

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA KELUARGA Ny.S DENGAN DIABETES MELITUS DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTARA KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021**



Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**ANGGELINA ELSINA OHOITIMUR
C017182024**

**PROGRAM D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
TAHUN 2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA KELUARGA Ny.S DENGAN DIABETES MELITUS DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTARA KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021**



Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**ANGGELINA ELSINA OHOITIMUR
C017182024**

**PROGRAM D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
TAHUN 2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : ANGGELINA ELSINA OHOITIMUR
NIM : C017182024
INSTITUSI : D.III KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Keluarga Ny.S dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Antara Kota Makassar Tahun 2021, adalah benar – benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,

The image shows a handwritten signature in black ink on the left. To the right of the signature is a red and white meter stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem at the top, the number '1000' in large digits, and the text 'Rp 1000' and 'METERAI TEMPEL'.

047CEAJX968321196

ANGGELINÂ ELSINA OHOITIMUR

PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny.S DENGAN DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKSMAS ANTARA KOTA MAKASSAR TAHUN 2021

Disusun Dan diajukan Oleh :

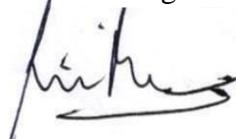
ANGGELINA ELSINA OHOITIMUR

C017182024

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang program
Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyetujui

Pembimbing I



Kusrini Kadar, S. Kp., MN., Ph.D
NIP 197603112005012003

Pembimbing II



Syahrul Said, S. Kep. Ns. M.Kes. Ph.D
NIP 198204192006041002

Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



Nurmaulid, S. Kep. Ns., M.Kep
NIP: 19831219 201012 2 004

PENGESAHAN

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny.S DENGAN
DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANTARA
KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021

Disusun dan Diajukan Oleh :

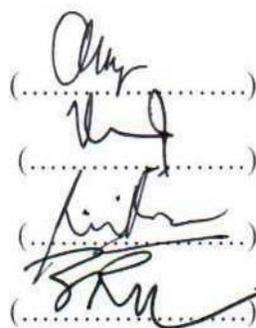
ANGGELINA ELSINA OHOITIMUR
C017182024

Karya Tulis ini telah dipertahankan di depan tim Penguji sidang Program
Studi D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin, Pada:

Hari/ Tanggal : Rabu, 15 Desember 2021
Waktu : 13.00 – 15.00 WITA
Tempat : Fakultas Keperawatan Ruang PB 322

Tim Penguji :

1. Andi Masyitha Irwan, S, Kep., Ns.,MAN,Ph.D
2. Silvia Malasari S, S.Kep., Ns.,MN
3. Kusrini Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D
4. Syahrul Said, S. Kep. Ns. M.Kes. Ph.D



Mengetahui

Ketua program Studi D.III Keperawatan


Nurmaulid, S. Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19831219 201012 2 004

ABSTRAK

Anggelina elsina ohoitmur 2021 (*asuhan keperawatan pada keluarga Ny.S dengan diabetes mellitus*) dibimbing oleh ibu Kusrini Kadar pembimbing (I) dan bapak Syahrul Said pembimbing (II)

Latar belakang Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Salah satu aspek terpenting dari perawatan diabetes melitus untuk mencegah komplikasi dengan penekanan pada unit keluarga. Peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien diabetes melitus di rumah. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan asuhan, kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Metode yang dilakukan dalam pengambilan data dengan wawancara dan observasi. Hasil studi kasus menunjukkan Ny. S mengalami diabetes melitus dengan tiga masalah keperawatan yaitu defisit pengetahuan, risiko infeksi, dan kesiapan peningkatan manajemen kesehatan keluarga. Kesimpulan yang penulis temukan adalah secara keseluruhan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan. Saran untuk penulis selanjutnya agar meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan komprehensif kepada klien dan keluarga.

Kata kunci : Diabetes Mellitus, Defisit Pengetahuan, Risiko infeksi, Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Keluarga

ABSTRACT

Anggelina elsina ohoitmur 2021 (nursing care in the family of Ny.S with diabetes mellitus) guided by kusrini kadar guide (I) and father Syahrul Said guide (II)

Background Diabetes mellitus is a group of heterogeneous disorders characterized by elevated glucose levels in the blood or hyperglycemia. Glucose normally circulates a certain amount in the blood. One of the most important aspects of diabetes mellitus treatment is to prevent complications with an emphasis on family units. The role of the family is very supportive in achieving successful treatment of diabetic clients at home. In the provision of health services, nurses must pay attention to the values that exist in the family so that in the implementation of care, the presence of nurses can be accepted by the family. The purpose of this scientific paper is to find out nursing care in patients with diabetes mellitus which includes the assessment, intervention, implementation and evaluation of nursing. Methods are carried out in data retrieval with interviews and observations. The results of the case study showed Mrs. S had diabetes mellitus with three nursing problems, namely knowledge deficit, risk of infection, and readiness to improve family health management. The conclusion that the authors found is that the whole family is able to recognize health problems, decide the right actions, care for sick family members, modify and create a healthy environment, and use health facilities. Advice for subsequent authors to improve their ability and knowledge in providing optimal and comprehensive nursing care to clients and families.

Keywords: diabetes mellitus, knowledge deficit, risk of infection, readiness to improve family health management

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Ny.S dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Antara kota Makassar Tahun 2021”.

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada :

1. Prof. Dr Jamalluddin Jompa, M.sc, Selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
3. Elisa Kambu,S.Sos, selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat
4. Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
5. Dr. Erfina, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan
8. Ibu Nurmaulid , S. Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
9. Drg. Weki Liku Popang Saroengoe, selaku Kepala Puskesmas Antara Kota Makassar
10. Kusrini kadar, S. Kp.,MN.,Ph.D dan selaku Pembimbing I sekaligus Penguji III

11. Syahrul Said, S.Kep.Ns.M.kes.Ph.D selaku Pembimbing II dan Penguji IV
12. Andi Masyitha Irwan, S, Kep., Ns.,MAN.,Ph.D, selaku Penguji I
13. Silvia Malasari S, S.Kep. Ns.,MN selaku Penguji II
14. Dr.H.Djunaldi M. Dachlan,MS, selaku Pengelola Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
15. St. Mariani,SKp.M.Kep, selaku Preseptor Lahan
16. Klien Ny. S beserta keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikan Ny.S sebagai klien dalam Karya Tulis Ilmiah ini.
17. Kepada kedua orang tua tercinta Alm. Richardus Ohoitumur dan Almh.Imaculata Fransiska Nar yang menjadi motivasi besar buat saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah serta saudara-saudara saya yang selalu mendoakan saya, dan senantiasa memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik dari segi moril maupun material kepada saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
18. Rekan – rekan mahasiswa yang telah memberikan dorongan moril dan berbagai bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang akan datang

Makassar, 15 Desember 2021

Angelina Elsina Ohoitumur

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	v
ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
RIWAYAT HIDUP	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan	6
D. Metodologi Penelitian	7
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian Dasar Keperawatan Keluarga	8
B. Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus	23
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Melitus	43

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	64
B. Diagnosa Keperawatan Keluarga	75
C. Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga	75
D. Penyimpangan KDM	80
E. Intervensi Keperawatan Keluarga	81
F. Implementasi Keperawatan Keluarga	87
G. Evaluasi Keperawatan Keluarga	96

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	103
B. Diagnosa Keperawatan Keluarga	104
C. Intervensi	104
D. Implementasi	107
E. Evaluasi	107

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	110
B. Saran	112

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Proiritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga	53
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Keluarga	55
Tabel 3.1 Komposisi Keluarga	64
Tabel 3.2 Denah Rumah	68
Tabel 3.3 Pemeriksaan Fisik Keluarga	71
Tabel 3.4 Analisa data dan masalah keperawatan keluarga	72
Tabel 3.5 Skoring Masalah Keperawatan 1	75
Tabel 3.6 Skoring Masalah Keperawatan 2	76
Tabel 3.7 Skoring Masalah Keperawatan 3	77
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan Keluarga	81
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan keluarga	87
Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Keluarga	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Anatomi fisiologi pankreas	24
Gambar 1.2 Struktur tubuh manusia	26
Gambar 1.3 Ulkus kaki diabetik	26
Gambar 1.4 Genogram	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar konsultasi pembimbing I	xii
Lampiran 1 Lembar konsultasi pembimbing II.....	xii
Lampiran 1 Lembar dokumentasi pengambilan GDS.....	xii
Lampiran 1 Lembar dokumentasi leaflet.....	xii

Riwayat Hidup



1. Identitas

Nama : Anggelina Elsina Ohoitumur
Tempat, Tanggal Lahir : Agats, 30 Januari 1999
Jenis kelamin : Perempuan
Suku bangsa : WNI
Agama : Katolik
Nomor Telepon : 082198623588
Email : ohoitimurell@gmail.com
Alamat : Jl. Pintu II Wisma 2 Unhas

2. Pendidikan Formal

TK : TK Salib Suci Agats 2003 s/d 2005
SD : SD YPPK Salib suci Agats 2005 s/d 2011
SLTP : SMP Negeri 2 Agats 2012 s/d 2014
SLTA : SMA Negeri 1 Abiansemal, Badung, Bali 2014 s/d 2017

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes berasal dari istilah Yunani pancuran atau curahan, sedangkan melitus atau mellitus artinya gula atau madu. Secara bahasa, diabetes melitus adalah curahan cairan tubuh yang banyak mengandung gula, yang dimaksud dalam hal ini adalah air kencing. Diabetes secara umum adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak dapat menghasilkan hormon insulin sesuai kebutuhan tubuh atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan (Tholib, 2016).

