

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (shipon). Mellitus berasal dari bahasa Latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit diabetes mellitus dapat diartikan sebagai individu yang mengalir volume urine yang banyak dengan kadar glukosa yang tinggi. Diabetes mellitus merupakan penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

Diabetes mellitus (DM) merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah, disertai lesi pada membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop electron (Mansjoer, 2007).

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2005, “Diabetes merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan

karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya”.

2. Etiologi

1) Diabetes Tipe I

a) Faktor genetic

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya DM tipe I. kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

b) Faktor-faktor imunologi

Adanya respon otoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah olah sebagai jaringan asing yaitu otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

c) Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

2) Diabetes tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui factor genetic yang memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

Faktor-faktor resiko :

- a) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun).
- b) Obesitas.
- c) Riwayat keluarga.

3. Patofisiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), patofisiologi dari diabetes militus adalah sebagai berikut :

a. *Diabetes* tipe I

Pada *diabetes* tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah di hancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi jawaban produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, jadinya glukosa tersebut muncul dalam urin (Glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih di sekresikan dalam urin, eksresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai jawaban dari

kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) jawaban menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan. Proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang menyebabkan peningkatan produksi tubuh keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Keteosidosis diabetik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala ibarat nyeri abdominal, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

b. *Diabetes* tipe II

Pada *Diabetes* tipe II terdapat dua dilema yang bekerjasama dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai

jawaban terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan *diabetes* tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jikalau kadar glukosanya sangat tinggi).

Penyakit *diabetes melitus* membuat gangguan komplikasi melalui kesukan pada pembuluh darah di seluruh tubuh, disebut angiopati diabetik. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskular) disebut makroangiopati, dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati. *Ulkus Diabetikum* terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya, dikelilingi kaus keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus bekerjasama dengan hiperglikemia yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan

adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada tempat kaki yang mengalami beban terbesar. Neuropati sensoris perifer kemungkinan terjadi syok berulang menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan dibawah area kalus. Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur hingga permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka gula menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infection. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya (Anonim, 2009).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis *Diabetes Melitus* dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin (Price & Wilson).

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

Kriteria diagnosis DM : (Sudoyo Aru,dkk 2009)

1. Gejala klasik DM + glukosa plasma sewaktu $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$)
2. Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu
3. Gejala klasik DM + glukosa plasma $\geq 126\text{mg/dL}$ ($7,0\text{mmol/L}$) puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam
4. Glukosa plasma 2 jam pada TTGO $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$)
TTGO dilakukan dengan setandar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus dilarutkan kedalam air.

5. Dampak Resiko Tinggi Pada Keluarga

a. Fungsi Ekonomi

Untuk penderita Diabetes militus harus diberikan makan sesuai diit diabetse militus, bagi keluarga yang kurang ekonomi mungkin merupakan beban tambahan untuk keluarga.

b. Fungsi Sosial

Keluarga dan anggota keluarga harus memberikan kebebasan bagi anggota keluarga yang menderita diabetes militus dalam bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, dan apabila keluarga tidak memberikan kebebasan pada anggotanya, maka

akan mengakibatkan anggota keluarganya menjadi sepi, keadaan ini mengancam status emosi menjadi labil dan mudah stress.

c. Fungsi Afektif

Keluarga dan anggota keluarga penderita diabetes militus harus memberikan perhatian lebih, apabila di keluarga ada yang tidak menghargai anggotanya yang menderita diabetes militus, maka akan menimbulkan stressor tersendiri, hal ini akan menimbulkan sesuatu keadaan yang dapat menambah seringnya terjadi serangan diabetes militus karena kurangnya partisipasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

d. Fungsi Perawat Kesehatan

keluarga dan anggota keluarga yang menderita diabetes militus sangat perlu memaksimalkan perawat kesehatan keluarga. Keluarga harus mampu mengenal dan memahami masalah kesehatan agar dapat merawat anggota keluarganya yang menderita diabetes militus.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dengan Diabetes Militus

1. Pengkajian

Proses pengkajian adalah pengumpulan informasi yang berkesinambungan, dianalisa dan diinterpretasikan serta diidentifikasi secara mendalam. Sumber data pengkajian diperoleh dari anamnesa (wawancara), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik anggota keluarga dan data dokumentasi.

