

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. S
DENGAN MASALAH DIABETES MELITUS
PADA NY. S DI MUKTIHARJO KIDUL
RT 06 RW XXIII PEDURUNGAN
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

NUR CHOIRIYAH
NIM. 89. 33. 12889

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

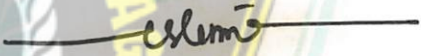
Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

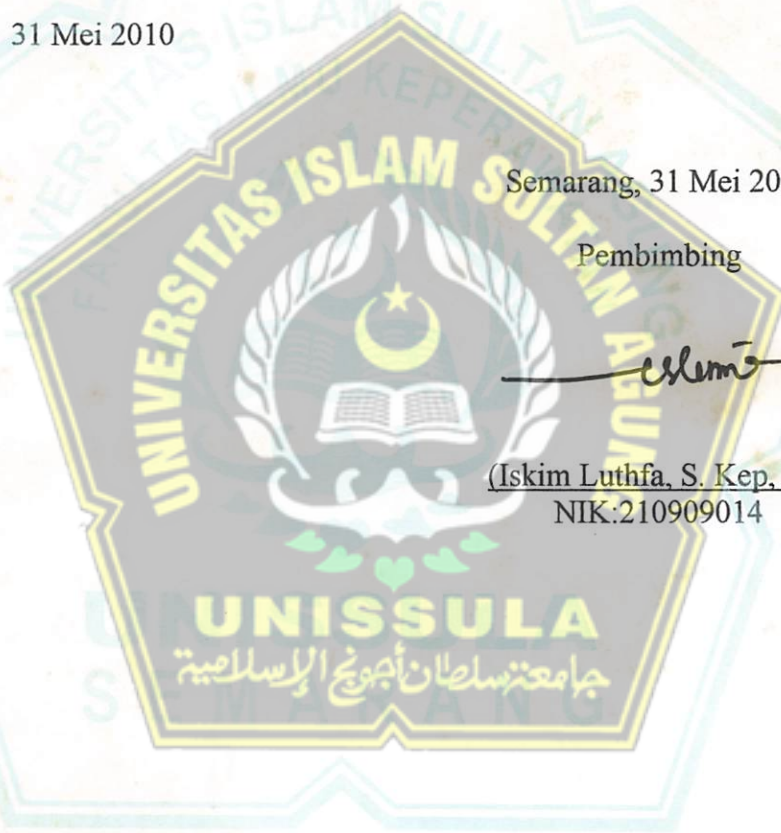
Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Iskim Luthfa, S. Kep, Ns)

NIK:210909014



HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Sabtu, tanggal 05 Juli 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 05 Juli 2010

Tim Penguji,

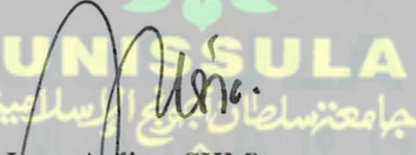
Penguji I



(Iskim Luthfa, S.Kep., Ns)

NIK :210909014

Penguji II



(Iwan Ardian, SKM)

NIK : 210997003

Penguji III



(Moch. Aspihan, S. Kep.)

NIK :210900008

HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“Ilmu bertambah dengan banyak menyedekahkan dan berkurang jika anda

.nenahannya. (Al Ibari)”

“Jadilah diri kamu sendiri karena tidak ada yang bisa melakukannya lebih baik dari kita sendiri. (Franklin D.Roosevelt)”

“Banyak ilmu akan banyak kawan, kaya harta akan banyak musuh. (Ali bin Abi Thalib)”

PERSEMBAHAN

UNTUK KEDUA ORANG TUA, SAUDARAKU

SERTA GURU-GURUKU

YANG KUHORMATI DAN KUSAYANGI

KARENA ALLAH SWT

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya serta Nabi Muhammad SAW yang memberikan kasih sayang dan petunjuk-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan dan menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul

Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dengan masalah utama Diabetes Melitus pada Ny. S di desa Muktiharjo Kidul RT. 06 RW. XXIII Kecamatan Tlogosari.

Penyusunan laporan karya tulis ilmiah ini disusun dan disajikan melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program pendidikan di Akademi Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Loade M. Kamaluddin, M.Sc, M. Eng. Selaku rector universitas islam sultan agung semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Endang Setyowati, SKM. Selaku ka prodi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Keluarga Ny. S selaku keluarga yang dibina dalam Asuhan Keperawatan Keluarga yang telah meluangkan waktunya.
5. Bapak Iskim Luthfa, S. Kep selaku pembimbing dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak Aspihan, S. Kep selaku penguji dalam ujian Karya Tulis Ilmiah.

7. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang sudah banyak membantu dalam melaksanakan proses belajar mengajar

Diluar dari beliau yang secara langsung terlibat dalam penyusunan laporan karya tulis ilmiah, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak dan Ibu tercinta yang memberikan doa, perhatian serta dukungan kasih sayangnya.
2. Kakak-kakakku tersayang yang telah memberikan semangat dan dukungannya.
3. Rekan-rekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberiku motivasi dan bantuannya.

Penulis menyadari bahwa makalah komprehensif ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu dengan penuh harapan dan senang hati penulis menerima kritik dan saran dari segenap pembaca demi kesempurnaan makalah komprehensif ini. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua. Amin.

Semarang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Keluarga.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe Keluarga.....	6
3. Fungsi Keluarga.....	7
4. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga.....	8
5. Prinsip dasar Penatalaksanaan Keluarga.....	10
6. Tugas Keperawatan Keluarga.....	16

B. Konsep Dasar Penyakit	17
1. Pengertian.....	17
2. Etiologi.....	19
3. Patofisiologi	21
4. Manifestasi klinik.....	23
5. Pemeriksaan diagnostik.....	24
6. Komplikasi	25
7. Diit untuk Penderita DM.....	27
BAB III RESUM KEPERAWATAN.....	35
A. Pengkajian	35
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan Keluarga	38
C. Intervensi	39
D. Implementasi	41
E. Evaluasi	43
BAB IV PEMBAHASAN	45
BAB V PENUTUP.....	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran	58

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi DM	18
-------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Foto Klien**
- Lampiran 2. Askep**
- Lampiran 3. SAP DM**
- Lampiran 4. Leaflet**
- Lampiran 5. Preplanning DM**
- Lampiran 6. Surat Keterangan Konsultasi**
- Lampiran 7. Surat Kesiediaan Membimbing**



BABI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Insulin yaitu suatu hormon yang diproduksi pankreas, mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya.

Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperglikemia hiperosmoler nonketotik (HHNK). Hiperglikemia jangka panjang dapat ikut menyebabkan komplikasi mikrovaskuler yang kronis (penyakit ginjal dan mata) dan komplikasi neuropati (penyakit pada syaraf). Diabetes juga disertai dengan peningkatan insidens penyakit makrovaskuler yang mencakup infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer (Smeltzer, 2001).

Tingkat prevalensi diabetes melitus sangat tinggi. Diduga terdapat sekitar 16 juta kasus diabetes di Amerika Serikat dan setiap tahunnya

didiagnosis 600.000 kasus baru. Diabetes merupakan penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat dan merupakan penyebab utama kebutaan pada orang dewasa akibat retinopati diabetik. Pada usia yang sama, penderita diabetes paling sedikit 2,5 kali lebih sering terkena serangan jantung dibandingkan dengan mereka yang tidak menderita diabetes (Price, 2005).

Tujuh puluh lima persen penderita diabetes akhirnya meninggal karena penyakit vaskuler. Serangan jantung, gagal ginjal, stroke dan gangren adalah komplikasi yang paling utama. Selain itu, kematian fetus intrauterin pada ibu-ibu yang menderita diabetes tidak terkontrol juga meningkat (Price, 2005).

Menurut data WHO (World Health Organization) di Indonesia menempati urutan keempat terbesar di dunia dalam jumlah penderita diabetes melitus (diabetesi). Keadaan yang sangat memprihatinkan. Pada tahun 2006, bahkan diperkirakan terdapat 14 juta orang menderita diabetes, tetapi baru 50 % yang sadar mengidapnya dan diantaranya baru 30 % yang datang berobat teratur.

Berdasarkan laporan program yang berasal dari rumah sakit dan puskesmas di Jawa Tengah tahun 2006, Kasus DM secara keseluruhan sebanyak 259.703 (80,97 per 1.000 penduduk). Kasus tersebut di bagi dua yaitu kasus DM yang tidak tergantung insulin yaitu sebesar 72,56 per 1.000 penduduk dan kasus DM yang tergantung insulin sebesar 8,41 per 1.000 penduduk (<http://dokter-alwi.com /diabetes.html>).

Berdasarkan tingginya angka kejadian penyakit diabetes melitus, maka diperlukan tindakan keperawatan secara terpadu dan menyeluruh melalui kerja sama antar anggota keluarga dan tim keperawatan keluarga.

Dilihat dari jenis penyakit dan komplikasi yang ditimbulkan, penyakit diabetes melitus dapat memberikan pengaruh negative, tidak hanya bagi penderita itu sendiri melainkan pada anggota keluarga yang tidak menderita diabetes melitus. Pengaruh negative bagi keluarga meliputi bidang fisik, ekonomi, psikologis dan sosial.