Meningkatnya prevalensi diabetes melitus di beberapa negara berkembang akibat peningkatan kemakmuran di negara bersangkutan akhir-akhir ini banyak disoroti. Peningkatan pendapatan per kapita dan perubahan gaya hidup terutama di kota-kota besar menyebabkan peningkatan prevalensi penyakit degeneratif, seperti penyakit jantung koroner (PJK), hipertensi, hiperlipidemia, diabetes, dan lain-lain. Tetapi data epidemiologi di negara-negara berkembang memang masih belum banyak. Hal ini disebabkan penelitian epidemiologik sangat mahal biayanya. Oleh karena itu, angka prevalensi dapat ditelusuri terutama berasal dari negara maju (Suyono, 2013: 3).

Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah (Smeltzer, 2008: 1220).

Menurut American Diabetes Association (ADA) (2005), Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ tubuh, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (Soegondo, 2013: 19).

Kenaikan jumlah penduduk dunia yang terkena penyakit diabetes atau kencing manis semakin mengkhawatirkan. Menurut WHO pada tahun 2000 jumlah penduduk dunia yang menderita diabetes sudah mencapai 171.230.000 orang dan pada tahun 2030 diperkirakan jumlah penderita diabetes di dunia akan mencapai jumlah 366.210.100 orang atau naik sebesar 114% dalam kurun waktu 30 tahun. Indonesia menduduki peringkat keempat terbesar dengan pertumbuhan sebesar 152% atau dari 8.426.000 orang pada tahun 2000 menjadi 21.257.000 orang di tahun 2030.

Prevalensi penyakit DM di Indonesia berdasarkan jawaban yang pernah didiagnosis dokter adalah sebesar 1,5%, sedangkan prevalensi DM berdasarkan diagnosa atau gejala adalah sebesar 2,1%. Prevalensi penyakit diabetes mellitus sendiri di Sulawesi Selatan yang terdiagnosis dokter mencapai 3,4% (Riskesdas, 2013: 45-46).

World health Organization (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penderita diabetes yang cukup besar dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 dengan pertumbuhan sebesar 152% (WHO, 2006).Prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 sebesar 5,7% . prevalensi DM tertinggi di Kalimantan Barat dan Maluku Utara yaitu 11,1% , kemudian Riau sekitar 10,4% sedangkan prevalensi terkecil terdapat di provinsi Papua sekitar 1,7%. Jumlah kasus DM yang ditemukan di Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebanyak 209.319 kasus, terdiri atas pasien DM yang tidak tergantung insulin sebanyak 183.172 jiwa dan pasien yang tergantung insulin sebanyak 26.147 jiwa. Diabetes yang tidak terkontrol, mengacu pada kadar glukosa yang melebihi batasan target dan mengakibatkan dampak jangka pendek (dehidrasi, penurunan BB, Penglihatan buram, rasa lapar) serta jangka panjang (kerusakan pembuluh darah mikro dan makro).

Selain ditingkat dunia dan Indonesia, peningkatan kejadian DM juga tercermin ditingkat provinsi khususnya Provinsi Sulawesi Selatan. Berdasarkan surveilans rutin penyakit tidak menular berbasis rumah sakit di Sulawesi Selatan tahun 2008, DM termasuk dalam urutan keempat penyakit tidak menular (PTM)

terbanyak yaitu sebesar 6,65% dan urutan kelima terbesar PTM penyebab kematian yaitu sebesar 6,28%. Bahkan pada tahun 2010, DM menjadi penyebab kematian tertinggi PTM di Sulawesi Selatan yaitu sebesar 41,56% (Dinkes Provinsi Sul-Sel, 2012: 74).

Peningkatan kasus diabetes melitus juga terjadi ditingkat kabupaten/kota, khususnya di Kota Makassar. Diabetes mellitus menempati peringkat kelima dari sepuluh penyebab utama kematian di Makassar tahun 2007 dengan jumlah sebanyak 65 kasus. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Makassar, angka kejadian penyakit Diabetes Melitus pada tahun 2011 yaitu 5.700 kasus. Pada tahun 2012 angka kejadian kasus diabetes melitus meningkat menjadi 7000 kasus hingga pada tahun 2013 angka kejadian kasus penderita DM mencapai 7500 kasus. Adapun berdasarkan data dari Bidang Bina P2PL Dinkes Kota Makassar menyatakan bahwa Diabetes Mellitus merupakan penyakit pembunuh keempat di Kota Makassar setelah Asthma, Jantung, dan Hipertensi dengan jumlah 217 kematian yang diakibatkan oleh penyakit ini pada tahun 2013 (Dinkes Kota Makassar, 2012: 25; Profil Kesehatan Kota Makassar, 2013: 42).

Prevalensi diabetes melitus pada lanjut usia (geriatri) cenderung meningkat, hal ini dikarenakan DM pada lanjut usia bersifat muktifaktorial yang dipengaruhi faktor intrinsik dan ekstrinsik. Umur ternyata merupakan salah satu faktor yang bersifat mandiri dalam pengaruhnya terhadap perubahan toleransi tubuh terhadap glukosa. Dari jumlah tersebut dikatakan 50% adalah pasien berumur > 60 tahun (Gustaviani, 2006)

Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanan pada unit keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok, dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara empiris, dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat

sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapatkan dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga (Sulistyo Andarmoyo, 2012).

Menurut Friedman, dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012 salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan akan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga. Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Oleh karena itu peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien DM di rumah.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus diabetes melitus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Ny. S dengan di diabetes melitus” di Wilayah Kerja Puskesmas Antara kota Makassar”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara, kota Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil pengkajian keperawatan pada kasus keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja

Puskesmas kota Makassar.

- b. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil diagnosa keperawatan pada kasus keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar
- c. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil intervensi keperawatan pada kasus keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar
- d. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil implementasi keperawatan pada kasus keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar
- e. Untuk mengetahui gambaran antara data yang tercantum dalam teori dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar

C. Manfaat Penulis

1. Institusi Puskesmas

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada keperawatan pada keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar

2. Institusi pendidikan

Sebagai bahan informasi dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan pada keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar

3. Bagi Pembaca

Untuk memperoleh pengetahuan tentang perawatan pada keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar

4. Teoritis

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada keluarga Ny.S dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Antara kota Makassar

D. Metodologi Penelitian

1. Desain penelitian

Karya tulis penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan studi kasus

2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di laksanakan di rumah keluarga Ny.S di wilayah kerja puskesmas Antara kota Makassar. Waktu pelaksanaan dimulai pada tanggal 4 – 9 oktober, dilakukan 3 x 40 menit kunjungan rumah.

3. Sumber data dan teknik pengumpulan data

- a. Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari subyektif penelitian dengan acara wawancara dan observasi langsung terhadap Klien Ny. S dan keluarga klien
- b. Data sekunder yaitu data yang diperoleh secara tidak langsung dengan cara menggunakan literature literatur yang ada kaitannya dengan penyakit diabetes mellitus

4. Analisa data

- a. Wawancara
- b. Observasi
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Kepustakaan
- e. Dokumentasi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keperawatan Keluarga

1. Pengertian Keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketegantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012). Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain diwujudkan dengan adanya saling ketegantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua atau lebih orang yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek (Sulistyo Andarmo, 2011).

2. Tipe - Tipe Keluarga

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota keluarga seperti umumnya yaitu kedua orangtua dan anak. Akan tetapi, struktur keluarga ini tidak serta merta terdapat pada pola keluarga modern.

1) Tipe keluarga tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini merupakan yang paling umum kita temui dimana saja, terutama di negara-negara Timur yang menjunjung tinggi norma-norma. Adapun tipe keluarga tradisional adalah sebagai berikut:

2) Keluarga inti (Nuclear Family)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu, dan anak-anak.

3) Keluarga besar (Exstented Family)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah lagi dan memiliki anak pula. Seperti pohon yang bercabang, keluarga besar memiliki kehidupannya masing-masing mengikuti rantingnya. Anggota keluarga besar ini, semakin lama akan semakin besar mengikuti perkembangan keluarganya. Anggota keluarga besar misalnya kakek, nenek, paman, tante, keponakan, cucu dan lain sebagainya.

4) Keluarga tanpa anak (Dyad Family)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina hubungan rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dahulu .

5) Keluarga Single Parent

Single parent adalah kondisi seseorang yang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, single parent mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat.

6) Keluarga Single Adult

Rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.

7) Tipe keluarga modern (nontradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatarbelakangi alasan muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga tidak hanya sebatas keluarga inti. Relasi sosial

yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi saling terikat dan terkait. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak.

Berikut ini adalah beberapa tipe keluarga modern.

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 seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

2) Reconstituted Nuclear

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya baik dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

3) The Stepparent Family

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami istri, baik yang memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua 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. Hal ini berlangsung dalam waktu singkat sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

5) The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang

itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan perkawinan.

6) Gay and Lesbian Family

Seseorang yang berjenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama dengan pasangannya (marital partners).

7) Cohabiting Couple

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau suatu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakatan untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan keluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

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

Seorang anak kehilangan orangtuannya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu sehingga ia kembali mengambil anaknya.

11) Institutional

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti.

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. Struktur Keluarga

Maria H. Bakri, 2017 menjelaskan bahwa struktur dalam keluarga terbagi menjadi empat yaitu :

1) Pola komunikasi keluarga

Komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam sebuah hubungan, tak hanya bagi keluarga melainkan berbagai macam hubungan. Tanpa ada komunikasi, tidak akan ada hubungan yang dekat dan hangat, atau bahkan tidak akan saling mengenal.