Dasar pemikiran dan pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenal kesehatan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori dan konsep tentang berkaitan dengan permasalahan

a. Data Umum

pengkajian terhadap data umum meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga (KK)
- 2) Alamat, dimana tempat keluarga tinggal
- 3) Pekerjaan kepala keluarga, apakah penghasilan dari pekerjaan kepala keluarga berpengaruh terhadap proses penyakit Diabetes militus
- 4) Pendidikan kepala keluarga, apakah tingkat pendidikan atau pengetahuan kepala keluarga dapat memahami tentang proses penyakit Diabetes Militus.

5) komposisi keluarga

Tabel 2.1**Format Pengkajian Data Keluarga**

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan	Usia	Pendidikan	pekerjaan

6) Genogram

Genogram keluarga adalah sebuah alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama). Untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Untuk hal tersebut maka genogram keluarga harus memuat informasi 3 generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orang tua).

7) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe anggota keluarga tersebut.

8) Suku bangsa

Mengidentifikasi asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengkaji budaya suku bangsa tersebut berkaitan dengan kesehatan.

9) Agama

Mengkaji agama yang di anut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

10) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari keluarga maupun dari keluarga lainnya. Selain itu status ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

11) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktifitas normal.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Yaitu tahap perkembangan keluarga tertinggi yang di tentukan oleh anak tertua dan keluarga inti.

- 2) Tahap Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi
Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
- 3) Riwayat Keluarga Inti
Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, pengertian terhadap pencegahan termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya
Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Data Lingkungan

- 1) Karakteristik Rumah
Diidentifikasi dengan luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septiktank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan.

2) Denah Rumah

3) Karakteristik Tetangga Dan Komunitas RW

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

4) Mobilitas Geografis Kesehatan

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat. Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

c. Struktur Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

3) Struktur peran

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

4) Nilai dan norma keluarga

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

d. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memilik 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 sosial

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, pelindung serta merawat anggota yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga

menegenai sehat sakit. Hal yang perlu dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga, ialah :

a) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan, meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji :

(1) sejauh mana kemampuan keluarga mengerti menegenai sifat dan luasnya masalah ?

(2) apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga ?

(3) apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami ?

(4) apakah keluarga merasa takut akan dari penyakit ?

(5) apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan ?

- (6) apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada ?
 - (7) apakah keluarga kurang percaya terhadap kesehatan yang ada ?
 - (8) apakah keluarga dapat informasi yang salah terhadap tindakan mengatasi masalah ?
- c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit termasuk kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat, maka perlu dikaji :
- (1) apakah keluarga mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan untuk menanggulangi masalah kesehatan atau penyakit?
 - (2) apakah keluarga mempunyai sumber daya dan fasilitas yang di perlukan untuk perawatan ?
 - (3) apakah keterampilan keluarga mengenai macam perawatan yang dilakukan memadai ?
 - (4) apakah keluarga mempunyai pendapat negatif terhadap perawatan yang diperlukan

- (5) apakah keluarga kurang dapat melihat keuntungan dalam pemeliharaan lingkungan dimasa mendatang ?
 - (6) apakah keluarga mengetahui upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit ?
 - (7) apakah keluarga merasa takut akan akibat tindakan (diagnostic, pengobatan dan rehabilitas)?
 - (8) bagaimana falsafah hidup keluarga berkaitan dengan upaya perawatan dan pencegahan ?
- d) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat, maka perlu di kaji :
- (1) sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki ?
 - (2) sejauh mana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemelihara lingkungan ?
 - (3) sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya higyne dan sanitasi ?
 - (4) sejauh mana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit ?