Berkaitan dengan data tersebut diatas penulis tertarik untuk mengetahui lebih dalam tentang pengelolaan keluarga dengan memberikan asuhan keperawatan dalam pengelolaan dan pencegahan terjadinya komplikasi pada keluarga dengan diabetes melitus dalam bentuk penyusunan karya tulis ilmiah “ Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus pada Ny. S “ dengan pendekatan proses keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat memberikan asuhan keperawatan keluarga secara sistematis dan komprehensif mulai pengkajian sampai evaluasi pada keluarga Tn. S dengan DM khususnya pada Ny. S.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari studi kasus ini, supaya mahasiswa mampu :

- a. Teridentifikasi masalah keperawatan pada keluarga Tn. Su dengan masalah utama DM khususnya Ny. S.

- b. Teridentifikasi penyakit Ny. S yang menderita DM dan melakukan intervensi, melakukan implementasi bersama dengan keluarga dan mampu mengevaluasi sesuai penyakit yang diderita Ny. S dalam konteks keperawatan keluarga yang tepat.
- c. Teridentifikasinya pemecahan masalah keperawatan keluarga sesuai dengan penyakit yang diderita Ny. S yaitu DM.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga atau Rumah Tangga, adalah unit terkecil dari masyarakat. Dari kelompok-kelompok masyarakat terkecil inilah terbentuk sendi-sendi dasar kesehatan dan kekuatan bangsa dan Negara (Ircham Machfoedz, 2003).

Keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama melalui ikatan perkawinan, dan kedekatan emosi yang masing-masing mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga (Ekasari, dkk, 2006).

Keluarga adalah sekelompok orang, yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka (Wong, 2008).

Menurut Friedman (1998) Dikutip dari Suprajitno (2004), pengertian keluarga yaitu kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Keluarga adalah suatu ikatan / persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau

seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Sayekti, 1994).

Menurut UU No. 10 tahun 1992 keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Dari beberapa pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah, perkawinan, kelahiran yang berkumpul dan tinggal satu atap dalam keadaan saling ketergantungan, yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga.

2. Tipe Keluarga

Menurut Suprajitno (2004) tipe keluarga diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga inti yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya adalah adopsi atau keduanya.
- b. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).
- c. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

- d. Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
 - e. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
 - f. Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*).
 - g. Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the non marital neferosexual cohabiting family*).
 - h. Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*gay and lesbian family*).
3. Fungsi Keluarga
- a. Menurut Friedman (1999) lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut :
 - b. Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psiko sosial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
 - c. Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
 - d. Fungsi produksi adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
 - e. Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan dan papan.

- f. Fungsi perawatan kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

4. Tahap dan tugas perkembangan keluarga

Tahap dan tugas perkembangan keluarga dikutip dari Arita Murwari (2007) dan Komang (2010) adalah sebagai berikut :

a. Pasangan Baru (Keluarga Baru)

Keluarga baru di mulai saat masing-masing individu laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing.

b. Keluarga “*Child bearing*” atau (keluarga dengan anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran di mulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini di mulai saat anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini di mulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

f. Keluarga dengan pelepasan anak usia dewasa muda.

Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak. Mempertahankan keintiman pasangan

g. Dengan rumah yang telah kosong, orang tua memiliki waktu lebih banyak untuk mencurahkan perhatian pada kegiatan- kegiatan dan hubungan lain. misal merek

Tahap ini di mulai pada saat anak yang pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan “rumah kosong” ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama keluarga adalah reorganisasi keluarga menjadi sebuah unit yang tetap berjalan sementara melepaskan anak- anak yang dewasa ke dalam kehidupan mereka sendiri. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Dapat membentuk peran suami istri yang pernah mereka lakukan.
- 2) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 3) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
- 4) Pemantauan kembali peran kegiatan rumah tangga

Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih

mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa 'kosong' karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, meninggalkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak.

h. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini di mulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau kematian salah satu pasangan.

i. Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal.

5. Prinsip dasar penatalaksanaan keluarga

Prinsip-prinsip dasar penatalaksanaan keluarga dengan penyakit diabetes melitus diantaranya yaitu preventif, promotif, kuratif.

a. Tindakan preventif antara lain :

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit diabetes melitus dan mencegah supaya penyakit diabetes melitus tidak bertambah parah, caranya yaitu dengan tidak makan makanan yang manis atau mengontrol diet untuk penderita DM , ciptakan lingkungan yang nyaman, serta cek GDS rutin.

b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada keluarga supaya keluarga mengerti tentang apa itu penyakit diabetes melitus, penyebab penyakit diabetes melitus, tanda dan gejala penyakit diabetes melitus serta komplikasi penyakit diabetes melitus.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Yaitu dengan pengobatan baik nonfarmakologis maupun farmakologis.

Nonfarmakologis

Strategi terapi nonfarmakologis untuk diabetes melitus tipe 2 adalah dengan diet, gerak badan, dan mengubah pola hidup (misalnya dengan berhenti merokok, bagi penderita yang merokok). Diet dilakukan terlebih pada pasien yang kelebihan berat badan. Makanan juga dipilih secara bijaksana, terutama pembatasan lemak total dan lemak jenuh untuk mencapai normalitas kadar glukosa darah, dan juga hindari makan makanan yang banyak mengandung gula berlebih. Gerak badan secara teratur dapat dilakukan, yaitu seperti jalan kaki, bersepeda, atau olahraga. Berhenti untuk tidak merokok, karena nikotin dapat mempengaruhi secara buruk penyerapan glukosa oleh sel.

Farmakologis

Pada saat ini terdapat 5 macam kelas obat hipoglikemik oral untuk pengobatan DM tipe II, yaitu sulfonilurea, biguanid, meglitinid, α -

glukosidase inhibitor, dan agonis receptor γ (thiazolidin atau glitazon). Obat hipoglikemik oral diindikasikan untuk pengobatan pasien DM tipe II yang tidak mampu diobati dengan melakukan diet dan aktivitas fisik. Biguanid dan thiazolidinedion dikategorikan sebagai sensitizer insulin, dengan cara menurunkan resistensi insulin. Sulfonilurea dan meglitinid dikategorikan sebagai *insulin secretagogues* karena kemampuannya merangsang pelepasan insulin endogen.

Contoh :

Sulfonilurea : sulfonilurea generasi pertama (acetohexamid, clorproramid, tolbutamid, talazamid) dan generasi kedua (glimepirid, gilipizie, dan glibenklamid)

Meglitinid : nateglinid, repaglinid

Biguanid : metformin

Thiazolidinedion : pioglitazon dan resiglitazon

Alfa glukosidase inhibitor : acarbose dan miglitol.

Sulfonilurea dan biguanid tersedia paling lama dan secara tradisional merupakan pilihan pengobatan awal untuk diabetes tipe 2.

Penulis juga mencantumkan obat tradisional atau terapi herbal antara lain :

1) Mengkudu

Dapat menurunkan kadar darah pada penderita DM tipe II.

Kandungan zat aktif : enzim proxeronine dan alkaloid proxeronine.

Bisa diminum dalam bentuk jus atau buah matang langsung dimakan.

2) Meniran

Dapat meningkatkan daya tahan tubuh

Kandungan zat aktif : filantin, hipofilantin, kalium, damar dan tannin.

Cara penyajian : ambil 1 genggam daun meniran yang terdiri dari akar, batang dan daun. Tumbuk sampai halus. Kemudian rebus bersama 2 gelas air bersih. Tunggu sampai menjadi setengah gelas. Minum sekali setiap hari.

3) Apel

Dapat meningkatkan kekebalan tubuh.

Kandungan zat aktif : Vitamin C yang merupakan anti oksidan.

Bisa di konsumsi 3x sehari satu buah / segelas jus apel.

4) Seledri

manfaat : peluruh kencing

Kandungan zat aktif : flavonoid, saponin, tannin, minyak atsiri, flavoglukosida, apigenin, kolin, lipase, asparagine, zat pahit.

Bisa dikonsumsi dengan cara dicampurkan dalam makanan lain.

5) Brotowali

Kandungan zat aktif : Alkaloid, damar lunak, pati, glikosida pikroretosid, zat pahit pikroretin, harsa, berberin dan palmatin.

Akar mengandung alkaloid berberin dan kolumbin.

Antipiretikum; Tonikum; Antiperiodikum; Diuretikum;

Antidiabetik

Cara penyajian : 1/3 genggam daun sambiloto, 1/3 genggam daun kumis kucing, 3/4 jari ± 6 cm batang brotowali dicuci dan dipotong-potong, direbus dengan 3 gelas air sampai menjadi 2 gelas. Diminum setelah makan, sehari 2 X 1 gelas.

6) Tapak Dara

Manfaat : dalam seminggu saja rasa lemah badan dan sering capai gara-gara kencing manis itu sudah hilang

Kandungan zat aktif : vinblastin, sari daun tapak dara juga mengandung vindolin, sejenis alkaloid lain berbentuk metilester dari asam karboksilat aspidospermidin.

Cara penyajian : ambil segenggam daun tapak dara yang direbus dalam air 3 gelas. Setelah mendidih dan dibiarkan begitu terus sampai air tinggal 2 gelas, sarinya diminum. Jamu seperti ini perlu diminum 3 kali sehari

7) Sirih Merah

Sebagai penurun kadar gula darah

Kandungan zat aktif : Flavonoid, Polivenol,alkoloid, tanin, minyak astsiri, saponin, hidroksikaficol, kavicol,kavibetol, allylprokatekol, karvokrol, eugenol, P-cymene, cineole, coryofelen, kadimen, ekstragol, terpenana, dan fenil propoda

Cara penyajian : Petik tiga lembar daun sirih merah setengah tua dan daun keenam atau ketujuh dari pucuk. Cuci bersih semua daun, kemudian iris kecil-kecil. Rebus dengan air sebanyak tiga gelas (600 ml) sampai mendidih dan tersisa 1,5 gelas. Minum sehari tiga kali sebelum makan, sekali minum setengah gelas.