Di dalam keluarga, komunikasi yang dibangun akan menentukan kedekatan antara anggota keluarga. Pola komunikasi ini juga bisa menjadi salah satu ukuran kebahagiaan sebuah keluarga. Di dalam keluarga, ada interaksi yang berfungsi dan ada yang tidak berfungsi. Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik :

- a. Terbuka, jujur, berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga
- b. Komunikasi berkualitas antara pembicara dan pendengar. Dalam pola komunikasi, hal ini biasa disebut dengan stimulus-respon.

Dengan pola komunikasi yang berfungsi dengan baik ini, penyampai pesan (pembicara) akan mengemukakan pendapat, meminta dan menerima umpan balik. Sementara dari pihak seberang, penerima pesan selalu dalam kondisi siap mendengarkan, memberi umpan balik, dan melakukan validasi.

Sementara bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dengan baik akan menyebabkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga. Karakteristik dari pola komunikasi ini antara lain:

- a. Fokus pembicaraan hanya pada satu orang misalnya kepala keluarga yang menjadi penentu atas segala apa yang terjadi dan dilakukan anggota keluarga
- b. Tidak hanya diskusi di dalam rumah, seluruh anggota keluarga hanya meyetujui

- c. Hilangnya empati di dalam keluarga karena masing-masing anggota keluarga tidak bisa menyatakan pendapatnya. Akibat dari pola komunikasi dan pola asuh ini akhirnya komunikasi dalam keluarga menjadi tertutup.

2) Struktur peran

Setiap individu dalam masyarakat memiliki perannya masing-masing. Satu sama lain relatif berbeda tergantung pada kapasitasnya. Begitu pula dalam sebuah keluarga. Seorang anak tidak mungkin berperan sama dengan bapak atau ibunya. Struktur peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestik, anak dan lain sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mengerti dan mendukung.

Selain peran pokok tersebut, adapula peran informal. Peran ini dijalankan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga. Misalnya seorang suami memperbolehkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal. Begitu pula sebaliknya, suami juga tidak segan mengerjakan peran informalnya dengan membantu istri mengurus rumah.

3) Struktur kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan.

Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi. Kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara. Selain itu, ada beberapa faktor yang mendasari terjadinya struktur kekuatan keluarga

- a. Legitimate power (kekuatan/wewenang yang sah)

Dalam konteks keluarga, kekuatan ini sebenarnya tumbuh dengan sendiri, karna ada hirarki yang merupakan konstruk masyarakat kita. Seorang kepala keluarga adalah pemegang kekuatan interaksi dalam keluarga. Ia memiliki hak untuk mengontrol tingkah laku anggota keluarga lainnya, terutama pada anak-anak.
- b. Referent power

Dalam masyarakat kita, orangtua adalah panutan utama dalam keluarga terlebih posisi ayah sebagai kepala keluarga. Apa yang dilakukan ayah akan menjadi contoh baik oleh pasangannya maupun anak-anaknya. Misalnya untuk mengajari anak melaksanakan ibadah, tidak perlu dengan kemarahan. Dengan cara orangtua senantiasa beribadah, anak akan mengikuti dengan sendirinya. Anak akan belar dari apa yang dilihatnya.
- c. Reward power

Kekuasaan penghargaan berasal dari adanya harapan bahwa orang yang berpengaruh dan dominan akan melakukan sesuatu yang positif terhadap ketaatan seseorang. Imbalan menjadi hal penting untuk memberikan pengaruh kekuatan dalam keluarga. Hal ini tentu sering terjadi di masyarakat kita, yang menjanjikan hadiah untuk anaknya jika berhasil meraih nilai terbaik dalam sekolah. Dengan hadiah tersebut, anak akan berusaha untuk menjadi anak yang terbaik agar keinginannya terhadap yang dijanjikan orangtua dapat terpenuhi.
- d. Coercive power

Ancaman dan hukuman menjadi pokok dalam membangun kekuatan keluarga. Kekuatan ini sebagai kekuasaan dominasi atau paksaan yang mampu untuk menghukum bila tidak taat. Bagi sebagian orangtua, mereka memilih tidak menggunakan kekuasaan ini, namun bagi sebagian lainnya sangat membutuhkan karena merasa putus asa dalam mendidik anak. Setiap anak memiliki karakter unik yang berbeda-beda, oleh karena itu pola asuh juga tidak bisa disamaratakan. Orangtua memilih

pola asuh tentu atas berbagai pertimbangan yang membuat anak menjadi lebih positif.

4) Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Dalam suatu kelompok selalu terdapat nilai-nilai yang dianut bersama, meski tanpa tertulis. Nilai-nilai tersebut akan terus bergulir jika masih anggota kelompok yang melestarikannya. Artinya sebuah nilai akan terus berkembang mengikuti anggotanya. Demikian pula dalam keluarga. Keluarga sebagai kelompok kecil dalam sistem sosial memiliki nilai yang diterapkan dalam tradisi keluarga. Misalnya tradisi makan bersama, yang memiliki nilai positif dalam membangun kebersamaan dan melatih untuk berbagi.

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri, melainkan juga warisan yang dibawa dari keluarga istri maupun suami. Perpaduan dua nilai yang berbeda inilah yang kemudian melahirkan nilai-nilai baru bagi keluarga

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala atau tidak taat, organisasi keluarga akan terhambat. Hal ini akan berakibat buruk akan tertundanya tujuan yang sudah direncanakan. Misalnya seorang anak yang sedang sekolah, maka ia harus merampungkan sekolahnya tersebut. Namun jika ia tidak taat, mungkin karena sering membolos sekolah menjadikannya tidak naik kelas. Hal ini tentu menghambat tujuan keluarga tersebut yang menjadikan anaknya pandai dalam bidang akademik.

Friedman dalam Maria H. Bakri, 2017 mengelompokkan fungsi pokok

keluarga dalam lima poin yaitu:

a) Fungsi afektif 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. Intinya, antara anggota keluarga satu dengan anggota yang lain berhubungan baik secara dekat. Dengan cara inilah, seorang anggota keluarga merasa mendapatkan perhatian, kasih sayang, dihormati, kehangatan dan lain sebagainya. Pengalaman di dalam keluarga ini akan mampu membentuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga.

b) Fungsi sosial keluarga

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Dalam hal ini, anggota keluarga belajar disiplin, norma-norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dengan anggota keluarganya sendiri

c) Fungsi reproduksi keluarga

d) Sebuah peradaban dimulai dari rumah yaitu dari hubungan suami-istri terkait pola reproduksi. Sehingga adanya fungsi ini ialah untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga..

e) Fungsi ekonomi keluarga

Fungsi ekonomi keluarga meliputi keputusan rumah tangga, pengelolaan keuangan, pilihan asuransi, jumlah uang yang digunakan perencanaan pensiun dan tabungan. Kemampuan keluarga untuk memiliki penghasilan yang baik dan mengelola finansialnya dengan bijak merupakan faktor kritis untuk kesejahteraan ekonomi.

f) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini penting untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Adapun tugas keluarga dibidang kesehatan yaitu:

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Tidak satu pun keluarga yang diperbolehkan menyepelekan masalah keluarga. Zaman yang semakin maju dan berkembang juga mendukung hadirnya berbagai penyakit yang dulu tidak ditemukan. Untuk itu, keluarga harus semakin waspada, tetapi tidak dalam bentuk mengekang sehingga melarang berbagai hal untuk anggota keluarganya.

2. Kemampuan keluarga memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Mencari pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu peran keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat. Kontak keluarga dengan sistem akan melibatkan lembaga kesehatan profesional ataupun praktisi lokal (dukun/pengobatan alternatif) dan sangat bergantung pada :

- Sakit apa yang dirasakan?
- Apakah keluarga tidak mampu menanganinya?
- Apakah ada kekhawatiran akibat terapi-terapi yang akan dilakukan?
- Apakah keluarga percaya kepada petugas kesehatan?

3. Kemampuan keluarga melakukan perawatan terhadap keluarga yang sakit

Bagi anggota keluarga yang sakit, biasanya dibebaskan dari peran dan fungsinya secara penuh. Beberapa tanggung jawab ditanggihkan terlebih dahulu atau bahkan diganti oleh anggota keluarga lainnya. Pemberian perawatan secara fisik merupakan beban yang paling berat dirasakan keluarga.

Keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga. Terkadang, sebuah keluarga memang memiliki alat-alat atau obat-obatan yang dapat dijadikan pertolongan pertama, namun hal ini jelas terbatas baik alat maupun pengetahuan kesehatan. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dapat dikaitkan dengan pertanyaan berikut:

- Apakah keluarga aktif dalam merawat pasien?
 - Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien?
4. Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Yang dimaksud di sini adalah bagaimana keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu keluarga perlu mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah. Jika memungkinkan untuk menanam pohon, sebaiknya hal ini dilakukan karena akan membantu sirkulasi udara dan lain sebagainya.

5. Kemampuan keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang sudah disediakan pemerintah. Alasan biaya biasanya menjadi masalah. Akan tetapi belakangan ini, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi.

6. Stress dan Koping Keluarga

Stressor jangka pendek dan jangka panjang

- Sebutkan stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan stressor jangka panjang (>6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga

Apakah keluarga dapat mengatasi stressor biasa dan ketegangan sehari – hari ?

- Bagaimana keluarga mengatasi tersebut ? jelaskan strategi koping apa yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi masalah – masalah ? (koping apa yang dibuat ?)

Apakah anggota keluarga berbeda dalam cara – cara koping terhadap masalah – masalah mereka sekarang ? jelaskan

5. Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap 1 : Keluarga pemula

Perkawinan dari sepasang insan menandai bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim.