(5) bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene dan sanitasi ?

(6) sejauh mana kekompakan antara anggota keluarga ?

e) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, maka perlu dikaji :

(1) sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan ?

(2) sejauh mana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan ?

(3) sejauh mana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan ?

(4) apakah keluarga memiliki pengalaman kurang baik terhadap petugas kesehatan ?

(5) apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga ?

4) Fungsi Reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah :

a) Berapa jumlah anak ?

b) Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga ?

c) Metode yaitu digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga ?

5) Fungsi Ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga ialah :

a) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan mapan ?

b) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga ?

e. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan. Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor

3) Stressor coping yang digunakan

Dikaji bila menghadapi permasalahan atau stress

4) Strategi adaptasi disfungsional

Digunakan keluarga bila menghadapi masalah atau stress

f. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pada semua anggota keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe meliputi :

Keadaan umum :

Kesadaran :

Tanda-tanda vital : Tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.

Kepala, kesimetrisan muka, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher, dada/ thoraks, abdomen, genitalia, dan ekstremitas atas dan bawah.

g. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah kesehatan adalah situasi atau kondisi yang berhubungan dengan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga atau anggota keluarga. Sedangkan diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga dengan masalah kesehatan aktual dan potensial, sebagai seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Dalam diagnosa keperawatan Diabetes Militus didapat diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- b. Resiko syok
- c. Kerusakan integritas jaringan
- d. Resiko infeksi
- e. Retensi urine
- f. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
- g. Resiko ketidakseimbangan elektrolit
- h. Kekurangan volume cairan
- i. Kurang pengetahuan mengenai penyakit

Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data menurut Nanda Nic-Noc jilid 1 dan Doengoes (2015). Tahapan dalam diagnosa keperawatan keluarga ialah :

1) Analisa Data

Setelah dilakukan pengumpulan data, segera dilakukan analisa yaitu dengan mengaitkan data dan menghubungkan dengan konsep teori dari prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga. Cara analisa data adalah sebagai berikut :

- a) Validasi data, yaitu meneliti kembali data yang dikumpulkan dalam pengkajian.

- b) Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.
- c) Membandingkan dengan standart.
- d) Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.
- e) Data dibagi dalam data subyektif (ungkapan) dan obyektif (data yang dapat diuji kebenarannya melalui observasi, penfis dll)

2) Perumusan masalah

Langkah setelah dilakukan analisa data adalah merumuskan masalah. Perumusan masalah dalam keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran kita baik individu maupun keluarga. Komponen dalam penulisannya terdiri atas Problem (masalah), Etiologi (penyebab), dan Sign/Simptom (tanda dan gejala).

a) Masalah (problem)

Kalimat sederhana yang mendefinisikan persoalan yang dialami oleh klien dalam pengkajian yang sudah dilakukan. Hal ini bertujuan untuk menjelaskan status kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin.

b) Etiologi (penyebab)

Dalam keperawatan keluarga, penyebab dari masalah yang terjadi di ambil dari 5 tugas keluarga dan asumsi apabila

keluarga tidak menjalankan kelima tugas dengan baik maka akan timbul masalah kesehatan. Kelima masalah tersebut ialah sebagai berikut :

- 1) Keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarganya.
- 2) Keluarga tidak mampu mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Keluarga tidak mampu merawat anggota keluarganya yang sakit atau tidak dapat menolong dirinya sendiri karena cacat atau karena usianya yang terlalu muda.
- 4) Keluarga tidak mampu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Keluarga tidak mampu mempertahankan hubungan timbal-balik, antara keluarga dan lembaga kesehatan (puskesmas, dll).

c) Sign & Simptom

Merupakan sekumpulan data tanda dan gejala yang merupakan manifestasi adanya gangguan dari hasil pengkajian baik berupa data subyektif maupun obyektif. Tanda dan gejala inilah yang mendukung adanya masalah dan penyebab. Dalam penulisan tanda dan gejala diharapkan dapat meminimalisir penggunaan data

obyektif. Ungkapan klien tidak selamanya bisa dipercaya tanpa adanya data obyektif. Perawat dituntut untuk mendokumentasikan tanda dan gejala yang paling signifikan sekalipun dianalisa data terdapat banyak data untuk diangkat dalam sebuah masalah.