8) Sambiloto

Kandungan zat aktif :Daun dan percabangannya mengandung laktone yang terdiri dari deoksiandrografolid, andrografolid (zat pahit), neoandrografolid, 14-deoksi-11-12-didehidroandrografolid, dan homoandrografolid. Juga terdapat flavonoid, alkane, keton, aldehyd, mineral (kalium, kalsium, natrium), asam kersik, dan damar. Flavotioid diisolasi terbanyak dari akar, yaitu polimetoksiflavon, andrografin, pan.ikulin, mono-0- metilwithin, dan apigenin-7,4- dimetileter. Zat aktif andrografolid terbukti berkhasiat sebagai hepatoprotektbr (melindungi sel hati dari zat toksik)

Cara penyajian : daun sambiloto segar sebanyak 1/2 genggam dicuci lalu direbus dengan 3 gelas air bersih sampai tersisa 2 1/4

gelas. Setelah dingin disaring, lalu diminum sehabis makan, 3 kali sehari @ 3/4 gelas.

9) Ciplukan

Kandungan zat aktif : asam sitrun dan fisalin. Selain itu buah Ciplukan juga mengandung Asam Malat, Alkaloid, Tanin, Kriptoxantin, Vitamin C dan Gula

Cara penyajian : tumbuhan ciplukan yang sudah berbuah dicabut beserta akar-akarnya dan dibersihkan.

Cara membuat: dilayukan dan direbus dengan 3 gelas air sampai mendidih hingga tinggal 1 gelas, kemudian disaring

Cara menggunakan: diminum 1 kali sehari.

d. Tindakan Rehabilitatif :

Bertujuan untuk tetap mempertahankan fungsi tubuh seoptimal mungkin.

6. Tugas Keperawatan Keluarga

Dikutip dari (Komang Ayu Henny Achjar, 2008), tugas keluarga yaitu :

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat

atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat (Price, 2005).

Diabetes Melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Smeltzer, 2001).

Diabetes Melitus adalah suatu kumpulan gejala yang pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (FKUI, 2007).

Dari pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa diabetes melitus adalah suatu gangguan metabolisme dimana terjadi peningkatan glukosa dalam darah sehingga menyebabkan hilangnya toleransi karbohidrat.

Tabel 1. Klasifikasi diabetes melitus

Diabetes melitus tipe I (IDDM)	Diabetes melitus tipe II (MIDN)
Penderita hanya menghasilkan sedikit atau sama sekali tidak menghasilkan insulin	Pankreas tidak menghasilkan insulin, tetapi kadarnya lebih tinggi dari normal. Akibatnya tubuh membentuk kekebalan terhadap efeknya, sehingga terjadi kekurangan insulin relative
Umumnya terjadi sebelum usia 30 tahun yaitu pada anak dan remaja	Dapat terjadi pada anak maupun orang dewasa. Biasanya diidentikan setelah usia 30 tahun
Faktor lingkungan (infeksi virus atau faktor gizi pada masa kanak-kanak atau remaja) dipercaya para ahli menyebabkan sistem kekebalan tubuh menghancurkan sel penghasil insulin di pankreas. Faktor genetik berperan pada terjadinya kondisi ini	Salah satu faktor risikoutamanya adalah obesitas. Sekitar 80-90% penderita diabetes tipe II mengalami obesitas
Sembilan puluh persen sel penghasil insulin (sel beta) mengalami kerusakan	Cenderung diturunkan secara genetic

permanen. Terjadi kekurangan insulin berat. Penderita harus mendapatkan suplai insulin secara teratur	
---	--

Sumber : Agromedia (2009)

2. Etiologi

Menurut Redaksi Agromedia (2009) penyebab diabetes mellitus yaitu :

a. Genetik (Keturunan)

Seseorang memiliki risiko terserang diabetes jika salah satu atau kedua orang tuanya adalah diabetes. Anak laki-laki memiliki kemungkinan menjadi penderita, sedangkan anak perempuan merupakan pembawa gen dan memiliki kemungkinan mewariskan ke anak-anaknya.

b. Usia

Orang yang berusia diatas 40 tahun lebih rentan terserang diabetes. Namun, tidak menutup kemungkinan orang yang berusia di bawah 40 tahun terbatas dari penyakit ini.

c. Pola makan dan kegemukan

Makan secara berlebihan dalam jangka waktu yang lama dapat memicu diabetes. Terutama jika asupan kalori berlebihan. Makanan berkalori tinggi dapat mengganggu stimulasi sel-sel besar pankreas dalam mengeluarkan insulin.

d. Stres

Stres dapat memberikan dampak antagonis terhadap fungsi insulin. Para ahli dari Karolinsko Institute, Swedia, menemukan bahwa pria

dengan tingkat stres psikologis tinggi memiliki resiko dua kali lipat menderita diabetes tipe II dibandingkan dengan yang tingkat stres psikologisnya rendah. Namun, hubungan antara tingginya stres psikologis dengan diabetes tidak ditemukan pada wanita. Penyebabnya pria dan wanita cenderung berbeda dalam menghadapi stres. Wanita cenderung terbuka, sedangkan pria cenderung tertutup. Hal ini dapat menjelaskan perbedaan risiko antara pria dan wanita.

e. **Jarang Berolahraga**

Berolahraga secara teratur dapat mengurangi risiko terkena diabetes. Antara lain karena dapat mencegah kegemukan, salah satu penyebab diabetes tipe II. Bagi diabetes, olahraga secara teratur berfungsi untuk membantu menormalkan kadar gula darah. Sehingga mengurangi kebutuhan terhadap obat-obatan dan insulin. Beberapa olahraga yang dapat dilakukan adalah senam khusus diabetes, jalan santai, bersepeda dan berenang.

f. **Kehamilan**

Diabetes yang muncul saat hamil dapat menimbulkan dampak buruk pada bayi yang dikandung. Terutama jika tidak segera dilakukan pengobatan secara benar. Diabetes bisa muncul hanya selama masa kehamilan atau berlanjut pasca melahirkan.

g. **Rokok dan Minuman Beralkohol**

Rokok dan alkohol dapat meningkatkan risiko diabetes tipe II. Zat kimia nornikotin (salah satu zat yang mudah menguap volatil) yang

terdapat pada rokok dapat meningkatkan risiko terkena diabetes. Perokok berat yang menghabiskan lebih dari satu bungkus rokok perhari memiliki risiko tiga kali lipat lebih besar terkena diabetes dibandingkan dengan orang yang tidak merokok.

Alkohol dapat menyebabkan inflamasi kronis di pankreas (pankreatitis), yang dapat menyebabkan gangguan dalam proses produksi insulin.

h. Virus dan Bakteri

Virus menyebabkan diabetes antara lain rubela, mumps dan human coxackievirus BA. Virus ini dapat menyerang melalui reaksi autoimunitas yang menghilangkan auto imun dalam sel beta. Bisa juga melalui infeksi sitolitik dalam sel beta, yang mengakibatkan destruksi atau perusakan sel.

i. Bahan Toksik (beracun)

Bahan beracun yang dapat merusak sel beta antara lain alloxan, rodentisida dan streptozotcin (produk dari sejenis jamur). Selain itu, slanida yang berasal dari singkong.

3. Patofisiologi

Menurut Smeltzer (2001) patofisiologi atau perjalanan penyakit diabetes melitus pada tipe I dan tipe II berbeda dimana pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan tubuh untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun.

Hiperglikemia-puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar; akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan.

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan

penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk tidak menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang didisksresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Mirza (2009) tanda dan gejala diabetes mellitus adalah

- a. Poliuri (sering kencing).
- b. Polidipsi (banyak minum).
- c. Polifagi (makan terus menerus).
- d. Berat badan menurun.
- e. Kelelahan.
- f. Penglihatan kabur.
- g. Infeksi pada kulit yang berulang.
- h. Meningkatkan kadar gula dalam darah dan air seni.
- i. Cepat lelah, kehilangan tenaga dan merasa tidak fit.
- j. Mudah sakit yang berkepanjangan.
- k. Luka yang lama sembuh.

- l. Kaki terasa kebas, geli atau merasa terbakar.
 - m. Infeksi jamur pada saluran reproduksi wanita.
 - n. Impotensi pada pria.
5. Pemeriksaan diagnostic

Menurut Doengoes (2000) pemeriksaan diagnostic diabetes mellitus adalah sebagai berikut :

- a. Glukosa darah : meningkat 200-100 mg/dl atau lebih
- b. Aseton, plasma (keton) : positif
- c. Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat
- d. Osmolalitas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 mOsm/l
- e. Elektrolit
 - 1) Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun,
 - 2) Kalium : normal atau peningkatan semu (perpindahan sekuler), selanjutnya akan menurun
 - 3) Fosfor : lebih sering menurun
- f. Hemoglobin, glikosilat, kadarnya meningkat 2-4 kali lipat dari normal yang mencerminkan kontrol DM yang kurang selama 4 bulan terakhir (lama hidup SDM) dan karenanya sangat bermanfaat dalam membedakan DKA dengan kontrol tidak adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden (misal : isk baru).