Tugasnya yaitu:

- Membina hubungan intim yang memuaskan
- Membina hub dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial
- Mendiskusikan rencana memiliki anak

2) Tahap II : Keluarga yang sedang mengasuh anak

Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berumur 30 bulan. Biasanya orang tua bergetar hatinya dengan kelahiran anak pertama mereka, tapi agak takut juga. Kekhawatiran terhadap bayi biasanya berkurang setelah beberapa hari, karena ibu dan bayi tersebut mulai mengenal. Ibu dan ayah tiba-tiba berselisih dengan semua peran-peran mengasyikkan yang telah dipercaya kepada mereka. Peran tersebut pada mulanya sulit karena perasaan ketidakadekuatan menjadi orang tua baru. Tugasnya yaitu :

- Mempersiapkan menjadi orang tua
- Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan
- Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangan

3) Tahap III : Keluarga yang anak usia prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang, dengan posisi suami - ayah, istri - ibu, anak laki-laki - saudara, anak perempuan - saudari. Keluarga menjadi lebih majemuk dan berbeda. Tugasnya yaitu :

- Memenuhi kebutuhan anggota keluarga mis : tempat tinggal, privacy dan rasa aman
- Membantu anak untuk bersosialisasi
- Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain (tua) juga harus terpenuhi
- Mempertahankan hub yang sehat baik di dalam ataupun luar keluarga
- Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi tumbuh anak

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini. Tugasnya yaitu :

- Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah, dan lingkungan lebih luas
- Mempertahankan keintiman pasangan
- Memenuhi kebutuhan yang meningkat, termasuk biaya kehidupan, dan kesehatan anggota keluarga

5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga brumur 19 atau 20 tahun. Tugasnya yaitu :

- Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi

- Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga
 - Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan org tua
 - Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan (anggota)keluarga untuk memenuhi keb tumbang keluarga
- 6) Tahap VI : Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda
- Permulaan dari fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah atau berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah. Tugasnya yaitu :
- Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar
 - Mempertahankan keintiman pasangan
 - Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat \
 - Penataan kembali peran ortu dan kegiatan rumah
- 7) Tahap VII : Orang tua pertengahan
- Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga, tahap usia pertengahan dari bagi oarngtua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir pada saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-8 tahun kemudian. Tugasnya yaitu :
- Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan
 - Mempertahankan hub yang serasi dan memuaskan dengan anak-anaknya dan sebaya
 - Meningkatkan keakraban pasangan

8) Tahap VIII : Keluarga dalam usia lanjut

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal. Tugasnya yaitu :

- Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan pasangannya
- Adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi : kehilangan pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
- Mempertahankan keakraban pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
- Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat
- Melakukan life review masa lalu

6. Peran Perawat Keluarga

Peran dan perawat di keluarga adalah sebagai berikut.

a. Pelaksana

Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

b. Pendidik

Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

c. **Konselor**

Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

d. **Kolaborator**

Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga

B. Konsep Dasar Penyakit Diabetes

1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemi kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes mellitus klinis adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya (M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019).

2. Anatomi Fisiologi

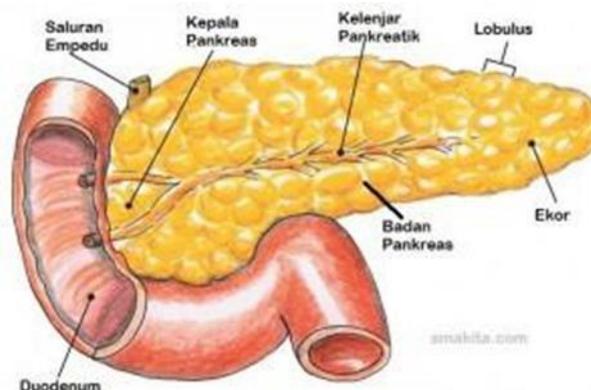
a. **Anatomi dan Fisiologi Pankreas**

Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan beratnya rata-rata 60-90 gram. Terbentang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. Pankreas merupakan kelenjar endokrin terbesar yang terdapat di dalam tubuh baik hewan maupun manusia. Bagian depan (kepala) kelenjar pankreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian pilorus dari

lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ ini merentang ke arah limpa dengan bagian ekornya menyentuh atau terletak pada alat ini.

Dari segi perkembangan embriologis, kelenjar pankreas terbentuk dari epitel yang berasal dari lapisan epitel yang membentuk usus. Pankreas terdiri dari dua jaringan utama, yaitu Asini sekresi getah pencernaan ke dalam duodenum, pulau Langerhans yang tidak mengeluarkan sekretnya keluar, tetapi menyekresi insulin dan glukagon langsung ke darah. Pulau-pulau Langerhans yang menjadi sistem endokrinologis dari pankreas tersebar di seluruh pankreas dengan berat hanya 1-3 % dari berat total pankreas. Pulau langerhans berbentuk ovoid dengan besar masing-masing pulau berbeda. Besar pulau langerhans yang terkecil adalah 50 m, sedangkan yang terbesar 300 m, terbanyak adalah yang besarnya 100-225 m. Jumlah semua pulau langerhans di pankreas diperkirakan antara 1-2 juta.

Gambar 1. 1 anatomi fisiologi pankreas



3. Anatomi Fisiologi Kulit

Kulit merupakan pembungkus yang elastis yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan kulit juga merupakan alat tubuh yang terberat dan terluas ukurannya, yaitu 15% dari berat tubuh dan luasnya 1,50-1,75 m². Rata-rata tebal kulit 1-2 mm. paling tebal (6mm) terdapat di telapak tangan dan kaki dan yang paling tipis (0,5mm) terdapat di penis. Bagian-bagian kulit manusia sebagai berikut:

1) Epidermis

Epidermis terbagi dalam empat bagian yaitu lapisan basal atau stratum germinativum, lapisan malphigi atau stratum spinosum, lapisan glanular atau stratum granulosum, lapisan tanduk atau stratum korneum. Epidermis mengandung juga: kelenjar ekrin, kelenjar apokrin, kelenjar sebaceous, rambut dan kuku. Kelenjar keringat ada dua jenis, ekrin dan apokrin. Fungsinya mengatur suhu, menyebabkan panas dilepaskan dengan cara penguapan. Kelenjar ekrin terdapat disemua daerah kulit, tetapi tidak terdapat diselaput lendir. Seluruhnya berjumlah antara 2 sampai 5 juta yang terbanyak ditelapak tangan. Kelenjar apokrin adalah kelenjar keringat besar yang bermuara ke folikel rambut, terdapat diketiak, daerah anogenital. Puting susu dan areola. Kelenjar sebaceous terdapat diseluruh tubuh, kecuali di telapak tangan, tapak kaki dan punggung kaki. Terdapat banyak di kulit kepala, muka, kening, dan dagu. Sekretnya berupa sebum dan mengandung asam lemak, kolesterol dan zat lain.

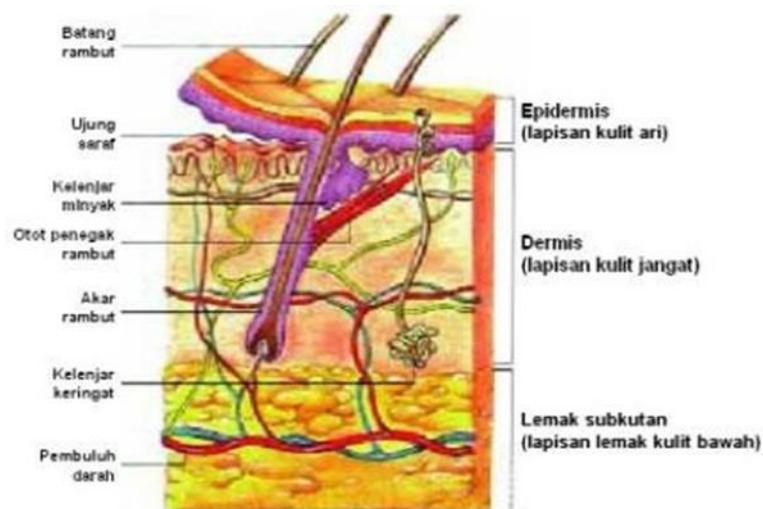
2) Dermis

Dermis atau korium merupakan lapisan bawah epidermis dan diatas jaringan sukutan. Dermis terdiri dari jaringan ikat yang dilapisan atas terjalin rapat (pars papularis), sedangkan dibagian bawah terjalin lebih longgar (pars reticularis). Lapisan pars tetucularis mengandung pembuluh darah, saraf, rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebaceous.

3) Jaringan subkutan

Merupakan lapisan yang langsung dibawah dermis. Batas antara jaringan subkutan dan dermis tidak tegas. Sel-sel yang terbanyak adalah limposit yang menghasilkan banyak lemak. Jaringan subkutan mengandung saraf, pembuluh darah limfe. Kandungan rambut dan di lapisan atas jaringan subkutan terdapat kelenjar keringat. Fungsi dari jaringan subkutan adalah penyekat panas, bantalan terhadap trauma dan tempat penumpukan energy.

Gambar 1. 2 Struktur Kulit Manusia



Gamabar 1.3 ulkus kaki diabetik



4. Etiologi

Etiologi atau factor penyebab penyakit Diabetes Melitus bersifat heterogen, akan tetapi dominan genetik atau keturunan biasanya menjangai peran utama dalam mayoritas Diabetes Melitus (Riyadi, 2011).