3) Jenis diagnosa keperawatan

Adapun jenis diagnosa keperawatan merupakan sebagai berikut :

- a) Aktual : masalah yang nyata terjadi saat pengkajian dan didapatkan tanda dan gejala yang mengarah pada masalah tersebut. Komponen dari masalah ini terdiri dari atas PES (Problem, Etiologi, Sign/Simptom).
- b) Resiko/ancaman : sudah ada data yang terjadi dan menunjang terjadinya masalah kesehatan tetapi belum terjadi gangguan.
- c) Potensial : keadaan sejahtera dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan dapat ditingkatkan sebagai komponen diagnosa keperawatan : masalah, penyebab, tanda dan gejala.

4) prioritas masalah

Setelah merumuskan masalah, tahap berikutnya adalah menentukan diagnosa mana yang menjadi

diagnosa prioritas, dilihat dari angka yang paling tinggi dilanjutkan sampai angka yang terendah. Untuk mendapatkan masalah prioritas, terlebih dahulu dilakukan perhitungan dengan menggunakan skala Baylon dan Maglay (1978) sebagai berikut :

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot :

Skor

————— X bobot

- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d) Skor tertinggi adalah 5 = seluruh

Tabel 2.2

Kriteria skoring

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat masalah	Aktual (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	Potensial masalah	Tinggi	3	1

	dapat dicegah	Cukup	2	
		Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	Berat,segera ditangani	2	1
		Ada masalah tidak perlu segera ditangani	1	
		Tidak dirasakan ada masalah	0	

Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala :

a. Kriteria I

Untuk mengetahui sifat masalah ini, kita mengacu pada tipologi masalah kesehatan yang terdiri dari tiga kelompok besar :

- 1) Yaitu keadaan yang memungkinkan terjadinya penyakit, kecelakaan atau kegagalan dalam pencapaian potensi kesehatan.
- 2) Kurang/tidak sehat
Yaitu kegagalan dalam memnfaatkan kesehatan :
 - (a) keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa)
 - (b) gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
- 3) Situasi kritis
 - (a) Perkawinan
 - (b) Kehamilan
 - (c) Persalinan

- (d) Masa nifas
- (e) Menjadi orangtua
- (f) Penambahan anggota keluarga (bayi)
- (g) Abortus
- (h) Anak masuk sekolah
- (i) Anak remaja
- (j) Kehilangan pekerjaan
- (k) kematian anggota keluarga
- (l) Pindah rumah

b. Kriteria II

Yaitu kemungkinan masalah dapat diubah. Dalam menentukan hal tersebut, perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :

- 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk mnangani masalah.
- 2) Sumberdaya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
- 3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- 4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

c. Kriteria III

Yaitu potensial masalah dapat dicegah. Yang perlu diperhatikan ialah sebagai berikut :

- 1) Kepelikan masalah yang berhubungan dengan penyakit/masalah
- 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu terjadi
- 3) Tindakan yang sering dijalankan adalah tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
- 4) Adanya kelompok “High Risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

d. Kriteria IV

Yaitu menonjolnya masalah. Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.

3. Perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan dimulai dari penentuan tujuan (umum/khusus), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga. Rencana tindakan ini diarahkan untuk membantu keluarga mengubah sehat, dan mengubah perilaku ke arah yang lebih baik. Perencanaan keluarga meliputi :

a. Penetapan tujuan yang mencakup :

1) Tujuan umum

Merupakan hasil akhir yang ingin dicapai dan lebih mengarah kepada masalah keperawatan pada klien dengan Diabetes Militus.