- g. Gas darah arteri : biasanya menunjukkan ph rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik
- h. Trombosit darah : Ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis, hemo konsentrasi, merupakan respons terhadap stres atau infeksi
- i. Ureum / kreatinin : mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/penurunan fungsi ginjal)
- j. Amilase darah : mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA
- k. Insulin darah : mungkin menurun / bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (tipe 2) yang mengindikasikan insufisiensi insulin / gangguan dalam penggunaannya (endogen / eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibodi (autoantibodi)
- l. Pemeriksaan fungsi tiroid : peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin
- m. Urine : gula dan aseton, positif, berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat
- n. Kultur dan sensitivitas : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka

6. Komplikasi

Menurut Mirza (2009) diabetes melitus dapat mengakibatkan komplikasi sebagai berikut :

a. Komplikasi akut

- 1) Hipoglikemia yaitu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah di bawah nilai normal. Gejala hipoglikemia ditandai dengan munculnya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, berdebar-debar, pusing, gelisah dan penderita bisa menjadi koma.
- 2) Ketoasidosis diabetik-koma diabetik yang diartikan sebagai keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan bersifat mendadak akibat infeksi, lupa suntik insulin, pola makan yang terlalu bebas, atau stres.
- 3) Koma hiperosmoler non ketotik yang diakibatkan adanya dehidrasi berat, hipotensi dan shock. Karena itu, koma hiperosmoler non ketotik diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak yang menyebabkan penderita menunjukkan pernafasan yang cepat dan dalam (kasmaul).
- 4) Koma lakto asidosis yang diartikan sebagai keadaan tubuh dengan asam laktat yang tidak dapat diubah menjadi bikarbonat. Akibatnya, kadar asam laktat dalam darah meningkat dan seseorang bisa mengalami koma.

b. Komplikasi kronis

Komplikasi kronis diartikan sebagai kelainan pembuluh darah yang akhirnya bisa menyebabkan serangan jantung, gangguan fungsi ginjal dan gangguan saraf, komplikasi kronis sering dibedakan

berdasarkan bagian tubuh yang mengalami kelainan, seperti kelainan di bagian mata, kulit, jantung, urogenital, saraf dan kulit.

7. Diit untuk penderita DM

a. Kebutuhan zat gizi dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Protein

Hanya sedikit data ilmiah untuk membuat rekomendasi yang kuat tentang asupan protein orang dengan diabetes. ADA pada saat ini menganjurkan mengkonsumsi 10% sampai 20% energi dari protein total. Menurut konsensus pengelolaan diabetes di Indonesia kebutuhan protein untuk orang dengan diabetes adalah 10 – 15% energi.

Perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg perhari atau 10% dari kebutuhan energi dengan timbulnya nefropati pada orang dewasa dan 65% hendaknya bernilai biologi tinggi.

2) Total Lemak

Asupan lemak dianjurkan < 10% energi dari lemak jenuh dan tidak lebih 10% energi dari lemak tidak jenuh ganda, sedangkan selebihnya yaitu 60- 70% total energi dari lemak tidak jenuh tunggal dan karbohidrat. Distribusi energi dari lemak dan karbohidrat dapat berbeda-beda setiap individu berdasarkan pengkajia gizi dan tujuan pengobatan. Anjuran persentase energi dari lemak tergantung dari hasil pemeriksaan glukosa, lipid, dan berat badan yang diinginkan.

Untuk individu yang mempunyai kadar lipid normal dan dapat mempertahankan berat badan yang memadai (dan untuk pertumbuhan dan perkembangan normal pada anak dan remaja) dapat dianjurkan tidak lebih dari 30% asupan energi dari lemak total dan < 10% energi dari lemak jenuh. Dalam hal ini anjuran asupan lemak di Indonesia adalah 20 – 25% energi.

Apabila peningkatan LDL merupakan masalah utama, dapat diikuti anjuran diet dislipidemia tahap II yaitu < 7% energi total dari lemak jenuh, tidak lebih dari 30% energi dari lemak total dan kandungan kolesterol 200 mg/hari.

Apabila peningkatan trigliserida dan VLDL merupakan masalah utama, pendekatan yang mungkin menguntungkan selain menurunkan berat badan dan peningkatan aktivitas adalah peningkatan sedang asupan lemak tidak jenuh tunggal 20% energi dengan < 10% masing energi masing-masing dari lemak jenuh dan tidak jenuh ganda sedangkan asupan karbohidrat lebih rendah. Perencanaan makan tinggi lemak tidak jenuh tunggal dapat dilakukan antara lain dengan penggunaan nuts, alpukat dan minyak zaitun. Namun demikian pada individu yang kegemukan peningkatan asupan lemak dapat memperburuk kegemukannya. Pasien dengan kadar trigliserida > 1000 mg/dl mungkin perlu penurunan semua tipe lemak makanan untuk menurunkan kadar lemak plasma dalam bentuk kilomikron.

3) Lemak Jenuh dan Kolesterol

Tujuan utama pengurangan konsumsi lemak jenuh dan kolestrol adalah untuk menurunkan resiko penyakit kardiovaskuler. Oleh karena itu < 10% asupan energi sehari seharusnya dari lemak jenuh dan asupan makanan kolesterol makanan hendaknya dibatasi tidak lebih dari 300 mg perhari. Namun demikian rekomendasi ini harus disesuaikan dengan latar belakang budaya dan etnik.

4) Karbohidrat dan Pemanis

Rekomendasi tahun 1994 lebih menfokuskan pada jumlah total karbohidrat dari pada jenisnya. Rekomendasi untuk sukrosa lebih liberal, menilai kembali fruktosa dan lebih konservatif untuk serat. Buah dan susu sudah terbukti mempunyai respon glikemik menyerupai roti, nasi dan kentang. Walaupun berbagai tepung-tepungan mempunyai respon glikemik yang berbeda, prioritas hendaknya lebih pada jumlah total karbohidrat yang dikonsumsi dari pada sumber karbohidrat. Anjuran konsumsi karbohidrat untuk orang dengan diabetes di Indonesia adalah 60 – 70% energi.

5) Sukrosa

Bukti ilmiah menunjukkan bahwa penggunaan sukrosa sebagai bagian dari perencanaan makan tidak memperburuk kontrol glukosa darah pada individu dengan diabetes tipe 1 dan 2.

Sukrosa dan makanan yang mengandung sukrosa harus diperhitungkan sebagai pengganti karbohidrat makanan lain dan tidak hanya dengan menambahkannya pada perencanaan makan. Dalam melakukan substitusi ini kandungan zat gizi dari makanan-makanan manis yang pekat dan kandungan zat gizi makanan yang mengandung sukrosa harus dipertimbangkan, demikian juga adanya zat gizi-zat gizi lain pada makanan tersebut seperti lemak yang sering dimakan bersama sukrosa. Mengonsumsi makanan yang bervariasi memberikan lebih banyak zat gizi dari pada makanan dengan sukrosa sebagai satu-satunya zat gizi.

6) Pemanis

- a) Fruktosa menaikkan glukosa plasma lebih kecil dari pada sukrosa dan kebanyakannya karbohidrat jenis tepung-tepungan. Dalam hal ini fruktosa dapat memberikan keuntungan sebagai bahan pemanis pada diet diabetes. Namun demikian, karena pengaruh penggunaan dalam jumlah besar (20% energi) yang potensial merugikan pada kolesterol dan LDL, fruktosa tidak seluruhnya menguntungkan sebagai bahan pemanis untuk orang dengan diabetes. Penderita dislipidemia hendaknya menghindari mengonsumsi fruktosa dalam jumlah besar, namun tidak ada alasan untuk menghindari makanan seperti buah dan

sayuran yang mengandung fruktosa alami ataupun konsumsi sejumlah sedang makanan yang mengandung pemanis fruktosa.

- b) Sorbitol, mannitol dan xylitol adalah gula alkohol biasa (polyols) yang menghasilkan respon glikemik lebih rendah dari pada sukrosa dan karbohidrat lain. Penggunaan pemanis tersebut secara berlebihan dapat mempunyai pengaruh laxatif.
- c) Sakarin, aspartam, acesulfame adalah pemanis tak bergizi yang dapat diterima sebagai pemanis pada semua penderita DM.

7) Serat

Rekomendasi asupan serat untuk orang dengan diabetes sama dengan untuk orang yang tidak diabetes. Dianjurkan mengkonsumsi 20 – 35 g serat makanan dari berbagai sumber bahan makanan. Di Indonesia anjurannya adalah kira-kira 25 g/hari dengan mengutamakan serat larut.

8) Natrium

Anjuran asupan untuk orang dengan diabetes sama dengan penduduk biasa yaitu tidak lebih dari 3000 mg, sedangkan bagi yang menderita hipertensi ringan sampai sedang, dianjurkan 2400 mg natrium perhari.

b. Daftar Makanan Penukar

Daftar bahan makanan penukar adalah suatu daftar nama bahan makanan dengan ukuran tertentu dan dikelompokkan berdasarkan kandungan kalori, protein, lemak dan hidrat arang. Setiap kelompok bahan makanan dianggap mempunyai nilai gizi yang kurang lebih sama .