Adapun faktor – factor lain sebagai kemungkinan etiologi penyakit Diabetes Melitus antara lain :

- a. Kelainan pada sel B pankreas, berkisar dari hilangnya sel B sampai dengan terjadinya kegagalan pada sel Bmelepas insulin.
- b. Factor lingkungan sekitar yang mampu mengubah fungsi sel b, antara lain agen yang mampu menimbulkan infeksi, diet dimana pemasukan karbohidrat serta gula yang diproses secara berlebihan, obesitas dan kehamilan.
- c. Adanya gangguan system imunitas pada penderita / gangguan system imunologi
- d. Adanya kelainan insulin
- e. Pola hidup yang tidak sehat

5. Insiden

Tingkat prevalensi dari DM adalah tinggi, diduga terdapat sekitar 10 juta kasus diabetes di USA dan setiap tahunnya didiagnosis 600.000 kasus baru serta 75 % penderita DM akhirnya meninggal karena penyakit vaskuler. Penyakit ini cenderung tinggi pada negara maju dari pada negara sedang berkembang, karena perbedaan kebiasaan hidup. Dampak ekonomi jelas terlihat akibat adanya biaya pengobatan dan hilangnya pendapatan. Disamping konsekuensi finansial karena banyaknya komplikasi seperti kebutaan dan penyakit vaskuler. Perbandingan antara wanita dan pria yaitu 3 : 2, hal ini kemungkinan karena faktor obesitas dan kehamilan (Price dan Wilson, 1995).

a) Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

Sering terjadi pada usia sebelum 30 tahun. Biasanya juga disebut Juvenile Diabetes, yang gangguan ini ditandai dengan adanya hiperglikemia (meningkatnya kadar gula darah). Faktor genetik dan lingkungan merupakan faktor pencetus IDDM. Oleh karena itu insiden lebih tinggi atau adanya infeksi virus (dari lingkungan) misalnya coxsackievirus B dan streptococcus sehingga pengaruh lingkungan dipercaya mempunyai peranan dalam terjadinya diabetes melitus. Virus atau mikroorganisme akan menyerang pulau – pulau langerhans pankreas, yang membuat kehilangan produksi insulin. Dapat pula akibat respon autoimmune, dimana antibody sendiri akan menyerang sel beta pankreas. Faktor herediter, juga dipercaya memainkan peran munculnya penyakit ini (Brunner & Suddart, 2002)

b) Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)

Virus dan kuman leukosit antigen tidak nampak memainkan peran terjadinya NIDDM. Faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Riset melaporkan bahwa obesitas salah satu faktor determinan terjadinya NIDDM sekitar 80% klien NIDDM adalah kegemukan. Overweight membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Terjadinya hiperglikemia disaat pankreas tidak cukup menghasilkan insulin sesuai kebutuhan tubuh atau saat jumlah reseptor insulin menurun atau mengalami gangguan. Faktor resiko dapat dijumpai pada klien dengan riwayat keluarga menderita DM adalah resiko yang besar. Pencegahan utama NIDDM adalah mempertahankan berat badan ideal. Pencegahan sekunder berupa program penurunan berat badan, olah raga dan diet. Oleh karena DM tidak selalu dapat dicegah maka sebaiknya sudah dideteksi pada tahap awal tanda-tanda/gejala yang ditemukan adalah kegemukan, perasaan haus yang berlebihan, lapar, diuresis dan kehilangan berat badan, bayi lahir lebih dari berat

badan normal, memiliki riwayat keluarga DM, usia diatas 40 tahun, bila ditemukan peningkatan gula darah (Brunner & Suddart, 2002)

6. Patofisiologi

Pada pasien atau penderita yang toleransi glukosa yang terganggu, keadaan ini diakibatkan karena sekresi insulin yang berlebihan tersebut, serta kadar glukosa dalam darah akan dipertahankan dalam angka normal atau sedikit meningkat. Akan tetapi hal-hal berikut jika sel-sel tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan terhadap insulin maka, kadar glukosa dalam darah akan otomatis meningkat dan terjadilah Diabetes Melitus Tipe II ini.

Walaupun sudah terjadi adanya gangguan sekresi insulin yang merupakan cirri khas dari diabetes mellitus tipe II ini, namun masih terdapat insulin dalam sel yang adekuat untuk mencegah terjadinya pemecahan lemak dan produksi pada badan keton yang menyertainya. Dan kejadian tersebut disebut ketoadosis diabetikum, akan tetapi hal ini tidak terjadi pada penderita diabetes melitus tipe II.

7. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada tipe I yaitu IDDM antara lain :

- a. Polipagia, poliuria, berat badan menurun, polidipsia, lemah, dan somnolen yang berlangsung agak lama, beberapa hari atau seminggu.
- b. Timbulnya ketoadosis dibetikum dan dapat berakibat meninggal jika tidak segera mendapat penanganan atau tidak diobati segera.
- c. Pada diabetes mellitus tipe ini memerlukan adanya terapi insulin untuk mengontrol karbohidrat di dalam sel.

Sedangkan manifestasi klinis untuk NIDDM atau diabetes tipe II antara lain : Jarang adanya gejala klinis yang muncul, diagnosa untuk NIDDM ini dibuat setelah adanya pemeriksaan darah serta tes toleransi glukosa di didalam laboratorium, keadaan hiperglikemi berat, kemudian timbulnya gejala polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen, ketoadosis jarang menyerang pada penderita diabetes mellitus tipe II ini.

Penyandang diabetes melitus tipe II mengalami awitan, manifestasi yang lambat dan sering kali tidak menyadari penyakit sampai mencari perawatan kesehatan untuk beberapa masalah lain. Polifagia jarang dijumpain dan penurunan berat badan tidak terjadi. Manifestasi lain juga akibat hiperglikemi, penglihatan buram, keletihan, paratesia, dan infeksi kulit.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Smelzer dan Bare (2008), adapun pemeriksaan penunjang untuk penderita diabetes melitus antara lain :

- a) Pemeriksaan fisik
- Inspeksi : melihat pada daerah kaki bagaimana produksi keringatnya (menurun atau tidak), kemudian bulu pada jempol kaki berkurang (-).
 - Palpasi : akral terasa dingin, kulit pecah-pecah, pucat, kering yang tidak normal, pada ulkus terbentuk kalus yang tebal atau bisa juga terasa lembek.
 - Pemeriksaan pada neuropatik sangat penting untuk mencegah terjadinya ulkus
- b) Pemeriksaan Vaskuler
- Pemeriksaan Radiologi yang meliputi : gas subkutan, adanya benda asing, osteomyelitis.
- c) Pemeriksaan Laboratorium
- Pemeriksaan darah yang meliputi : GDS (Gula Darah Sewaktu), GDP (Gula Darah Puasa)
- d) Pemeriksaan urine , dimana urine diperiksa ada atau tidaknya kandungan glukosa pada urine tersebut. Biasanya pemeriksaan dilakukan menggunakan cara Benedict (reduksi). Setelah pemeriksaan selesai hasil dapat dilihat dari perubahan warna yang ada : hijau (+), kuning (++) , merah (+++), dan merah bata (++++).
- e) Pemeriksaan kultur pus
- Bertujuan untuk mengetahui jenis kuman yang terdapat pada luka dan untuk observasi dilakukan rencana tindakan selanjutnya.
- g) Pemeriksaan Jantung meliputi EKG sebelum dilakukan tindakan pembedahan

9. Pentalaksanaan Medis

1) Penatalaksanaan medis di rumah

a) Diet

Syarat diet DM hendaknya dapat :

- Memperbaiki kesehatan umum penderita.
- Mengarahkan pada berat badan normal.
- Menormalkan pertumbuhan DM dewasa muda.
- Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik.
- Memberikan modifikasi diit sesuai dengan keadaan penderita.

Prinsip diet DM adalah:

- Jumlah sesuai kebutuhan.
- Jadwal diet ketat.
- Jenis: boleh dimakan/tidak.
- Diit DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan Kalorinya :
- Diit I s/d III: diberikan kepada penderita yang terlalu gemuk. (1100 s/d 1500 kalori)
- Diit IV s/d V: diberikan kepada penderita dengan berat badan normal. (1700 s/d 1900 kalori)
- Diit VI s/d VIII: diberikan kepada penderita kurus, diabetes remaja dan diabetes komplikasi. (2100 s/d 2500 kalori)

Dalam melaksanakan diit diabetes sehari-hari, hendaklah diikuti pedoman 3 J yaitu:

- J I: jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah.
- J II: jadwal diit harus sesuai dengan intervalnya.
- J III: jenis makanan yang manis harus dihindari.

Penentuan jumlah kalori diit diabetes melitus harus disesuaikan dengan gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung percentage of relative body weight (BBR=berat badan normal) dengan rumus $BBR = \frac{BB}{(Kg) \times 100\%}$

- Kurus (underweight): $BBR < 90\%$
- Normal (ideal) : $BBR 90-110\%$
- Gemuk (overweight): $BBR > 110\%$
- Obesitas, apabila: $BBR > 120\%$
- Obesitas ringan: $BBR 120-130\%$
- Obesitas sedang: $BBR 130-140\%$
- Obesitas berat: $BBR 140-200\%$
- Morbid: $BBR > 200\%$

Sebagai pedoman jumlah kalori yang diperlukan sehari-hari untuk penderita diabetes melitus yang bekerja biasa adalah:

- Kurus: $BB \times 40-60$ kalori sehari.
- Normal: $BB \times 30$ kalori sehari.
- Gemuk: $BB \times 20$ kalori sehari.
- Obesitas: $BB \times 10-15$ kalori sehari

b) Latihan

Beberapa kegunaan latihan teratur setiap hari bagi penderita diabetes melitus adalah:

- Meningkatkan kepekaan insulin (glukosa uptake), apabila dikerjakan setiap 1 ½ jam sesudah makan, berarti pula

mengurangi insulin resisten pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya.

- Mencegah kegemukan apabila ditambah latihan pagi dan sore.
- Memperbaiki aliran perifer dan menambah supply oksigen..
- Menurunkan kolesterol (total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik.