2) Tujuan khusus

Merupakan tahapan untuk mencapai tujuan dan lebih mengarah pada penyebab terjadinya Diabetes Militus.

b. Penetapan kriteria dan standar

Kriteria dan standar merupakan out comes dalam proses keperawatan keluarga. Dalam menentukan kriteria dan standar, perlu diperhatikan tiga komponen kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (tindakan).

1) Kriteria

Merupakan gambaran tentang faktor-faktor tindakan sedap yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai. Menurut Nurssalam (2001) kriteria hasil yang perlu diperhatikan mencakup semua respon manusia sebagai berikut :

a) Kognitif

Kriteria hasil disusun berdasarkan pengulangan informasi yang telah diajarkan, untuk mencapai apakah informasi yang telah disampaikan bisa dimengerti, klien harus ditanya untuk menyebutkan, menjelaskan, menyatakan, mendefinisikan, atau menunjukkan pemahamannya terhadap beberapa informasi secara nyata.

b) Afektif

Kriteria hasil ditulis dalam bentuk emosional klien yang bertujuan mengetahui bagaimana respon klien dan keluarga terhadap stress yang dihadapi, hal-hal berupa penyakit, masalah keluarga atau krisis maturasi.

2) Standar

Menunjukkan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan pelaksanaan yang sebenarnya. Memberitahukan apakah tingkat pelaksanaan yang dapat diterima atau keadaan yang bagaimana agar dapat mengatakan bahwa tindakan yang dilakukan berhasil atau tujuan tercapai.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam membuat standar ialah sebagai berikut :

a) Berfokus pada keluarga

Out comes harus ditunjukkan kepada keadaan keluarga, “apa yang harus dilakukan keluarga, kapan dan sejauh mana tindakan akan dilaksanakan”.

b) Singkat dan jelas

Tujuannya adalah agar perawat lebih mudah dalam mengidentifikasi tujuannya, oleh karena itu hindari penggunaan kalimat yang terlalu panjang dan bermakna ganda.

c) Dapat diobservasi dan diukur

Tanpa hasil yang dapat diukur, proses perawatan tidak akan bisa mendapat hasil yang maksimal. Dalam komponen kognitif misalnya, hindari kata mengerti atau memahami, karena sulit untuk diukur. Kedua kata tersebut sangat mudah diungkapkan oleh pasien, dan hanya merupakan kesimpulan pribadi.

d) Realistik

Dalam hal ini, tindakan yang dilaksanakan harus sesuai dengan sarana dan prasarana yang tersedia di rumah.

e) Ditentukan oleh perawat dan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam melakukan asuhan keperawatan, harus dilibatkan sejak awal pengkajian

sampai dengan evaluasi. Keterlibatan keluarga sangat membantu untuk kelancaran proses perawatan.

c. Pembuatan rencana tindakan keperawatan

Berdasarkan diagnosa diatas, berikut perencanaan keperawatan keluarga pada pasien Diabetes Melitus :

Table 2.3
Perencanaan Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria Evaluasi		intervensi
			Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Rabu, 06 Maret 2019	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn.U mengatakan badannya terasa lemas jika gula darah naik, sering kencing pada malam hari dan juga sering lapar walaupun sudah makan • Tn.U mengatakan makanan yang dimakannya tidak seimbang sesuai yang dianjurkan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Tn.U teratasi</p>	<p>TUK 1 setelah 3 kali kunjungan diharapkan keluarga dapat mengenal masalah :</p> <p>a. Arti diit Diabetes Melitus</p>	<p>Respon verbal</p>	<p>Menyebutkan 2 dari 3 pengertian diit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan yang dimakan setiap hari adalah makanan yang ditentukan macam dan jenisnya untuk memenuhi kebutuhan gizi tubuh. 2. Makanan yang ditentukan macam dan jenisnya untuk memenuhi kebutuhan gizi tubuh atau untuk kepentingan penyakit tertentu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji ulang pengetahuan keluarga tentang diit. 2. Diskusikan arti diit diabetes melitus. 3. Diskusikan tentang tujuan diit. 4. Kaji pengetahuan keluarga tentang syarat diit. 5. Diskusikan dengan keluarga tentang syarat diit 6. Berikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 7. Berikan pujian positif kepada keluarga. 8. Evaluasi penjelasan yang telah diberikan.