Dikelompokkan menjadi 8 kelompok bahan makanan yaitu :

- 1) Golongan 1 : bahan makanan sumber karbohidrat.
- 2) Golongan 2 : bahan makanan sumber protein hewani.
- 3) Golongan 3 : bahan makanan sumber protein nabati.
- 4) Golongan 4 : sayuran.
- 5) Golongan 5 : buah-buahan.
- 6) Golongan 6 : Susu.
- 7) Golongan 7 : Minyak
- 8) Golongan 8 : makanan tanpa kalori.

c. Pengaturan Makanan untuk penderita Diabetes Mellitus

Menurut (Budiyanto, 2001) pengobatan penyakit untuk penyakit ini selalu berupa obat atau suntikan. Diabetes mellitus juga dilakukan melalui makanan . bila pada pemberian makanan juga disertai pemberian obat atau suntikan diabetes, maka pengaturan makanan harus disesuaikan dengan pemberian obat.

- 1) Pemberian makanan pada pasien diabetes mellitus pada umumnya adalah sebagai berikut :

- a) Makanan dan olah raga (dianjurkan pada pasien yang gemuk)
 - b) Makanan dan pemberian tablet diabetes mellitus (dianjurkan pada pasien dengan berat badan sedang)
 - c) Makanan dan suntikan insulin (Dianjurkan pada pasien remaja)
- 2) Tujuan diet pada penyakit Diabetes Mellitus
- a) Menyesuaikan kemampuan tubuh untuk mengelola makanan
 - b) Menurunkan kadar gula darah agar mencapai standart yang normal
 - c) Mempertahankan tubuh supaya dapat melakukan pekerjaan sehari-hari
- 3) Syarat-syarat Diet untuk pasien Diabetes Mellitus
- a. Kalori rata-rata 30-35 kalori per kg berat badan
 - b. Jumlah kalori yang diberikan sedikit dibawah normal dan sedapat mungkin diusahakan dan dipertahankan berat badab normal
 - b. Protein cukup 1 gram per kg berat badan
 - c. Lemak antara 30-35% dari jumlah kalori sehari
 - d. Vitamin serta mineral yang cukup

Sementara itu Dr. David (Majalah Intisari 1/30/97) menganjurkan kepada penderita DM di Indonesia, gunakan komposisi 68% kalori

karbohidrat, 20% kalori lemak, dan 12% kalori protein. Pada dasarnya, diet diabetes terdiri terdiri atas 3 kali makan antara (*snack*) dengan jarak 3 jam . contohnya :

1. Pukul 06.30-makan pagi
2. Pukul 09.30-makanan kecil atau buah
3. Pukul 12.30-makan siang
4. Pukul 15.30-makanan kecil atau buah
5. Pukul 18.30-makan malam
6. Pukul 21.30-makanan kecil atau buah

Setiap kali makan dalam jumlah porsi kecil sampai sedang agar tidak membebani pancreas. Buah-buahan yang dianjurkan, papaya, kedondong, pisang, apel, tomat, semangka yang kurang manis. Yang dilarang, sawo, mangga, jeruk, rambutan, durian, anggur. Dalam melaksanakan diet diabetes sehari-hari hendaknya mematuhi pedoman diet 3J, yakni jumlah kalori, jadwal diet, dan jenis makanan yang boleh dan yang tidak (Budyanto, 2002).

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian terhadap keluarga Tn. Su dilakukan pada hari Kamis tanggal 13 Mei 2010 pukul 15.00 WIB di rumah Tn. Su melalui wawancara dan observasi. Identitas keluarga secara umum yaitu Tn. Su sebagai kepala keluarga, umur 52 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai pengurus panti asuhan Al-Nur Hidayah RT. 06 di RW 23 Kelurahan Muktiharjo Kidul. Komposisi keluarga antara lain, Ny. S sebagai istri, umur 50 tahun, bekerja sebagai IRT, pendidikan terakhir SD. Tn. Su mempunyai 3 orang yang sudah menikah semua yaitu An. A, umur 31 tahun, dan An. S umur 29 tahun.

Tn. Su termasuk tipe keluarga Extended family yang terdiri dari suami, istri dan 3 orang anak kandung. Tidak ada masalah dengan tipe keluarga Tn. Su, keadaan keluarga Tn. Su sangat harmonis. Dalam keluarga Tn. Su terdapat ada budaya dan kepercayaan yang bertentangan dengan masalah kesehatan yaitu mempunyai pantangan makan yang manis-manis.

Status sosial ekonomi keluarga Tn. Su termasuk golongan ekonomi menengah. Di dalam keluarga yang bekerja sebagai pencari nafkah yaitu Tn. Su. Penghasilan Rp 1.500.000 per/bulan. Pengeluaran per hari keluarga digunakan untuk belanja misal sayuran, lauk sedangkan kebutuhan rekening listrik, air dan biaya SPP anak sekolah.

Saat ini Tn. Su berada dalam tahap perkembangan keluarga mulai melepas anak sebagai dewasa dimana anak tertua umur 31 tahun sudah menikah. Tahap perkembangan keluarga yang sudah terpenuhi yaitu setelah anak-anak mulai menginjak usia dewasa keluarga mulai merasa punya tanggung jawab moral untuk mendidik anak-anaknya menjadi orang tua yang bijaksana dan menuntun keluarga menjadi lebih baik.

Riwayat kesehatan keluarga saat ini, tidak ada penyakit yang berat kecuali Ny. S. saat ini mempunyai penyakit DM. Hal ini bisa dikaitkan dengan riwayat kesehatan dari keluarga Ny. S, dimana kakak kandung Ny. S juga menderita DM. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, anggota keluarga Tn. Su tidak pernah ada yang sakit parah sampai dirawat di RS, sakit yang biasa dialaminya pusing biasa.

Interaksi antar anggota keluarga dan masyarakat terjalin dengan baik. Keluarga selalu mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Dalam keluarga Tn. Su selalu menggunakan tipe komunikasi terbuka sehingga tiap anggota keluarga bebas mengungkapkan pendapatnya masing-masing. Hal ini penulis lihat sendiri pada waktu melakukan pengkajian.

Fungsi keluarga dalam kaitannya dengan fungsi perawatan kesehatan antara lain; (1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan; menurut penulis keluarga kurang mampu mengenal masalah kesehatan khususnya tentang penyakit DM. Hal ini dibuktikan Ny. S mengatakan tidak tahu tentang penyakit DM, tidak tahu pengertian, penyebabnya, tidak tahu tanda dan gejala serta komplikasi DM. (2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan, menurut penulis kemampuan keluarga mengambil keputusan dinilai kurang mampu. Hal ini di lihat dari riwayat ulkus diabetikum di jari kaki yang dulu

belum terlalu besar . Kemudian dianjurkan oleh dokter untuk mengamputasi jari kakinya tapi keluarga tidak mau maka dari itu ulkus diabetikum sampai lutut. (3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, penulis menilai keluarga kurang mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini berdasarkan apa yang disampaikan oleh keluarga, bahwa keluarga tidak tahu pola diet yang baik untuk penyakit DM. Perawatan sederhana yang biasa dilakukan oleh keluarga yaitu mengecek kadar gula darah secara rutin. (4) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat, menurut penulis keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif. Hal ini terlihat dari lingkungan rumah yang tertata dengan rapi dan bersih. (5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, penulis menilai keluarga mampu memanfaatkan. Hal ini dibuktikan keluarga mengetahui dengan jelas tempat-tempat pelayan kesehatan yang ada di sekitarnya, dan keluarga memanfaatkannya dengan baik itu sebelum Ny. S diamputasi kakinya setelah Ny. S melakukan amputasi, Ny. S dan keluarga jarang menggunakan fasilitas kesehatan.

Stressor jangka pendek yang dipikirkan keluarga saat ini yaitu, keluarga memikirkan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut pada Ny. S Strategi koping dalam keluarga Tn. Su apabila ada masalah baik dalam keluarga atau masyarakat selalu menyelesaikannya dengan musyawarah tetapi untuk permasalahan masing-masing anggota keluarga diselesaikan sendiri-sendiri selama bisa diatasi sedangkan strategi adaptasi disfungsi dalam keluarga Tn. Su, keluarga tidak pernah menggunakan kekerasan maupun perlakuan kejam terhadap anak.

Pemenuhan gizi dalam keluarga Tn. Su teratur dimana keluarga makan 3 x sehari, menu makanan nasi, sayuran seperti sop, lodeh, lauk pauk seperti tahu, tempe. Tetapi Ny. S juga senang makan buah mangga sehingga mengakibatkan kadar gula darah Ny. S tinggi. Sedangkan anak-anaknya menyesuaikan dengan Ny. S. Minuman yang di konsumsi seluruh anggota keluarga adalah air putih. Porsi makanan setiap anggota keluarga sudah memenuhi kebutuhan dan tercukupi.

Dari hasil pemeriksaan fisik (head to toe) yang dilakukan terhadap semua anggota keluarga, pada Tn. Su, An. A, An. S dan An. I tidak ditemukan masalah kesehatan kecuali Ny. S yang kaki kanan diamputasi. Namun pemeriksaan fisik (Head to toe) pada Tn. Su ditemukan beberapa keluhan, dimana Tn. Su sering merasakan pusing, Ny. S juga pusing, kaki gemetar kalau duduk terlalu lama, sering lapar dan haus.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan selama 5 hari pada tanggal 13-17 Mei 2010, maka hasil analisa data penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan keluarga sesuai dengan prioritas masalah.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah (DM).