2) Pentalaksanaan medis di puskesmas/Rumah Sakit

a) Penyuluhan

Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Saki(PKMPS) merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita diabeets melitus melalui bermacam-macam atau media misalnya leaflet, poster, TV, kaset, video, diskusi kelompok, dan sebagainya.

b) Obat

Tablet OAD (Oral Antidiabetes)

Mekanisme kerja sulfanilurea

- Kerja OAD tingkat preseptor: pankreatik, ekstra pankreas.
- Kerja OAD tingkat reseptor.

Mekanisme kerja Biguanida

- Biguanida tidak mempunyai efek pankreatik, tetapi mempunyai efek lain yang dapat meningkatkan efektifitas insulin, yaitu:
 - Biguanida pada tingkat preresseptor ekstra pankreatik
 - Menghambat absorpsi karbohidrat.
- Menghambat glukoneogenesis di hati.
- Meningkatkan afinitas pada reseptor insulin.
- Biguanida pada tingkat reseptor: meningkatkan jumlah reseptor insulin.

- Biguanida pada tingkat pascareseptor: mempunyai efek intraseluler.

c) **Insulin**

Indikasi penggunaan insulin:

DM tipe I, DM tipe II yang pada saat tertentu tidak dapat dirawat dengan OAD, DM kehamilan, DM dan gangguan faal hati yang berat, DM dan infeksi akut (selulitis, gangren), DM dan TBC paru akut, DM dan koma lain pada DM, DM operasi, DM patah tulang, DM dan underweight, dan DM dan penyakit graves.

Beberapa cara pemberian insulin :

- Suntikan insulin subkutan

Insulin reguler mencapai puncak kerjanya pada 1-4 jam, sesudah suntikan subkutan, kecepatan absorpsi di tempat suntikan tergantung pada beberapa faktor antara lain: Lokasi suntikan

Ada 3 tempat suntikan yang sering dipakai yaitu dinding perut, lengan, dan paha. Dalam memindahkan suntikan (lokasi) janganlah dilakukan setiap hari tetapi lakukan rotasi tempat suntikan setiap hari 14 hari agar tidak memberikan perubahan kecepatan absorpsi setiap hari.

- Pengaruh latihan pada absorpsi insulin

Latihan akan mempercepat absorpsi apabila dilaksanakan dalam waktu 30 menit setelah insulin karena itu pergerakan otot yang berarti, hendaklah dilaksanakan 30 menit setelah suntikan.

- Pemijatan (massage)

Pemijatan juga akan mempercepat absorpsi insulin.

- Suhu
Suhu kulit tempat suntikan (termasuk mandi akan mempercepat absorpsi insulin).
- Dalamnya suntikan
Makin dalam suntikan makin cepat puncak kerja insulin dicapai. Ini berarti suntikan intramuskular akan lebih cepat efeknya daripada subkutan.
- Konsentrasi insulin
Apabila konsentrasi insulin berkisar 40-100 u/ml tidak terdapat penurunan dari u-100 ke u-10 maka efek insulin dipercepat.

d) Suntikan Intramuskular dan Intravena

Suntikan intramuskular dapat digunakan pada kasus diabetik atau pada kasus-kasus dengan degradasi lemak suntikan subkutan. Sedangkan suntikan intravena dosis rendah digunakan untuk terapi koma diabetik.

10. Komplikasi

Menurut Priscilla LeMone, dkk, 2016 penyandang DM apapun tipenya, berisiko tinggi mengalami komplikasi yang melibatkan banyak sistem tubuh yang berbeda. Perubahan kadar glukosa darah, perubahan sistem kardiovaskuler, neuropati, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan penyakit periodontal umum terjadi. Selain itu, interaksi dari beberapa komplikasi dapat menyebabkan masalah kaki. Pembahasan tiap komplikasi adalah sebagai berikut:

1) Komplikasi Akut

a. Hiperglikemi

Masalah utama akibat hiperglikemia pada penyandang DM adalah DKA dan HHS. Dua masalah lain adalah fenomena fajar dan fenomena somogy. Fenomena fajar adalah kenaikan glukosa darah jam 4 pagi dan

jam 8 pagi yang bukan merupakan respon terhadap hipoglikemia. Kondisi ini terjadi pada penyandang DM baik tipe I maupun tipe II. Fenomena somogy adalah kombinasi hipoglikemia selama malam hari dengan pantulan kenaikan glukosa darah di pagi hari terhadap kadar hiperglikemia. Hiperglikemia menstimulasi hormon kontraregulator, yang menstimulasi glukoneogenesis dan glikogenolisis dan juga menghambat pemakaian glukosa perifer. Ini dapat menyebabkan resistensi insulin selama 12-48 jam.

b. Ketoasidosis Diabetik

Ketika patofisiologi DM tipe I yang tidak diobati berlanjut, kekurangan insulin menyebabkan cadangan lemak dipecah untuk menyediakan energi, yang menghasilkan hiperglikemia berkelanjutan dan mobilisasi asam lemak dengan ketosis bertahap. Ketoasidosis diabetik (DKA) terjadi bila terdapat kekurangan insulin mutlak dan peningkatan hormon kontraregulaor terstimulasi (kortisol). Produksi glukosa oleh hati meningkat, pemakaian glukosa perifer berkurang, mobilisasi lemak meningkat, dan ketogenesis (pembentukan keton) dirangsang. Peningkatan kadar glukagon mengaktifkan jalur glukoneogenesis.

Pada keadaan kekurangan insulin, produksi berlebihan beta-hidroksibutirat dan asam asetoasetat (badan keton) oleh hati menyebabkan peningkatan konsentrasi keton dan peningkatan asam lemak bebas. Sebagai akibat dari kehilangan bikarbonat (yang terjadi bila terbentuk keton), penyangga bikarbonat tidak terjadi, dan terjadi asidosis metabolik, disebut DKA. Depresi sistem saraf pusat (SSP) akibat penumpukan keton dan asidosis yang terjadi dapat menyebabkan koma dan kematian jika tidak ditangani.

DKA juga dapat terjadi pada orang yang terdiagnosis DM saat kebutuhan tenaga meningkat selama stress fisik atau emosi. Keadaan stres

memicu pelepasan hormon glukoneogenik, yang menghasilkan pembentukan karbohidrat dari protein atau lemak. Orang yang sakit menderita infeksi (penyebab tersering DKA), atau yang mengurangi atau melewatkan dosis insulin sangat beresiko mengalami DKA.

DKA melibatkan empat masalah metabolic :

- Hiperosmolaritas akibat hiperglikemia dan dehidrasi.
- Asidosis metabolik akibat penumpukan asam ketoat.
- Penurunan volume ekstraseluler akibat diuresis osmotik.
- Ketidakseimbangan elektrolit (misalnya kehilangan kalium dan natrium) akibat diuresis osmotik.

c. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah (kadar glukosa rendah) umum terjadi pada penyandang DM tipe I dan terkadang terjadi pada penyandang DM tipe II yang diobati dengan agens hipoglikemik tertentu. Kondisi ini sering kali disebut syok insulin, reaksi insulin, atau penurunan pada pasien DM tipe I. Hipoglikemia terutama disebabkan oleh ketidaksesuaian antara asupan insulin (mis, kesalahan dosis insulin), aktivitas fisik, dan kurang tersedianya karbohidrat (mis, melewatkan makanan). Asupan alkohol dan obat-obatan seperti kloramfenikol (Chloromycetin), Coumadin, Inhibitor monoamin oksidase (MAO), probenesid (Benemid), salisilat dan sulfonamid juga dapat menyebabkan hipoglikemia.

Manifestasi hipoglikemia terjadi akibat respons kompensatorik sistem saraf otonom (SSO), dan akibat kerusakan fungsi serebral akibat penurunan ketersediaan glukosa yang dapat dipakai oleh otak. Manifestasi berbeda-beda, khususnya pada lansia. Awitannya mendadak dan glukosa darah biasanya kurang dari 45-60 mg/dl. Hipoglikemia berat dapat menyebabkan kematian.

Penyandang DM tipe 1 selama 4-5 tahun gagal menyekresikan glukagon sebagai respon terhadap penurunan glukosa darah. Mereka bergantung pada epineprin yang berfungsi sebagai respon kontaregulator terhadap hipoglikemia. Namun respons kompensatorik ini dapat menghilang atau tumpul. Orang tersebut kemudian mengalami sindrom yang disebut ketidaksadaran akan hipoglikemia.

2. Komplikasi Kronik

a. Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Makrosirkulasi (pembuluh darah besar) pada penyandang DM mengalami perubahan akibat aterosklerosis, trombosit, sel darah merah dan faktor pembekuan yang tidak normal, serta perubahan dinding arteri. Telah ditetapkan bahwa aterosklerosis mengalami peningkatan insidensi dan usia awitan penyandang DM menjadi lebih dini. Faktor resiko lain yang menimbulkan perkembangan penyakit markovaskuler pada DM adalah hipertensi, hiperlipidemia, merokok dan kegemukan. Perubahan sistem vaskular meningkatkan resiko komplikasi jangka panjang penyakit arteri koroner, penyakit arteri koroner, penyakit vaskular serebral, dan penyakit vaskular perifer.