				<p>TUK 2 setelah 3 kali pertemuan keluarga mampu memutuskan merawat keluarga yang sakit.</p>	<p>Respon motorik</p>	<p>3. Konsumsi sayuran dan buah-buahan (tinggi serat)</p> <p>4. Jumlah kalori disesuaikan dengan umur</p> <p>Mampu menyebutkan sajian porsi makanan dengan diit kalori 1700 kalori.</p> <p>1. Pukul 07.00 pagi nasi setengah piring, telur setengah butir, susu setengah gelas.</p> <p>2. Pukul 12.00 siang daging ayam setengah potong, sayur ayam satu mangkok kecil, papaya satu potong sedang</p> <p>3. Pukul 05.00 sore</p>	<p>1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara penyajian makanan untuk waktu tertentu.</p> <p>2. Jelaskan tentang sajian makanan dan takaran yang tepat.</p> <p>3. Evaluasi hasil diskusi</p> <p>4. Beri pujian positif.</p>
--	--	--	--	--	-----------------------	--	---

				<p>TUK 3 Merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>a. Keluarga dapat memberikan contoh sajian makanan diit diabetes melitus</p> <p>b. Menjaga aktivitas dan istirahat klien</p>	<p>Respon motorik</p>	<p>sup, bakso 1 mangkok sedang dan aneka buah-buahan.</p> <p>Keluarga dapat menyajikan makanan sesuai diit diabetes melitus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan energi 2. Rendah lemak 3. Mengandung vitamin dan mineral. <p>Keluarga dapat menjaga aktifitas dan istirahat bagi klien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang contoh sajian makanan 2. Berikan penjelasan pada keluarga tentang cara menyajikan makanan sesuai diit diabetes melitus 3. Memotivasi keluarga untuk menjelaskan kembali cara menyajikan makanan 4. Memotivasi keluarga untuk menerapkan cara yang telah diterapkan.
			<p>TUK 4 memodifikasi lingkungan</p>	<p>Respon motorik</p>	<p>Keluarga mampu cara memodifikasi lingkungan yang aman untuk anggota</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara memodifikasi 	

				<p>dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyebutkan lingkungan yang aman bagi anggota keluarga yang sakit. b. Memodifikasi lingkungan. 		<p>keluarga yang sakit.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lantai tidak licin 2. Perabot rumah teratur 3. Tembok kamar mandi diberi pegangan 4. Alat dapur dan kompor tertata aman 5. Tempat tidur tidak terlalu tinggi 6. Keluarga dapat melakukan modifikasi lingkungan yang aman dan nyaman bagi anggota keluarga yang sakit. 	<p>lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan penjelasan pada keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah diabetes melitus 3. Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali cara memodifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah diabetes melitus.
2	Rabu, 06 Maret 2019	Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	Setelah dilakukan 3 kunjungan rumah	Reapon verbal dan sensorik	Diabetes Melitus atau kencing manis merupakan kondisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien/memberi salam 2. Lakukan kunjungan