Diagnosa di atas ditegakkan berdasarkan data yang penulis peroleh. Dimana data subjektif Ny. S mengatakan Ny. S tidak tahu tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala dan komplikasi DM. Ny. S juga berharap pada mahasiswa agar diberikan

informasi yang jelas tentang DM. Ny. S mengatakan selama ini selalu melakukan pemeriksaan kadar gula darah secara rutin, Harapan keluarga terhadap penyakit yang dialami Ny. S bisa sembuh.

Data objektif yang ditemukan sewaktu mahasiswa melakukan pengkajian didapatkan data objektif antara lain; Ny. S menunjukkan ekspresi wajah bingung tidak tahu tentang penyakit DM Hasil pemeriksaan kadar gula darah yaitu GDS 409 mg/dl, GDP 294 mg/dl, GDPP 382 mg/dl.

2. Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Diagnosa keperawatan keluarga yang ke dua, penulis tegakkan berdasarkan data yang didapat, dimana data subjektif; Ny. S mengatakan tidak tahu pola diet yang baik untuk penyakit DM, Ny. S mengatakan sulit dalam mengatur diet karena senang makan buah mangga. Ny. S tidak tahu jenis-jenis makanan yang harus dihindari dan jenis makanan yang bermanfaat untuk penderita DM.

Data objektif didapatkan Ny. S menunjukkan ekspresi wajah bingung tidak tahu dengan menu makanan yang harus dihindari, Ny. S sering makan manis dengan GDS 409 mg/dl.

C. Intervensi

Untuk menyusun Asuhan Keperawatan Keluarga dilakukan tahap awal dimana mahasiswa (penulis) bisa membina hubungan saling percaya dengan keluarga dan meminta ijin dengan keluarga agar bersedia untuk

jadikan keluarga binaan. Intervensi disusun berdasarkan kajian dan masalah keperawatan keluarga yang ditemukan.

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah hipertensi.

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 x 24 jam, diharapkan keluarga memahami tentang penyakit DM. Dengan kriteria hasil yaitu; Keluarga mampu mengenal masalah tentang DM, Keluarga mampu menyebutkan pengertian DM, Keluarga mampu menyebutkan penyebab DM, Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala DM serta keluarga mampu menyebutkan komplikasi DM.

Intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu tahap awal dikaji pengetahuan keluarga tentang penyakit DM, mulai dari pengertian DM, penyebab DM, tanda-tanda dan gejala DM serta komplikasi DM. Tingkatkan pemahaman keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit DM.

2. Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota yang sakit.

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang kedua yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 x 24 jam, diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarganya yang sakit. Dengan kriteria hasil; Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit DM. keluarga mampu menyebutkan diet yang cocok bagi

penderita DM dan keluarga mampu memeriksakan Ny. S ke pelayanan kesehatan.

Intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu tahap awal dikaji kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit DM. Kaji pengetahuan keluarga tentang diit dan makanan yang harus dihindari. Tingkatkan pemahaman klien dengan memberikan penyuluhan tentang diit makanan yang dianjurkan dan yang dihindari. Anjurkan keluarga untuk memilih diit yang sesuai. Demonstrasikan cara membuat obat tradisional, dan Motivasi keluarga untuk secara rutin kontrol kesehatan anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan (Puskesmas/Posyandu Lansia dan RS).

D. Implementasi

Implementasi yang sudah dilakukan pada tanggal 13-17 Mei 2010 yaitu tahap awal melakukan perkenalan dengan keluarga, dan menjelaskan maksud serta tujuan. Selanjutnya meminta izin kepada keluarga untuk bersedia dijadikan sebagai keluarga binaan. Implementasi selanjutnya dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan.

Implementasi untuk diagnosa pertama dilakukan pada tanggal 14 Mei 2010 antara lain; (1) Melakukan pengkajian lanjutan, dengan melakukan pemeriksaan GDS dan BB, dimana respon keluarga secara subjektif Ny. S mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan GDS, secara objektif hasil pemeriksaan GDS 409 mg/dl, dan BB 42 kg. (2) Mengkaji pemahaman keluarga tentang penyakit DM mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan

gejala serta komplikasi DM. Dimana respon klien secara subjektif Ny. S mengatakan bersedia dikaji. Data objektif Ny. S berbicara apa adanya. (3) Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya. Dimana respon klien ramah dan tersenyum.

Implementasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 15 Mei 2010 antara lain; (1) Mengingatkan kontrak; dimana respon klien mempersilahkan mahasiswa masuk (2) Memberikan penyuluhan kesehatan tentang DM kepada keluarga dimana respon subjektif klien sangat antusias dilihat dari klien sering bertanya sedangkan data objektif klien mendengarkan (3) Memberikan pujian atas kebenaran jawaban yang diungkapkan dimana respon klien tersenyum.

Implementasi untuk diagnosa kedua masih dilakukan pada tanggal 16 Mei 2010 antara lain; (1) Mengingatkan kontrak dimana respon subjektif klien mempersilahkan mahasiswa masuk sedangkan respon objektif klien berjabat tangan. (2) Memberikan penyuluhan keluarga cara merawat anggota yang sakit dimana respon subjektif klien sangat antusias mendengarkan penjelasan dari mahasiswa sedangkan respon objektif klien mengangguk angguk (3) Mengkaji nilai keadaan kadar gula darah puasa dan postprandial dimana respon subjektif klien bersedia sedangkan respon objektif klien GDP 294 mg/dl, GDPP 382 md/dl (4) Berpamitan dan membuat kontrak waktu dimana respon secara subjektif klien tersenyum sedangkan respon objektif klien berjabat tangan.

Implementasi telah dilakukan sesuai dengan masalah yang ditemukan, dan tanggal 17 Mei merupakan tahap terakhir, dimana penulis mengunjungi keluarga untuk mengadakan evaluasi dan membina penerimaan perpisahan dengan klien.

E. Evaluasi

Tahap awal implementasi (tanggal 13-15 Mei) penulis sudah melakukan tahap perkenalan dengan keluarga dan keluarga bersedia untuk menjadi keluarga binaan. Implementasi yang sudah dilakukan (13 Mei) untuk mengatasi diagnosa keperawatan keluarga yang pertama; Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM, hasil evaluasinya yaitu; secara subjektif keluarga mengatakan bersedia dibina, data objektif klien terbuka mahasiswa dipersilahkan masuk rumah. Analisa data diperoleh diagnosa keluarga belum ditemukan. Rencana tindak lanjutnya lakukan pengkajian lebih lanjut dan lakukan pemeriksaan fisik.

Tanggal 14 Mei 2010 data subjektifnya klien tidak tahu tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi DM. Sedangkan data objektifnya klien terlihat bingung. Analisa data ditemukan 2 diagnosa keperawatan keluarga. Rencana tindak lanjutnya adalah lanjutkan untuk mengatasi diagnosa I dan II (15 Mei 2010) Data subjektifnya klien tidak tahu tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi DM. Sedangkan data objektifnya klien sangat antusias dilihat dari klien sering bertanya. Analisa data disimpulkan diagnosa I teratasi ditandai

dengan keluarga menderita penyakit DM khususnya Ny. A. Rencana tindak lanjutnya adalah lanjutkan untuk mengatasi diagnosa II.

Implementasi yang sudah dilakukan (tanggal 16-17 Mei 2010) untuk mengatasi diagnosa keperawatan keluarga yang kedua; manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Hasil evaluasinya yaitu; secara subjektif keluarga bersedia menjaga diit khususnya, mengurangi makan manis. Data objektif keluarga antusias waktu diberikan penyuluhan kesehatan dan sering bertanya. Analisa data disimpulkan masalah teratasi, keluarga mau untuk secara rutin kontrol kesehatan ke puskesmas / posyandu lansia dan RS. Rencana tindak lanjutnya; Evaluasi kembali dengan keluarga dan bina penerimaan perpisahan dengan keluarga.

Tahap akhir pertemuan dengan keluarga (tanggal 17 Mei 2010) hasil evaluasinya yaitu; secara subjektif keluarga mengucapkan terima kasih kepada mahasiswa atas informasi yang telah diberikan. Secara objektif; keluarga tersenyum dan berjabat tangan dengan mahasiswa. Hasil analisa dapat disimpulkan keluarga menerima perpisahan dengan mahasiswa.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. Su dengan masalah utama DM pada Ny. S yang dilakukan selama 5 hari, sejak tanggal 13 Mei 2010 sampai 17 Mei 2010. Tahapan proses keperawatan keluarga yang dilakukan mulai dari pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan keluarga, menyusun intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi.

Pengkajian data dimulai dari proses pengumpulan data secara terus menerus yang merupakan syarat utama untuk identitas masalah. Data yang diperoleh pada Ny. S adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga. Sedangkan observasi dilakukan untuk mendapatkan temuan-temuan yang objektif (Friedman, 1998). Wawancara dan observasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang baik pada keluarga dan menjalin hubungan saling percaya sehingga didapatkan data yang nyata.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 13-17 Mei 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh keluarga Ny. S dan menetapkan 2 diagnosa keperawatan keluarga.

1. **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM.**

Diagnosa keperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Hasil skoring menurut Bailon dan Maglaya (1978) dari diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu : Diihat dari sifat masalah yaitu aktual dengan skor 3, yang perlu segera ditangani dengan adanya penyuluhan kesehatan, untuk kemungkinan masalah dapat diubah mudah dengan skor 2 , potensial masalah untuk dicegah tinggi dengan skor 3, karena keluarga bersedia diajak kerjasama.

