedera.

- 2) Diskusikan dengan keluarga mengenai lingkungan yang dapat menimbulkan cedera

Rasionalisasi: untuk menggali kemampuan keluarga dalam berpendapat dan menggali masalah yang ada.

- 3) Bantu keluarga untuk mengambil keputusan dalam memelihara lingkungan rumah.

Rasionalisasi: untuk meringankan dan menjadikannya keputusan yang diambil lebih baik.

- d) Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat pasien.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama satu minggu penatalaksanaan program terapeutik kembali efektif.

Tujuan khusus: keluarga dapat mengenal, mengambil keputusan dan melaksanakan penatalaksanaan program terapeutik

Intervensi:

- 1) Identifikasi masalah kesehatan
Rasionalisasi: untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal penatalaksanaan program terapeutik.
- 2) Kaji kesadaran tentang pelayanan kesehatan
Rasionalisasi: untuk mengetahui keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.
- 3) Kaji penggunaan pelayanan kesehatan
Rasionalisasi: untuk mengetahui keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.
- 4) Kaji minat dalam program peningkatan kesehatan
Rasionalisasi: untuk memotivasi keluarga dalam melaksanakan program peningkatan kesehatan.