Perubahan mikrosirkulasi pada penyandang DM melibatkan kelainan struktur di membran basalis pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan ini menyebabkan membran basalis kapiler menebal, akhirnya mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Efek perubahan pada mikrosirkulasi mempengaruhi semua jaringan tubuh tetapi paling utama dijumpai pada mata dan ginjal.

b. Penyakit arteri koroner

Merupakan faktor resiko utama terjadinya infark miokard pada penyandang DM, khususnya pada penyandang DM tipe II usia paruh baya hingga lansia. Penyakit arteri koroner merupakan penyebab terbanyak kematian pada penyandang DM tipe II. Penyandang DM yang mengalami infark miokard lebih rentan terhadap terjadinya gagal jantung kongestif sebagai komplikasi infark dan juga cenderung bertahan hidup pada periode segera setelah mengalami infark.

c. Hipertensi

Hipertensi merupakan komplikasi umum pada DM. Ini menyerang 75% penyandang DM dan merupakan faktor resiko utama pada penyakit kardiovaskuler dan komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati dan nefropati.

d. Stroke (cedera serebrovaskular)

Penyandang DM, khususnya lansia dengan DM tipe II, dua hingga empat kali lebih sering mengalami stroke. Meskipun hubungan pasti antara DM dan penyakit vaskular serebral tidak diketahui, hipertensi (salah satu faktor resiko stroke) merupakan masalah kesehatan umum yang terjadi pada penyandang DM. Selain itu, aterosklerosis pembuluh darah serebral terjadi pada usia lebih dini dan semakin ekstensif pada penyandang DM.

e. Penyakit vaskular perifer

Penyakit vaskular perifer di ekstremitas bawah menyertai kedua tipe DM, tetapi insidennya lebih besar pada penyandang DM tipe II. Aterosklerosis pembuluh darah tungkai pada penyandang DM mulai pada usia dini, berkembang dengan cepat dan frekuensinya sama pada pria dan wanita. Kerusakan sirkulasi vaskular perifer

menyebabkan insufisiensi vaskular perifer dengan klaudikasi (nyeri) intermiten di tungkai bawah dan ulkus pada kaki.

f. Retinopati Diabetik

Penyakit vaskular perifer di ekstremitas bawah menyertai kedua tipe DM, tetapi insidennya lebih besar pada penyandang DM tipe II. Aterosklerosis pembuluh darah tungkai pada penyandang DM mulai pada usia dini, berkembang dengan cepat dan frekuensinya sama pada pria dan wanita. Kerusakan sirkulasi vaskular perifer menyebabkan insufisiensi vaskular perifer dengan klaudikasi (nyeri) intermiten di tungkai bawah dan ulkus pada kaki.

g. Perubahan pada sistem saraf perifer dan otonom

Neuropati perifer dan viseral adalah penyakit pada saraf perifer dan sistem saraf otonom. Pada penyandang DM, penyakit sering kali disebut neuropati diabetik. Etiologi neuropati diabetik mencakup (1) penebalan dinding pembuluh darah yang memasok saraf, yang menyebabkan penurunan nutrisi; (2) demielinasi sel-sel Schwann yang mengelilingi dan menyekat saraf, yang memperlambat hantaran saraf; dan (3) pembentukan dan penumpukan sorbitol dalam sel-sel Schwann yang merusak hantaran saraf. Neuropati perifer (juga disebut neuropati somatik) mencakup polineuropati dan mononeuropati. Polineuropati, tipe terbanyak neuropati yang dikaitkan dengan DM merupakan gangguan sensorik bilateral. Manifestasi pertama kali terlihat pada jari kaki dan kaki yang bergerak ke atas. Jari tangan dan tangan juga dapat terkena, tetapi biasanya hanya pada stadium lanjut DM. Manifestasi polineuropati bergantung pada serabut saraf yang terkena. Kurangnya sensasi mencegah kewaspadaan akan cedera dan untuk alasan ini, penderita diabetes harus diberitahu untuk memeriksa kaki dan tungkai mereka setiap hari, melihat tanda-tanda cedera.

h. Neuropati viseral

Juga disebut gangguan berkeringat, dengan tidak ada keringat (anhidrosis) di telapak tangan dan telapak kaki dan peningkatan keringat di wajah dan batang tubuh. Fungsi pupil tidak normal, yang paling banyak ditemukan adalah pupil mengecil yang membesar secara perlahan di dalam gelap neuropati otonom menyebabkan berbagai manifestasi tergantung pada SSO yang terkena.

i. Perubahan mood

Penyandang DM, baik tipe I maupun tipe II, menjalani ketegangan kronik hidup dengan perawatan diri kompleks dan beresiko tinggi mengalami depresi dan distress emosional spesifik karena DM. Depresi mayor dan gejala depresi mempengaruhi 20% penyandang DM yang membuatnya menjadi dua kali sering terjadi di kalangan penyandang DM dibanding populasi umum.

j. Peningkatan kerentanan terhadap infeksi

Penyandang DM mengalami peningkatan resiko terhadap infeksi, hubungan pasti antara infeksi dan DM tidak jelas, tetapi banyak gangguan yang terjadi akibat komplikasi diabetik memicu seseorang mengalami infeksi. Kerusakan vaskuler dan neurologis, hiperglikemia dan perubahan fungsi neutrofil dipercaya menjadi penyebabnya. Penyandang DM dapat mengalami penurunan sensorik yang mengakibatkan tidak menyadari adanya trauma dan penurunan vaskular yang mengurangi vaskular yang mengalami sirkulasi ke daerah yang cedera, akibatnya respon inflamasi normal berkurang dan penyembuhan lambat.

k. Penyakit periodontal

Meskipun penyakit periodontal tidak terjadi lebih sering pada penyandang DM, tetapi dapat memburuk dengan cepat, khususnya jika DM tidak dikontrol dengan baik. Dipercayai bahwa penyakit ini disebabkan oleh mikroangiopati dengan perubahan pada vaskularisasi gusi.

l. Komplikasi yang mengenai kaki

Tingginya insiden baik amputasi maupun masalah kaki pada pasien DM merupakan akibat angiopati, neuropati dan infeksi. Penyandang DM beresiko tinggi mengalami amputasi di ekstremitas bawah, dengan peningkatan risiko pada mereka yang sudah menyandang DM lebih dari 10 tahun, jenis kelamin pria, memiliki kontrol glukosa yang buruk, atau mengalami komplikasi kardiovaskuler, retina, atau ginjal

Perubahan vaskular di ekstremitas bawah pada penyandang DM mengakibatkan arteriosklerosis. Arteriosklerosis yang diinduksi DM cenderung terjadi pada usia yang lebih muda, kejadiannya hampir sama pada pria dan wanita, biasanya bilateral, dan berkembang dengan cepat. Pembuluh darah yang sering kali terkena terletak di bawah lutut. Sumbatan terbentuk di arteri besar, sedang, dan kecil tungkai bawah dan kaki. Sumbatan multiple dengan penutupan aliran darah mengakibatkan manifestasi penyakit vaskular perifer.

Neuropati diabetik pada kaki menimbulkan berbagai masalah. Karena sensasi sentuhan dan persepsi nyeri tidak ada, penyandang DM dapat mengalami beberapa tipe trauma kaki tanpa menyadarinya. Orang tersebut beresiko tinggi mengalami trauma di jaringan kaki menyebabkan terjadinya ulkus.

Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain:\

- Grade 0: tidak ada luka

- Grade 1: kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit.
- Grade 2: kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
- Grade 3: terjadi abses
- Grade 4: gangren pada kaki bagian distal
- Grade 5: gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Melitus

1) Pengkajian Keperawatan Keluarga

1. Identifikasi Data

Pengkajian terhadap data umum keluarga menurut Sulisty Andarmoyo, 2012 meliputi:

- a. Nama kepala keluarga (KK)
Identifikasi siapa nama KK sebagai penanggung jawab penuh terhadap keberlangsungan keluarga.
- b. Alamat dan telepon
Identifikasi alamat dan nomor telepon yang bisa dihubungi sehingga memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan.
- c. Pekerjaan dan pendidikan KK
Identifikasi pekerjaan dan latar belakang pendidikan Kepala Keluarga dan anggota keluarga yang lainnya sebagai dasar dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.
- d. Komposisi keluarga
Komposisi keluarga menyatakan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka.

e. Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga dan genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, dan riwayat, serta sumber-sumber keluarga.

f. Tipe keluarga

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

g. Suku bangsa

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

h. Agama

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

i. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Dalam hal ini pertanyaan yang diajukan adalah status ekonomi:

- Berapa jumlah pendapatan per bulan?
- Darimana sumber-sumber pendapatan perbulan?
- Berapa jumlah pengeluaran perbulan?
- Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga?
- Bila tidak, bagaimana keluarga mengaturnya?

i. **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 aktivitas rekreasi

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini
- b) Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
- c) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Menjelaskan tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi

3. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, dijelaskan mulai lahir hingga saat ini yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan, termasuk juga dalam hal ini riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian dan pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, hilang, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga.

4. Riwayat keluarga sebelumnya/asal

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri/keluarga asal kedua orang tua seperti apa kehidupan keluarga asalnya, hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari

ke dua orang tua)

5. Data lingkungan

Data lingkungan meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling sederhana seperti aspek dalam rumah hingga komunitas yang lebih luas dan kompleks di mana keluarga tersebut berada.

a. Karakteristik rumah

Gambar tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, dll).

Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah ini.

- Gambarkan kondisi rumah (baik interior maupun eksterior rumah). Interior rumah meliputi jumlah kamar dan tipe kamar, penggunaan kamar dan bagaimana kamar tersebut diatur.
- Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat masak. Di kamar mandi, amati sanitasi air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.
- Kaji pengaturan tidur di dalam rumah.
- Amati keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah.
- Kaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah.
- Evaluasi pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai.
- Evaluasi ada dan tidak adanya bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah/ lingkungan.
- Evaluasi adekuasi pembuangan sampah.
- Kaji perasaan puas/tidak puas dari anggota keluarga secara keseluruhan dengan pengaturan/penataan rumah.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

- Apa karakteristik-karakteristik fisik dari lingkungan yang paling dekat dan komunitas yang lebih luas?
- Bagaimana mudahnya sekolah-sekolah di lingkungan atau komunitas dapat diakses dan bagaimana kondisinya?
- Fasilitas-fasilitas rekreasi yang dimiliki daerah ini?
- Bagaimana insiden kejahatan di lingkungan dan komunitas?
- Apakah ada masalah keselamatan yang serius?

c. Mobilitas geografis keluarga

- Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan berpindah tempat.
- Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini?
- Apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal ?