	<p>ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit Diabetes Melitus</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tn.U mengatakan kurang tahu tentang penyakit Diabetes Melitus (pengertian, tanda gejala, akibat lanjut dan pengobatan atau perawatan) • Tn.U mengatakan kurang tahu tentang penyakit Diabetes Melitus penyakit keturunan • Keluarga mengatakan tidak mengetahui sifat serta perkembangan perawatan seperti, prinsip, penyebab, akibat lanjut dari Diabetes Melitus, dan diet yang dibutuhkan untuk 	<p>keluarga selama 3 kali pertemuan diharapkan keluarga mengetahui tentang penyakit diabetes melitus</p>	<p>selama 30 menit keluarga dapat :</p> <p>TUK 1 mengenal masalah diabetes melitus :</p> <p>a. Menyebutkan definisi Diabetes Militus</p> <p>b. Menyebutkan penyebab hipoglikemia penyakit diabetes melitus</p>	<p>dimana terdapat tingkat kadar gula (glukosa) yang tinggi dalam darah.</p> <p>Keluarga dapat menyebutkan penyebab hipoglikemia penyakit diabetes melitus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengonsumsi makanan yang terlalu sedikit 2. Aktifitas fisik yang berat 3. Ketidak seimbangan nutrisi dan cairan akibat 	<p>rumah sesuai kontrak yang sudah di sepakati</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tentang penyakit diabetes melitus 4. Jelaskan penyebab hipoglikemia penyakit diabetes melitus 5. Jelaskan tanda dan gejala diabetes militus
--	---	--	--	---	--

		<p>kesehatan Tn.U.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga nampak tidak mengetahui akibat lanjut dari Diabetes Melitus • Keluarga juga terlihat kebingungan dan tidak mengetahui kajian makanan yang tepat. • GDS : 364 mg/dl • BB saat sakit : 49 kg • TB : 167 cm • IMT : 17,6 		<p>c. Menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus</p>		<p>mual muntah</p> <p>4. Mengonsumsi minuman dan merokok.</p> <p>Keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB berkurang 2. Mudah lelah dan mengantuk 3. Poliuria 4. Polidipsia 5. Polipagia 	
			<p>TUK 2</p> <p>Keluarga dapat memutuskan merawat keluarga yang sakit</p> <p>a. Akibat lanjut diabetes melitus</p>	<p>Respon verbal dan sensorik</p>	<p>Menyebutkan 3 dari 7 akibat lanjut diabetes melitus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Otak: hipertensi dan struk 2. Mata: katarak, glukoma sampai kebutaan 3. Mental: sulit tidur, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat diabetes melitus yang tidak segera diatasi 2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang akibat diabetes melitus yang tidak segera diatasi 3. Beri kesempatan 	

				<p>b. Mengontrol diri secara rutin ke puskesmas.</p> <p>TUK 3 Memanfaatkan fasilitas kesehatan.</p> <p>c. Menyebutkan manfaat fasilitas kesehatan</p>	<p>Respon motoric dan verbal</p>	<p>cepat lelah</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lebih mudah terkena jantung 5. Kulit kering dan mudah luka 6. Gagal ginjal 7. Kerusakan syaraf <p>Klien dapat memeriksa kesehatannya secara rutin ke puskesma.</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai sarana untuk konsultasi masalah kesehatan 2. Sebagai sarana untuk mengontrol kondisi kesehatan <p>Sebagai sarana untuk mendapatkan pengobatan</p>	<p>keluarga untuk bertanya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memotivasi keluarga untuk control ke pelayanan kesehatan. <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga untuk membawa anggota keluarganya yang sakit ke puskesmas 2. Berikan pujian positif pada keluarga yang telah menggunakan fasilitas kesehatan 3. Keluarga dapat menyatakan kesediannya untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan
--	--	--	--	---	----------------------------------	---	--

4. Implementasi

Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal berikut ini (Murwani, 2008) :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah kesehatan, dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara sebagai berikut :
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin

e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada , dengan cara sebagai berikut :

- 1) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
- 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemampuan status kesehatan keluarga, membandingkan respon keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan kemajuan masalah dan kemajuan pencapaian tujuan keperawatan. Bila hasil evaluasi tidak berhasil sebagian, perlu disusun rencana keperawatan yang baru. Perlu diperhatikan pula evaluasi yang dilakukan dengan beberapa kali dan melibatkan keluarga sehingga perlu juga direncanakan waktu yang sesuai dengan kesediaan keluarga (Murwani,2008).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional menurut Murwani (2008) :

S : merupakan hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O : merupakan hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : adalah analisa dari hasil yang telah di capai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosa.

P : merupakan perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.