Menurut Nanda (2006) pemeliharaan tidak efektif diartikan sebagai ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur dan atau mencari pertolongan untuk pemeliharaan kesehatan. Batasan karakteristiknya antara lain; (1) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar, menunjukkan keterbatasan perilaku adaptif untuk mengubah lingkungan interna/eksterna (2) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar. (3) Melaporkan atau menunjukkan ketidakmampuan dalam bertanggung jawab untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar dalam beberapa atau semua area fungsi. (4) Riwayat keterbatasan perilaku mencari kesehatan. (5) Mengekspresikan ketertarikan dalam memperbaiki perilaku kesehatan. (6) Melaporkan atau menunjukkan keterbatasan peralatan, finansial, ataupun sumber lain. (7) Melaporkan atau menunjukkan kerusakan support system personal.

Data yang penulis dapatkan untuk menegakkan diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif antara lain; Dimana data subjektif Ny. S mengatakan saat ini Ny. S memiliki penyakit DM dan keluarga tidak tahu tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi DM Ny. S mengatakan kepalanya sering terasa pusing, kaki gemetar kalau duduk terlalu lama, sering lapar dan haus. Hasil pemeriksaan kadar gula darah 409 mg/dl.

Faktor yang bisa dihubungkan dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif, menurut Nanda (2006) antara lain; (1) Pemilihan aktivitas untuk memenuhi tujuan dari program terapi dan pencegahan tidak efektif. (2) Mengungkapkan tidak melakukan apapun untuk menurunkan faktor resiko untuk kesembuhan dan menghilangkan gejala sisa. (3) Mengungkapkan keinginan untuk mengatur terapi dan pencegahan penyakit. (4) Mengungkapkan kesulitan dalam mengatur/mengintegrasikan satu atau lebih terapi yang diresepkan untuk pencegahan komplikasi dan terapi penyakit dan efeknya. (5) Mengungkapkan tidak melakukan aktivitas terapi dalam kehidupan sehari-hari.

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan menurut Friedman (1998), diartikan sebagai kurangnya informasi yang diketahui oleh keluarga berkaitan dengan masalah penyakitnya. Menurut Friedman (1998) kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

Penulis menegakkan etiologi menurut Smeltzer (2002) yaitu ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM berdasarkan data yang didapat antar lain :Ny. S mengatakan tidak tahu tentang penyakit DM, tidak tahu pengertian DM, penyebab DM, tanda dan gejala DM serta komplikasi DM. Harapan keluarga terhadap penyakit yang dialami Ny. S bisa sembuh. Keluarga berharap agar mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Unissula bisa memberikan informasi yang jelas tentang DM. Data objektif yang ditemukan sewaktu penulis melakukan pengkajian antara lain : Ny. S menunjukkan ekspresi wajah ketidaktahuan terhadap penyakit DM.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi keperawatan keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan, namun sebelum melakukan intervensi, penulis terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan.

Penyuluhan kesehatan ini akan sangat bermanfaat sekali bagi keluarga Ny. S yang tingkat pendidikannya SD, dan tidak pernah mendapat informasi tentang penyakit DM. Diabetes melitus dapat dicegah dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit DM. Dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit...DM diharapkan keluarga mampu melaksanakan tindakan-tindakan yang tepat dalam mengobati dan mencegah terjadinya penyakit DM pada keluarga.

Penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Ny. S adalah tentang penyakit DM. Menurut Smeltzer (2002) dalam menyusun

intervensi ditetapkan berdasarkan kriteria SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional, dan time)

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 X 24 jam, diharapkan keluarga memahami tentang konsep penyakit DM.

Kriteria hasilnya yaitu; Keluarga mampu mengenal masalah tentang DM, Keluarga mampu menyebutkan pengertian DM, Keluarga mampu menyebutkan penyebab DM, Keluarga mampu menyebutkan tanda gejala DM, serta keluarga mampu menyebutkan tentang komplikasi DM.

- a. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit DM. Kaji pengertian tentang pengertian DM, penyebab DM, tanda dan gejala DM serta komplikasi yang bisa muncul dari penyakit diabetes melitus.

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal masalah DM

- b. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar yang diberikan keluarga

Rasional : Memberikan dukungan pada keluarga agar keluarga bersemangat

- c. Beri penyuluhan tentang penyakit DM, mulai dari pengertian DM, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasinya.

Rasional : Untuk mengenalkan tentang penyakit DM, cara perawatan anggota keluarga yang sakit dengan benar

d. Evaluasi kembali pemahaman keluarga tentang materi yang telah disampaikan

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana respon keluarga terhadap penyuluhan yang kita berikan

Intervensi yang telah disusun diatas semuanya sudah penulis implementasikan mulai dari pengkajian pengetahuan keluarga tentang penyakit DM sampai memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit DM, mulai dari pengertian, tanda dan gejala, penyebab, komplikasi DM.

Penulis dalam melakukan implementasi tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti penyuluhan. Disamping itu penulis menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, untuk mempermudah penyuluhan kesehatan penulis menggunakan alat bantu leaflet.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan kesehatan maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif; keluarga mampu menyebutkan pengertian DM, tanda dan gejala, penyebab serta komplikasi diabetes melitus. Hasil analisa data penulis menyimpulkan masalah teratasi. Rencana tindak lanjutnya yaitu lanjutkan intervensi untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan yang kedua.

2. Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Hasil skoring menurut Bailon dan Maglaya (1978) dari diagnosa keperawatan keluarga yang kedua yaitu : sifat masalah aktual dengan skor 2, yaitu tentang penjelasan perawatan penyakit DM. Kemungkinan masalah

dapat dicegah cukup dengan skor 1 karena keluarga memodifikasi menu untuk penyakit DM. Potensial masalah dapat dirubah sebagian dengan skor 2, karena ada kemauan keluarga untuk menerapkan diit mengurangi makan manis. Menonjolnya masalah yaitu masalah berat harus segera ditangani dengan skor 2 karena anggapan keluarga mengenai sakitnya Ny. S adalah berat.

Diagnosa keperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Dilihat dari sifat masalah pada Ny. S adalah belum terjadi dan bersifat ancaman kesehatan dengan data subjektif; Ny. S mengatakan tidak mengetahui tentang cara pengobatan penyakit DM, tidak tahu diit makanan yang dihindari, Tidak tahu tingkat keparahan penyakitnya, dilihat dari sifat masalah yaitu resiko atau kurang sehat, kemungkinan masalah dapat diubah mudah, potensial masalah untuk dicegah rendah, menonjolnya masalah ada masalah tapi tidak perlu segera ditangani

Menurut Nanda (2006) manajemen regimen terapeutik tidak efektif diartikan sebagai pola dalam mengatur dan mengintegrasikan program terapi penyembuhan ke dalam kehidupan yang tidak memuaskan dan tidak mencukupi sesuai dengan tujuan pemulihan kesehatan yang ingin dicapai. Batasan karakteristiknya antara lain; (1) Koping keluarga tidak efektif. (2) kerusakan persepsi/kognitif (kompli/parsial keterbatasan ketrampilan motorik halus/kasar). (3) keterbatasan terhadap perubahan yang berarti,

ketrampilan komunikasi (menulis, verbal dan atau gestur). (4) tidak terpenuhinya tugas perkembangan. (5) keterbatasan sumber materi. (6) berduka yang terganggu. (7) distress spiritual. (8) keterbatasan kemampuan untuk membuat ketenangan melalui keputusan. (9) koping individu tidak efektif. (1) Pemilihan aktivitas untuk memenuhi tujuan dari program terapi dan pencegahan tidak efektif. (2) Mengungkapkan tidak melakukan apapun untuk menurunkan faktor resiko untuk kesembuhan dan menghilangkan gejala sisa. (3) Mengungkapkan keinginan untuk mengatur terapi dan pencegahan penyakit. (4) Mengungkapkan kesulitan dalam mengatur/mengintegrasikan satu atau lebih terapi yang diresepkan untuk pencegahan komplikasi dan terapi penyakit dan efeknya. (5) Mengungkapkan tidak melakukan aktivitas terapi dalam kehidupan sehari-hari.

Data yang penulis dapatkan untuk menegakkan diagnosa manajemen regimen terapeutik tidak efektif antara lain; Dimana data subjektif Ny. S mengatakan tidak tahu bagaimana terapi/diit yang cocok untuk penderita diabetes melitus. Ny. S mengatakan sulit dalam mengatur therapy diit dan pencegahan karena Ny. S senang makan mangga. Ny. S mengatakan tidak tahu jenis-jenis makanan yang harus dihindari dan jenis makanan yang bermanfaat untuk penderita DM. Ny. S menunjukkan ekspresi tidak tahu dengan menu makanan yang harus dihindari. Ny. S sering makan yang manis pemeriksaan kadar gula darah menunjukkan 409 mg/dl.

Faktor yang bisa dihubungkan dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif, menurut Nanda (2006) antara lain; (1) Hambatan yang dirasakan. (2)

Kurang dukungan sosial. (3) Kelemahan dan tak berdaya. (4) Penerimaan dirasakan. (5) Keuntungan dirasakan. (6) Kehilangan kepercayaan terhadap regimen atau personel kesehatan. (7) Pola perawatan keluarga. (8) Konflik keluarga. (9) Permintaan berlebih dari individu atau keluarga. (9) Kesulitan ekonomi. (10) Konflik dalam memutuskan. (11) Kompleksitas regimen terapeutik. (12) Kompleksitas sistem pelayanan. (13) Ketegangan yang dirasakan. (14) Petunjuk dalam melakukan aktivitas tidak adekuat.