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

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

- Siapa di dalam keluarga yang sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan?
- Berapa kali atau sejauh mana mereka menggunakan pelayanan dan fasilitas?
- Apakah keluarga memanfaatkan lembaga-lembaga yang ada di komunitas untuk kesehatan keluarga?
- Bagaimana keluarga memandang komunitasnya?

6. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c. Struktur peran

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

d. Nilai atau norma keluarga

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

e. Fungsi keluarga

a) Fungsi Afektif

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.

b) Fungsi sosialisasi

Hal yang perlu dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga

mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

d) Fungsi reproduksi

Berapa jumlah anak?, Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak?, Metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anak?

e) Fungsi perawatan keluarga

Fungsi ini penting untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi

f. Stres dan coping keluarga

Stresor jangka pendek dan panjang

- Sebutkan stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan stressor jangka panjang (> 6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga.

Apakah keluarga dapat mengatasi stressor biasa dan ketegangan sehari-hari?

- Bagaimana keluarga mengatasi tersebut? Jelaskan Strategi coping apa yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi masalah-masalah? (coping apa yang dibuat?)

Apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara coping terhadap masalah-masalah mereka sekarang? Jelaskan

7. Pemeriksaan Fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Biasanya pada penderita diabetes didapatkan berat badan yang diatas normal/obesitas.

b. Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, apakah ada pembesaran pada leher, kondisi mata, hidung, mulut dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Biasanya pada penderita diabetes mellitus ditemui penglihatan yang kabur/ganda serta diplopia dan lensa mata yang keruh, telinga kadang-kadang berdenging, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.

c. Sistem integumen

Biasanya pada penderita diabetes mellitus akan ditemui turgor kulit menurun, kulit menjadi kering dan gatal. Jika ada luka atau maka warna sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah kering. Pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi ganggren.

d. Sistem pernapasan

e. Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Biasanya pada penderita diabetes mellitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

f. Sistem kardiovaskuler

Pada penderita diabetes mellitus biasanya akan ditemui perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi,hipertensi, aritmia,kardiomegalis.

g. Sistem gastrointestinal

Pada penderita diabetes mellitus akan terjadi polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi,perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

h. Sistem perkemihan

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

i. Sistem muskuloskeletal

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.

j. Sistem neurologis

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penurunan sensoris, anastesia, letargi, mengantuk, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

a. Diagnosis sehat/ *wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi

b. Diagnosis ancaman

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan symptom/sign (S).

c. Diagnosis nyata/ gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah gangguan/masalah kesehatan di keluarga, di dukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

- Persepsi terhadap keparahan penyakit.
- Pengertian.
- Tanda dan gejala.
- Faktor penyebab.
- Persepsi keluarga terhadap masalah

d. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:

- Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
- Masalah dirasakan keluarga.
- Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.
- Sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
- Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
- Informasi yang salah.

e. Ketidakampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit?
- Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
- Sumber-sumber yang ada di dalam keluarga.
- Sikap keluarga terhadap yang sakit.

f. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan

- Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
- Pentingnya hygiene sanitasi.

- Upaya pencegahan penyakit.
- g. Ketidakmapuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
- Keberadaan fasilitas kesehatan.
 - Keuntungan yang didapat.
 - Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
 - Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada perlu di prioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

Tabel 2.1 Proiritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga (Komang Ayu Henny Achar,2012)

No	Kriteria	Bobot		Skor
1	Sifat masalah : a. Aktual (3) b. Resiko (2) c. Potensial (1)	1		Aktual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
2	Kemungkinan masalah untuk diubah a. Mudah (1) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat diubah (0)	2		Mudah = 2 Sebagian= 1 Tidak dapat diubah = 0
3	Potensial masalah untuk di cegah : a. Tinggi (3) b. Cukup(2) c. Rendah (1)	1		Tinggi = 4 Cukup = 2 Rendah = 1
4	Menonjolnya masalah a. Segera (2) b. Tidak segera (1) c. Tidak diraskan (0)	1		Segera= 2 Tidak segera= 1 Tidak diraskan= 0

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan diabetes melitus yaitu (NANDA,2015):

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- b. Gangguan rasa nyaman
- c. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- d. Resiko komplikasi penyakit DM
- e. Risiko syok hipovolemik
- f. Kerusakan integritas kulit
- g. Defisit pengetahuan

3) Intevensi Keperawatan Keluarga

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan keluarga

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intevensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)	<p>TUM : Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit kadar glukosa darah berada pada rentang normal</p> <p>TUK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan • Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit 	<p>Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kordinasi tingkat Kesadaran meningkat • Mengantuk, pusing, lelah/ lesu, rasa lapar menurun • Gemetar, berkeringat, mulut kering menurun • Rasa haus, perilaku aneh, kesulitan bicara menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.031515)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat • Monitor kadar glukosa darah, jika perlu • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia • Monitor input dan output cairan • Monitor keton urin kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan asupan cairan oral • Konsultasi dengan medis jika tanda dan

		<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadar glukosa dalam darah membaik • Kadar glukosa dalam urin membaik • Palpitasi, perilaku, jumlah urin membaik 	<p>gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menghindari olahraga saat glukosa darah lebih dari 250 mg/dL • Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri • Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga • Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine , jika perlu • Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu • Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu • Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu
--	--	---	---	--

2	Risiko Infeksi (D.0142)	<p>TUM :</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit tingkat infeksi menurun</p> <p>TUK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan • Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu memodifikasi 	<p>Tingkat infeksi menurun (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terjadi kemerahan • Vesikel yang tidak mengeras permukaanya • Tidak ada cairan (luka) yang berbau busuk • Tidak ada sputum purulen • Tidak demam • Tidaka ada darah dalam urin • Tidak nyeri • Tidak menggigil • Tidak hilang nafsu 	<p>Manajemen Medikasi (I.14517)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penggunaan obat sesuai resep • Identifikasi masa kadaluarsa obat • Identifikasi pengetahuan dan kemampuan menjalani program pengobatan • Monitor keefektifan dan efek samping pemberian obat • Monitor tanda dan gejala keracunan obat • Monitor darah serum, jika perlu • Monitor kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi perubahan program pengobatan, jika perlu • Sediakan sumber informasi program pengobatan secara visual dan tertulis • Fasilitasi pasien dan keluarga melakukan penyesuaian pola hidup akibat program
---	----------------------------	---	--	---

		<p>lingkungan untuk merawat anggota</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga yang sakit <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>	<p>makan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terjadi peningkatan sel darah putih 	<p>pengobatan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pasien dan keluarga cara mengelola obat (dosis, penyimpanan, rute, dan waktu pemberian) • Ajarkan cara menangani atau mengurangi efek samping, jika perlu • Anjurkan menghubungi petugas kesehatan jika terjadi efek samping obat
3	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit keluarga Ny.S mampu memahami tentang pengetahuan kesehatan</p> <p>TUM : Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30</p>	<p>Tingkat Pengetahuan meningkat (L.12111)</p> <ul style="list-style-type: none"> • kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat • kemampuan menggambarkan pengalaman 	<p>Edukasi Perawatn Kaki (I.12423)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tingkat pengetahuan dan ketrampilan perawatan kaki <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan brosur informasi tingkar risiko cedera dan perawatan kaki • Fasilitasi pembuatan rencana penilaian dan perawatan kaki harian • Berikan kesempatan untuk bertanya

		<p>menit tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>TUK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan • Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk 	<p>sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat • pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun • persepsi yang keliru terhadap masalah menurun • menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun • perilaku membaik 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan faktor risiko luka pada kaki(mis.panas, dingin, penipisan,kapalan) • Jelaskan hubungan antara neuropati, cedera, dan penyakit faskuler dan resiko ulserasi dan amputasi eksteremitas bawah • Ajarkan pemeriksaan seluruh bagian kaki setiap hari (mis.luka, kemerahan, bengkak, hangat, kering, maserasi) • Ajarkan memotong dan mengukir kuku secara lurus • Anjurkan mencuci kaki setiap hari dengan menggunakan air hangat dan sabun ringan • Anjurkan mengeringkan secara menyeluruh setelah mencuci kaki, terutama diantara jari kaki • Anjurkan menghubungi tenaga
--	--	---	--	--

		<p>merawat anggota</p> <ul style="list-style-type: none"> • keluarga yang sakit <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>		<p>profesional kesehatan jika ada luka, infeksi atau jamur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memakai sepatu bertumit rendah dan sesuai dengan bentuk kaki • Anjurkan memakai kaus kaki yang berbahan menyerap keringat • Anjurkan memeriksa sepatu bagian dalam sebelum dikenakan
4	<p>Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit keluarga Ny.S mampu memahami tentang manajemen kesehatan</p> <p>TUM :</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah 3x 30 menit tingkat manajemen kesehatan meningkat</p>	<p>Manajemen kesehatan meningkat (L.12104)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat • Menerapkan program perawatan meningkat • Aktivitas hidup sehari – hari efektif 	<p>Edukasi Kesehatan (I 12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persiapkan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai

		<p>TUK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan • Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga yang sakit • Keluarga mampu 	<p>memenuhi tujuan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan . pengobatan menurun 	<p>kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beri kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	---	--

		memanfaatkan fasilitas kesehatan		
--	--	-------------------------------------	--	--

5. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Perawat melakukan tindakan sesuai dengan rencana. Tindakan yang dilakukan bersifat intelektual, teknis, dan interpersonal. Tindakan keperawatan meliputi: observasi tindakan keperawatan, pendidikan kesehatan, dan tindakan medis yang dilakukan oleh perawat

6. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi dibuat sesuai dengan hasil dari perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.