Penulis menegakkan etiologi menurut Smetzer (2002) yaitu ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit berdasarkan data yang didapat antar lain; Ny. S dan keluarga mengatakan bahwa tidak tahu bagaimana cara perawatan dan pengobatan penyakit DM, apabila sakit kadang keluarga akan merawat anggota yang sakit sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya yaitu membeli obat di apotik, Ny. S dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang diit DM, keluarga mengatakan tidak tahu memilih diit DM dengan tepat yaitu makan sedikit nasi, banyak sayur serta minum air tawar. Harapan keluarga terhadap penyakit yang dialami Ny. S bisa sembuh. Keluarga berharap agar mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Unissula bisa memberikan informasi yang jelas tentang terapi diit DM. Data objektif yang ditemukan sewaktu penulis melakukan pengkajian antara lain; Ny. S menunjukkan ekspresi wajah bersemangat dengan diit yang dipilih.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi menurut Smeltzer (2002) yaitu keperawatan keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan, namun sebelum melakukan

intervensi, penulis terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan. Penyuluhan kesehatan ini akan sangat bermanfaat sekali bagi keluarga Ny. S yang tingkat pendidikannya SD, dan tidak pernah mendapat informasi tentang diit terapi penyakit DM. Diit DM dapat dilakukan dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang tentang diit dan makanan yang harus dihindari serta jelaskan tentang diit makanan yang dianjurkan yang dihindari bagi anggota keluarga yang mengalami penyakit DM. Dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang terapi diit DM diharapkan keluarga mampu melaksanakan tindakan-tindakan yang tepat dalam membuat terapi diit dan mencegah terjadinya penyakit DM pada keluarga.

Penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Ny. S adalah tentang penyakit DM. Adapun intervensi menurut Smeltzer (2002) yang ditetapkan berdasarkan kriteria SMART (spesifik, *measurable*, *achievable*, rasional, dan time).

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 x 24 jam, diharapkan keluarga memahami tentang terapi diit DM.

Kriteria hasilnya yaitu; Keluarga mampu cara merawat anggota keluarga yang sakit dengan membuat terapi diit DM, Keluarga mampu menyebutkan diit bagi anggota keluarga yang sakit dalam hal ini DM serta Keluarga mampu memilih diit DM yang tepat sesuai kemampuan.

- a. Kaji pengetahuan keluarga tentang pemahamannya terhadap terapi diit tentang pencegahan penyakit DM

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal terapi diit dan pencegahan penyakit DM

- b. Kaji pengetahuan keluarga tentang diit dan makanan yang harus dihindari.

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal diit dan makanan yang harus dihindari

- c. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar yang diberikan keluarga

Rasional : Memberikan pujian pada keluarga agar keluarga bersemangat

- d. Anjurkan keluarga untuk memilih salah satu diit yang dianjurkan sesuai dengan kemampuan keluarga.

Rasional : Agar anggota keluarga bisa memilih terapi diit yang tepat

- e. Evaluasi kembali pemahaman keluarga tentang materi diit yang telah disampaikan yaitu tidak makan manis

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana respon keluarga terhadap penyuluhan kesehatan tentang diit bagi penderita DM yang kita berikan.

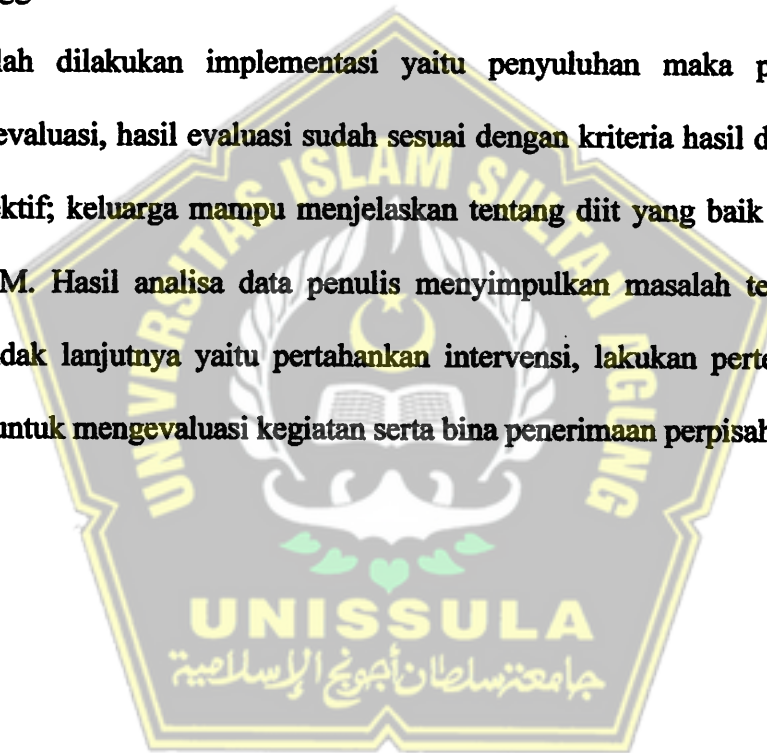
Dari 2 diagnosa sebenarnya bisa dibuat menjadi 1 diagnosa dengan intervensi yang sama.

Intervensi yang telah disusun diatas semuanya sudah penulis implementasikan mulai dari pengkajian pengetahuan keluarga tentang terapi diit DM sampai memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang terapi diit

DM, mulai dari makanan yang di anjurkan, makanan yang harus dihindari dan makanan yang boleh dimakan tetapi dibatasi.

Penulis dalam melakukan implementasi tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti penyuluhan. Disamping itu penulis menggunakan metode ceramah dan tanya jawab, untuk mempermudah penyuluhan kesehatan penulis menggunakan leaflet.

Setelah dilakukan implementasi yaitu penyuluhan maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara subjektif; keluarga mampu menjelaskan tentang diit yang baik untuk penderita DM. Hasil analisa data penulis menyimpulkan masalah teratasi. Rencana tindak lanjutnya yaitu pertahankan intervensi, lakukan pertemuan tahap akhir untuk mengevaluasi kegiatan serta bina penerimaan perpisahan.



BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn. Su khususnya pada Ny. S yang menderita penyakit Diabetes Mellitus. Kesimpulan ini diambil berdasarkan pembahasan yang telah dibuat. Sesuai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat di ambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat diambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien, khususnya keperawatan keluarga dengan anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan dapat disimpulkan bahwa :

1. Ditemukan dua masalah keperawatan yang diangkat dengan didukung oleh data yaitu : (1) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan (DM), (2) Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
2. Pada diagnosa pertama penulis melakukan intervensi yaitu memberikan penyuluhan kesehatan kepada keluarga tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi DM. Pada diagnosa kedua intervensi yang dilakukan yaitu memberikan penyuluhan kesehatan tentang cara merawat anggota yang sakit.

3. Dalam pemberian asuhan keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan dikarenakan keluarga kooperatif dan antusias saat penulis memberikan asuhan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi institusi

Diharapkan institusi dapat menilai sejauh mana mahasiswa menguasai materi asuhan keperawatan, meningkatkan keterampilan bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga

2. Bagi perawat

Pada saat melakukan pengkajian keluarga, hendaknya perawat melakukannya dengan tepat dan teliti agar data yang diperoleh bisa menyeluruh dan valid sesuai dengan tahap – tahap asuhan keperawatan yang ada.

3. Bagi keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang penyakit DM, pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi penyakit DM.

4. Bagi masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini pada pasien dengan DM, serta dapat melakukan upaya preventif untuk menghindari penyakit DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Agromedia, Redaksi, 2009. *Solusi Sehat Mengatasi Diabetes*. Jakarta ; Agromedia Pustaka
- Ayu, Komang, 2010. *Aplikasi praktis asuhan keperawatan keluarga*. Sagung Seto
- Brunner & Suddarth. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Vol. 3. Cetakan Pertama. Jakarta : EGC
- Doengoes, Marilyn E, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta EGC
- Ekasari, Dkk, 2007. *Panduan Pengalaman Belajar Lapangan*. Jakarta : EGC
- Friedman, Marilyn M, 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik Terjemahan*. Jakarta : EGC
- Hans, 2008. *Jumlah Penderita Diabetes Melitus di Indonesia Meningkat*. Http : //dokter-alwi. com/diabetes. Html. Diakses tanggal 10 Mei 2010
- Machfoedz, Ircham, 2003. *Kesehatan Keluarga Bagian Dari Kesehatan Masyarakat*. Cetakan ke-II. Yogyakarta : Fitramaya
- Maulana, Mirza, 2009. *Mengenal Diabetes Melitus*. Jogjakarta : Katahati
- Nanda, 2006. *Diagnosis Keperawatan Keluarga*. Terjemahan PSJK B'OL UGM. Jakarta : EGC
- Price, Sylvia A, 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanne C. Editor : Monica Ester, S.kp, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*
- Soegondo, Sidartawan, Dkk, 2007. *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Sudiharto. Editor Ns. Esty Wahyuningsih, S.Kep, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Cetakan Pertama. Jakarta : EGC
- Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC
- Wong, 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC