ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

DENGAN LANSIA RISIKO DIABETES MELLITUS

Penulis :

Adi Buyu Prakoso, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Ady Irawan .AM, S.Kep., M.M., M.Kep

Ns. Neneng Kurwiyah, S.Kep., MNS

Ns. Aisah Mamang, M.Kep

Ns. Musripah, M.Kep

Editor :

Ns. Uswatul Khasanah, M.Kep., Sp.Kom

Ns. Nurhayati, M.Kep., Sp.Kom

TATA MUTIARA HIDUP INDONESIA

Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Risiko Diabetes Mellitus

TATA MUTIARA HIDUP INDONESIA

Alamat Penerbit :

Dusun Sumurlo RT 17/ RW 06 Nomor 36, Desa Blendis Kecamatan Gondang Kabupaten Tulungagung, Jawa Timur, Indonesia, Kode Pos 66263

ISBN 978-623-88425-0-6 (PDF)

Asuhan Keperawatan Keluarga

dengan Lansia Risiko Diabetes Mellitus

Penulis:
Ns. Adi Buyu Prakoso, S.Kep., M.Kep
Ns. Ady Irawan .AM, S.Kep., M.M., M.Kep
Ns. Neneng Kurwiyah, S.Kep., MNS
Ns. Aisah Mamang, M.Kep
Ns. Musripah, M.Kep

Editor:
Ns. Uswatul Khasanah, M.Kep., Sp.Kom
Ns. Nurhayati, M.Kep., Sp.Kom

Penebit:
Tata Mutiara Hidup Indonesia

Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Risiko Diabetes Mellitus

Penulis:
Ns. Adi Buyu Prakoso, S.Kep., M.Kep
Ns. Ady Irawan .AM, S.Kep., M.M., M.Kep
Ns. Neneng Kurwiyah, S.Kep., MNS
Ns. Aisah Mamang, M.Kep
Ns. Musripah, M.Kep
Editor:
Ns. Uswatul Khasanah, M.Kep., Sp.Kom
Ns. Nurhayati, M.Kep., Sp.Kom

ISBN: 978-623-88425-0-6 (PDF)
Ukuran, 21 cm x 29 cm
1 Jil., 97 Halaman
Cetakan 1, Februari 2023

ISBN 978-623-88425-0-6 (PDF)
9 786238 842506

Redaksi:
Penerbit : Tata Mutiara Hidup Indonesia
Telp : 0877 0249 8138
Email : tatamutiarahidupindonesia@gmail.com

Sanksi Pelanggaran Pasal 72
Undang-undang Nomor 19 Tahun 2002
Tentang Hak Cipta:
1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak ciptaan pencipta atau memberi izin untuk itu, dapat dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait, dapat dipidana dengan penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan buku yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Risiko Diabetes Mellitus" tepat pada waktunya. Berawal dari ketertarikan ilmu teori keperawatan dalam hal penerapan teori keperawatan melalui asuhan keperawatan. Penulis berusaha menyusun buku ini sesuia dengan harapan atau kebutuhan di lapangan khususnya bagi tenaga keperawatan dalam hal praktik keperawatan keluarga dengan resiko penyakit diabetes mellitus. Adapun buku yang kami selesaikan ini membahas tentang asuhan keperawatan keluarga pada lansia dengan risiko *diabetes mellitus*, pada kesempatan ini kami mengucapkan kepada berbagai pihak yang telah membantu kami dalam menyelesaikan buku ini.

Kami sangat menyadari bahwa buku ini jauh dari kesempurnaan. Ibarat pepatah mengatakan "Tak ada gading yang tak retak" begitu pula dengan buku ini. Oleh karena itu, adanya kritikan dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat kami harapkan.

Magetan, Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

kata Pengantar iii
Daftar Isi iv
Bab 1 Pendahuluan 1
Bab 2 Konsep Lansia 6
Bab 3 Konsep Diabetes Mellitus 18
Bab 4 Konsep Keluarga 31
Bab 5 Asuhan Keperawatan 48
Bab 6 Kesimpulan 89
Daftar Pustaka 91
Biografi Penulis 94

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan kumpulan gejala tingginya kadar glukosa dalam darah (*Hiperglikemia*) karena hormon pengatur kadar gula darah (*Insulin*) kurang. Perubahan lansia (lanjut usia) yang alami secara fisiologis membuat rentan menderita suatu penyakit, dan DM adalah salah satu penyakit kronis yang dapat dialami lansia (Alviani, 2022). Lansia merupakan kelompok usia akhir yang memiliki berbagai perubahan baik secara fisik, mental, dan sosial akibat proses penuaan dan merupakan suatu proses alami yang dihadapi oleh seluruh manusia dan tidak dapat dihindarkan (Ratnawati et al., 2015). Berdasarkan laporan Puskesmas pada tahun 2020 kasus Diabetes Melitus sebanyak 15.653 kasus yang ditemukan di Puskesmas, terdiri dari 6.299 laki-laki dan 9.354 perempuan dengan kasus terbanyak di Puskesmas Baki 2.063 kasus (13.17%) dan paling sedikit di Puskesmas Nguter 377 kasus (2,041%), sedangkan di Puskesmas Gatak sebanyak 944 kasus. Jumlah kasus yang ditemukan di Puskesmas meliputi pasien yang berkunjung ke Puskesmas dan kunjungan ke Posbindu (Dinkes sukoharjo, 2021).

DM merupakan penyakit yang tidak menular tetapi penyakit kronis yang berupa kumpulan gejala akibat

meningkatnya jumlah kadar gula dalam darah (*Hiperglikemi*) yang disebabkan karena kelainan sekresi pada insulin kerja insulin bahkan keduanya. Penyakit DM sering terjadi pada lansia karna gaya hidup yang kurang baik dan pola makan yang tidak teratur pada lanjut usia dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan serta dikenal sebagai kencing manis. Kencing manis yaitu suatu kelainan pada seseorang yang ditandai dengan naiknya kadar glukosa dalam darah disebabkan karena kekurangan insulin dalam tubuh (WHO, 2012). DM pada lansia juga di sebabkan oleh faktor genetik, usia, obesitas dan aktifitas fisik kemudian dengan berjalannya usia yang semakin meningkatan secara bertahap di karenakan terjadi proses menua, faktor genetik , IMT serta aktivitas fisik yang kurang (Erniati, 2013).

Diabetes mellitus disebut juga sebagai *silent killer disease*, karena banyaknya penderita yang tidak menyadari sebelum terjadinya komplikasi (Richardo et al., 2014). Jumlah kasus DM pada lansia dari tahun 2013 hingga 2018 mengalami peningkatan yang cukup signifikan pada kelompok usia 55-64 tahun sebesar 2,5%, kelompok usia 65-74 tahun mengalami peningkatan 2,2% dan kelompok usia lebih dari 75 tahun mengalami peningkatan sebesar 0,5% (Kementerian Kesehatan RI., 2020). Kenaikan prevalensi *Diabetes Mellitus* di Indonesia

harus dapat dicegah. Langkah awal pencegahan *Diabetes Mellitus* adalah mendeteksi faktor - faktor risiko DM yang mungkin dapat terjadi pada lansia. Tindakan preventif pada lansia dengan *Diabetes Mellitus* sangat penting dilakukan untuk mengurangi beban yang dihadapi oleh lansia, keluarga, dan masyarakat (Ratnawati et al., 2018).

Perubahan yang dialami lansia secara alami tidak dapat dihindarkan. Gaya hidup dan pola makan yang kurang baik dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan pada lansia terutama masalah kesehatan *Diabetes Mellitus*. Upaya pelayanan kesehatan dapat diberikan perawat melalui pendekatan keluarga dengan asuhan keperawatan keluarga sehingga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan mereka untuk mengurangi risiko kejadian *diabetes mellitus* pada lansia.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

   Memberikan asuhan keperawatan keluarga pada agreggat lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus.*

2. Tujuan Khusus

   Untuk menjelaskan proses asuhan keperawatan keluarga yang dilaksanakan pada *agreggat* lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus* yang meliputi :

a. Menguraikan hasil pengkajian keluarga pada pada agregat lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus.*
b. Merumuskan masalah keperawatan keluarga pada pada agregat lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus.*
c. Mengidentifikasi rencana tindakan keperawatan keluarga pada pada agregat lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus.*
d. Menggambarkan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pada risiko *Diabetes Mellitus.*
e. Menggambarkan hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan keluarga pada pada agregat lansia dengan risiko *Diabetes Mellitus.*
f. Menyusun rencana tindak lanjut kegiatan dalam menangani masalah keluarga pada risiko *Diabetes Mellitus.*

C. **Manfaat**

1. Agregat lansia

Sebagai sarana dalam mencapai kesehatan yang optimal melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan dalam upaya pencegahan kejadian *Diabetes Mellitus* pada lansia.

2. Keluarga dengan tahap usia lanjut

Terjadinya kemandirian keluarga yang memiliki anggota keluarga lansia dalam memenuhi kebutuhan kesehatan

lansia dalam pencegahan terjadinya *Diabetes Mellitus* pada lansia.

3. Pelayanan keperawatan: puskesmas dan dinas kesehatan

Sebagai dasar dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan keluarga terutama dalam upaya promotif dan preventif *Diabetes Mellitus* pada lansia di wilayah kerja Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

4. Bagi kader kesehatan

Memberikan motivasi untuk meningkatkan pengetahuan dan partisipasi aktif kader kesehatan di wilayah untuk upaya pencegahan kejadian *Diabetes Mellitus* pada lansia.

BAB 2
KONSEP LANSIA

A. Definisi Lansia

Usia Lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Sya'diyah, 2018). Perubahan-perubahan dalam proses "*aging"* atau penuaan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk tetap menjalankan hidup dengan bahagia melalui berbagai perubahan hidup. Bukan berarti hal ini dikatakan sebagai sebuah "perubahan drastis" atau " kemunduran. Secara definisi, seorang individu yang telah melewati usia 45 tahun atau 60 tahun disebut lansia (Senja & Prasetya, 2019).

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya di mulai dari waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses ilmiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua (Utari & Ida, 2018). Biro pusat statisik menggunakan batasan lansia adalah seseorang mencapai usia 65 tahun (enam puluh lima tahun) keatas. Pengelompokkan tersebut meliputi: lansia awal (65-74 tahun), lansia pertengahan (75-84 tahun), dan lansia ak

hir (85-99 tahun). Berikut ini pendapat di bawah ini dikemukakan mengenai batasan umur lansia (Sya'diyah, 2018):

B. Klasifikasi Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Lanjut usia meliputi:

a. Usia pertengahan (*Middle Age)*, ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
b. Lanjut usia (*Elderly*, ialah kelompok usia antara 60 dan 74 tahun
c. Lanjut usia tua (*Old)*, ialah kelompok usia antara 74 dan 90 tahun
d. Usia sangat tua (*Very Old)*, ialah kelompok diatas usia 90 tahun.

Menurut Departemen Kesehatan RI mengklasifikasi lansia sebagai berikut:

a. Pralansia (prasenilis., Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
b. Lansia. Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
c. Lansia risiko tinggi. Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebi/seseoarng yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

d. Lansia potensial. Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
e. Lansia tidak potensial. Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

C. Teori Tentang Proses Menua

Proses penuaan dipandang sebagai sebuah proses total dan sudah mulai saat masa konsepsi. Meskipun penuaan adalah sebuah proses berkelanjutan, belum tentu seseorang meninggal hanya karena usia tua. Sebab individu memiliki perbedaan yang unik terhadap genetik, sosial, psokologik, dan faktor-faktor ekonomi yang saling terjalin dalam kehidupannya menyebabkan peristiwa menua berbeda pasa setiap orang. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengend, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitifitas emosional meningkat dan kurang gairah. Adapun klasifikasi teori menua antara lain (Sya'diyah, 2018):

1. Teori Biologik

a. Teori Genetik dan Mutasi

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka, akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian Haiflick, (1980) dikutip Darmojo dan Martono (1999) dari teori itu dinyatakan adanya hubungan antara membelah sel dalam kultur dengan umur spesies Mutasisomatik (teori *error catastrophe)* hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis faktor-faktor penyebab terjadiya proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatik. Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur. Menurut teori ini terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik, akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional tersebut.

b. Pemakaian dan Rusak

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah.

c. Autoimun

Pada proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Pada jarinan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan mati.

Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein pasca tranlasi yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*Self Recognition)*. Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada permukaan sel, maka hal ini akan mengakibatkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing dan menghancurannya (Sya'diyah, 2018). Dipihak lain sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses menua daya serangnya terhadap antigen menjadi menurun, sehingga sel-sel patologis meningkat sesuai dengan meningkatnya umur.

d. Teori Stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

e. Teori Radikal Bebas

Tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa: superoksida (O2), Radikal Hidroksil (OH) dan Peroksida Hidrogen (H2O2). Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dengan DNA, protein, dan asam lemas tak jenuh. Semakin tua umur maka semakin banyak terbentuk radikal bebas, sehingga proses pengrusakan terus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

2. Teori Sosial

a. Teori Aktifitas

Lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Teori Pembebasan

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas. Sehingga terjadi kehilangan ganda yakni:

1) Kehilangan peran
2) Hambatan kontrol sosial
3) Berkurang komitmen

c. Teori Kesinambungan

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Dengan demikian pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ini menjadi lansia.

Pokok-pokok dari teori berkesinambungan adalah:

1) Lansia tak disarankan untuk melepaskan peran atau harus aktif dalam proses penuaan, akan tetapi didasarkan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan.
2) Peran lansia yang hilang tak perlu diganti
3) Lansia dimungkinkan untuk memilih berbagai cara adaptasi.

3. Teori Psikologis

a. Teori Kebutuhan Manusia menurut Hirarki Maslow

Menurut teori ini, setiap individu memiliki hirarki dari dalam diri, kebutuhan yang memotivasi seluruh perilaku manusia (Sya'diyah, 2018). Kebutuhan ini memiliki urutan proritas yang berbeda. Ketika kebutuhan dasar manusia sudah terpenuhi, mereka berusaha menemukannya pada tingkat

selanjutnya sampai urutan yang paling tinggi dari kebutuhan tersebut tercapai.

b. Teori Individual Jung

Carl Jung (1960) menyusun sebuah teori perkembangan kepribadian dari seluruh fase kehidupan yaitu mulai dari masa kanak-kanak, masa muda dan masa dewasa muda, usia pertahan sampai lansia. Kepribadian individu terdiri dari Ego, ketidaksadaran seseorang dan ketidaksadaran bersama. Menurut teori ini kepribadian digambarkan terhadap dunia luar atau ke arah subjektif. Pengalaman-ppengalaan dari dalam diri (introvert). Keseimbangan antara kekuatan ini dapat dilihat pada setiap individu, dan merupakan hal yang paling penting bagi kesehatan mental.

D. Perubahan yang Terjadi pada Lansia

1. Perubahan Fisik

a. Sel : jumlahnya lebih sedikit tetapi ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra dan ekstra seluler.

b. Persarafan: cepatnya menurun hubungan persarapan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpalan serum karena meningkatnya keratin.

c. Sistem penglihatan: pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunya lapang pandang.
d. Sistem kardiovaskuler: katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
e. Sistem respirasi: otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat. Kedalaman pernafasan menurun.
f. Sistem gastrointestinal: kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensifitas saraf pengeap untuk rasa manis dan asin.
g. Sistem genitourinaria: ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi

melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc shingga vesika urinaria sulit diturunkan pada lansia pria yang berakibat retensi urine. Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.

h. Sistem endokrin: pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolisme rate (BMR). Produksi sel kelamin menuruns eperti : progesteron, estrogen dan tetosteron.
i. Sistem integumen: pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga dan hidung menebal. Kuku menjadi keras dan rapuh.
j. Sistem muskuloskeletal: tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut discusine vertebralis menipis. Tendon mengerut dan atropi serabut erabit otot, sehingga lansia enjadi lamban bergerak, otot kram, dan tremor.

2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah: pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa

a. Kesehatan umum
b. Tingkat pendidikan
c. Keturunan
d. Lingkungan

3. Kenangan (Memori) ada 2, yakni sebagai berikut:

a. Kenangan jangka panjang. Berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu.
b. Kenangan jangka pendek: 0-10 menit, kenangan buruk.

4. Intelegentia Question:

a. Tidak berubah dengan informasi matematik dan perkataan verbal
b. Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari faktor waktu
c. Perubahan-perubahan Psikososial.

1) Pensiun: nilai seorang diukur oleh produktifitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan
2) Merasakan sadar akan kematian
3) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.

E. Masalah Kesehatan Pada Lansia

Penampilan penyakit pada lanjut usia (lansia sering berbeda dengan dewasa muda, karena penyakit pada lansia merupakan gabungan dari kelainan-kelainan yang timbul akibat penyakit dan proses menua, yaitu menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Demikian juga masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia berbeda dengan orang dewasa yang menurut Kane dan Ouslander antara lain : *immobility* (kurang bergerak), *instability* (berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh), *incontinence* (beser buang air kecil dan atau buang air besar), *intellectual impairment* (gangguan intelektual/dementia), *infection* (infeksi), *impairment of vision and hearing, taste, smell, communication, convalescene, skin intergrity* (gangguan pancar indera, komunikasi, penyembuhan dan kulit), *impaction* (sulit buang air besar), *isolation* (depresi), *inanition* (kurang gizi), *impecunity* (tidak punya uang), *iatrogenesis* (menderita penyakit akibat obat-obat), *insomnia* (insomnia), *immune deficiency* (daya tahan tubuh yang menurun), *impotence* (impotensi) (Sya'diyah, 2018).

BAB 3
KONSEP DIABETES MELLITUS

A. Defisini

Menurut Kemenkes RI (2020), menjelaskan bahwa diabetes mellitus (DM) adalah penyakit kronis atau menahun berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah diatas normal. Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang kompleks yang membutuhkan perawatan medis berkelanjutan dengan strategi pengurangan risiko multifaktor di luar kendali glikemik (American Diabetes Ascociation, 2018).

Menurut P2PTM (Kementerian Kesehatan RI., 2020), diabetes mellitus merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal. Dimana nilai normal gula darah sewaktu (GDS) / tanpa puasa adalah < 200 mg/dl sedangkan gula darah puasa (GDP) < 126 mg/dl. Diabetes mellitus disebabkan oleh kekurangan hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas untuk menurunkan kadar gula darah.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus merupakan suatu penyakit menahun berupa gangguan metabolik akibat kekurangan hormon insulin yang

menyebabkan nilai glukosa darah meningkat diatas nilai normal.

B. Etiologi

Menurut American Diabetes Association (2022), diabetes mellitus terjadi karena organ pankreas tidak mampu memproduksi hormon insulin sesuai dengan kebutuhan tubuh. Di bawah ini beberapa etiologi/sebab sehingga organ pankreas 9 tidak mampu memproduksi insulin berdasarkan tipe/klasifikasi penyakit diabetes mellitus tersebut:

1. Diabetes mellitus tipe I Diabetes tipe 1 atau IDDM (*Insulin Dependent Diabetes Millitus*) sangat tergantung pada insulin. Disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas sehingga tubuh tidak dapat memproduksi insulin alami untuk mengontrol kadar glukosa darah. Faktor penyebabnya antara lain:

a. Faktor imunologi Adanya respons autoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Yaitu otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

b. Faktor lingkungan Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat

memicu dekstruksi sel beta. Sebagai contoh hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan dekstruksi (hilangnya) sel beta. Virus penyebab DM adalah *Rubela*, *Mumps*, dan *Human coxsackievirus* B4. Melalui mekanisme infeksi sitolitik dalam sel beta, virus ini mengakibatkan destruksi atau perusakan sel. Bisa juga, virus ini menyerang melalui reaksi autoimunitas yang menyebabkan hilangnya autoimun (aktivasi limfosit T reaktif terhadap antigen sel pulau kecil) dalam sel beta.

2. Diabetes mellitus tipe II Diabetes tipe 2 atau NIDDM (*Non-Insulin Dependent Diabetes Millitus*) tidak tergantung insulin. Disebabkan oleh gangguan metabolisme dan penurunan fungsi hormon insulin dalam mengontrol kadar glukosa darah dan hal ini bisa terjadi karena faktor genetik dan juga dipicu oleh pola hidup yang tidak sehat. Selain itu tedapat pula faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe 2. Faktor-faktor ini adalah :

a. Usia

Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun.

b. Obesitas

Orang yang mengalami obesitas, tubuhnya memiliki kadar lemak yang tinggi atau berlebihan sehingga jumlah cadangan energydalam tubuhnya banyak begitupun dengan yang tersimpan dalam hati dalam bentuk glikogen. Insulin merupakan hormon yang bertugas untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah mengalami penurunan fungsi akibat dari kerja kerasnya dalam melakukan tugas sebagai pendistribusian glukosa sekaligus pengkompensasi dari peningkatan glukosa darah, sehingga menyebabkan resistensi insulin dan berdampak terjadinya DM tipe 2.

c. Riwayat keluarga

3. Diabetes mellitus gestasional

Diabetes gestational terjadi karena kelainan yang dipicu oleh kehamilan, diperkirakan karena terjadinya perubahan pada metabolisme glukosa (hiperglikemia akibat sekresi hormone-hormon plasenta). Teori yang lain mengatakan bahwa diabetes tipe 2 ini disebut sebagai “unmasked” atau baru 11 ditemukan saat hamil dan patut dicurigai pada wanita yang memiliki ciri gemuk, riwayat keluarga diabetes, riwayat melahirkan bayi > 4 kg, riwayat bayi lahir mati, dan riwayat abortus berulang.

4. Diabetes tipe lain

Ada diabetes yang tidak termasuk kelompok diatas, yaitu diabetes yang terjadi sekunder atau akibat penyakit lain, yang mengganggu produksi insulin atau mempengaruhi kerja insulin, seperti radang pankreas (pankreatitis), gangguan kelenjar adrenal atau hipofisis, penggunaan hormon kortikosteroid, pemakaian beberapa obat antihipertensi atau antikolesterol, malnutrisi atau infeksi. Demikian juga pasien stroke, pasien infeksi berat, penderita yang dirawat dengan berbagai keadaan kritis, akhirnya memicu kenaikan gula darah dan menjadi penderita diabetes.

C. Tanda dan Gejala

Menurut Purwanto (2016), tanda gejala yang khas dialami oleh pasien DM disebut TRIAS DM yaitu poliuria (sering BAK), polidipsia (mudah haus) dan poliphagia (mudah lapar) serta beberapa tanda gejala lainnya yaitu:

a. Poliuria

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah keginjal meningkat sebagai akibat

dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotic (poliuria).

b. Polidipsia

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

c. Poliphagia

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

d. Penurunan berat badan Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.
e. Malaise atau kelemahan.
f. Kesemutan pada ekstremitas.
g. Ketoasidosis & penurunan kesadaran bila berat.

D. Pemeriksaan Penunjang

Untuk mengetahui apakah seseorang mengalami diabetes melitus, maka akan dilakukan beberapa pemeriksaan diagnostik yang meliputi (Purwanto & Siswantoro, 2016):

1. Gula darah meningkat Kriteria diagnostik menurut WHO untuk diabetes mellitus:

a. Glukosa plasma sewaktu/random : > 200 mg/dL (11,1 mmol/L).
b. Glukosa plasma puasa/nuchter : > 140 mg/dL (7,8 mmol/L).
c. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian setelah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial) : > 200 mg/dL.

2. Tes toleransi glukosa

Pada tes toleransi glukosa oral pasien mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat (150-300gr) selama 3 hari sebelum tes dilakukan, sesudah berpuasa pada malam hari keesokan harinya sampel darah diambil, kemudian karbohidrat sebanyak 75 gr diberikan pada pasien.

a. Aseton plasma (aseton) : positif secara mencolok.
b. Osmolaritas serum : meningkat
c. meningkat Gas darah arteri pH rendah dan penurunan HCO (asidosis metabolik).
d. Alkalosis respiratorik.

e. Trombosit darah : mungkin meningkat/ dehidrasi, leukositosis, hemokonsentrasi, menunjukkan respon terhadap stres/infeksi.
f. Ureum/ kreatinin : mungkin meningkat,/ normal lochidrasi/ penurunan fungsi ginjal.
g. Amilase darah : mungkin meningkat.
h. Insulin darah : mungkin menurun sampai tidak ada (pada tipe 1), normal sampai meningkat pada tipe 2 yang mengindikasikan insufisiensi insulin.
i. Peningkatan fungsi tiroid : peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan insulin.
j. Urine : gula dan aseton positif, berat jenis dan osmolaritas mungkin meningkat.
k. Kultur dan sensitivitas : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pada luka

3. HbA1c

Pemeriksaan dengan menggunakan bahan darah untuk memperoleh kadar gula darah yang sesungguhnya karena pasien tidak dapat mengontrol hasil tes dalam waktu 2- 3 bulan. HBA1c menunjukkan kadar hemoglobin terglikosilasi yang pada orang normal antara 4 - 6%. Semakin tinggi maka akan

menunjukkan bahwa orang tersebut menderita DM dan berisiko terjadinya komplikasi.

E. Penatalaksanaan

Penderita diabetes mellitus sebaiknya melaksanakan 5 pilar pengelolaan diabetes mellitus yaitu edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis dan pemantauan kadar gula darah (Rokhman et al., 2013). Terapi yang efektif bagi semua tipe penderita DM akan mengoptimalkan kontrol glukosa darah dan mengurangi komplikasi meliputi terapi non medis dan medis:

1. Non medis

a. Manajemen diet Rencana diet yang dimaksudkan untuk mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lipid mendekati normal dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal atau 10% dari berat badan idaman, mencegah komplikasi akut dan kronik. Selain itu penatalaksanaan nutrisi dimulai dari menilai kondisi gizi dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) BB (kg) / 15 TB2 (m) untuk melihat apakah penderita DM mengalami kegemukan atau obesitas, normalnya IMT pada orang dewasa antara 18-25 kg/m2 .

b. Latihan fisik (olahraga) Bertujuan mengaktifasi insulin dan reseptor insulin di membran plasma sehingga dapat

menurunkan kadar glukosa darah. Memperbaiki pemakaian insulin dan sirkulasi dalam darah, tonus otot, mengubah kadar lemak darah sebagai peningkatan kadar HDL kolestrol dan menurunkan kolestrol total serta trigliserida.

c. Pemantauan kadar gula darah Pemantauan kadar gula secara mandiri atau self monitoring blood glucose (SMBG) sebagai deteksi dini dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia untuk mengurangi komplikasi jangka panjang.

d. Penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit (PKMRS) Merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita DM, melalui bermacam- macam cara.

2. Medis

a. Penanganan DM tipe I :

1) Terapi sulih insulin, perencanaan makanan dan latihan fisik (bentuk terapi insulin yang mutakhir melliputi penyuntikan preparat mixed insulin, splitmixed,dan penyuntikan insulin reguler (RI) lebih dari satu kali per hari serta penyuntikan insulin subkutan yang kontinu).

2) Transplantasi pankreas (yang kini menentukan terapi imunosupresi yang lama)

b) Penanganan DM tipe 2 meliputi:

Obat antidiabetik oral untuk menstimulasi produksi insulin endogen, meningkatkan sensitivitas terhadap insulin

pada tingkat seluler, menekan glukoendogenesa pada hepar, dan memperlambat absorbsi karbohidrat dalam traktus GI (dapat digunakan kombinasi obat-obatan tersebut). Obat-obatan yang dapat dikonsumsi bagi penderita diabetes mellitus antara lain glimepiride dan metformin.

F. Komplikasi

Menurut (Mustika, 2019), komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh diabetes mellitus antara lain:

1. Penyakit jantung

Makroangiopati diabetik mempunyai gambaran histopatologis berupa aterosklerosis. Gangguan-gangguan biokimia yang ditimbulkan akibat insufisiensi insulin berupa:

a. Penimbunan sorbitol dalam intima vaskuler,
b. Hiperlipoproteinemia dan,
c. Kelainan pembekuan darah. Pada akhirnya makroangiopati diabetik ini akan mengakibatkan penyumbatan vaskuler.

2. Gagal ginjal

Terjadi akibat hipoksia yang berkaitan dengan diabetes jangka panjang, glomerulus, seperti sebagian besar kapiler lainnya, menebal. Terjadi hipertropi ginjal akibat peningkatan kerja yang harus dilakukan oleh ginjal pengidap diabetes mellitus kronik untuk menyerap ulang glukosa.

3. Retinopati

Ancaman paling serius terhadap penglihatan adalah retinopati. Retina adalah jaringan yang sangat aktif bermetabolisme dan pada hipoksia kronik akan mengalami kerusakan secara progresif.

4. Stroke

Diabetes mellitus dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh gangguan metabolisme glukosa sistemik. Diabetes mellitus mempercepat kejadian aterosklerosis (penimbunan plak lemak, kolesterol, dan zat lain dalam dinding pembuluh darah) baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar di seluruh pembuluh darah, termasuk pembuluh darah otak.

5. Impotensi

Impotensi disebabkan pembuluh darah mengalami kebocoran sehingga penis tidak bisa ereksi. Impotensi pada penderita diabetes juga bisa disebabkan oleh faktor psikologis.

6. Luka gangren

Luka yang lama sembuh dan cenderung membusuk yang harus di amputasi, infeksi kaki mudah timbul pada penderita diabetes kronis dan dikenal sebagai penyulit gangren atau ulkus. Jika dibiarkan, infeksi akan mengakibatkan

pembusukan pada bagian luka karena tidak mendapat aliran darah. Pasalnya, pembuluh darah penderita diabetes banyak tersumbat atau menyempit. Jika luka membusuk, mau tidak mau bagian yang terinfeksi harus diamputasi.

BAB 4
KONSEP KELUARGA

A. Definisi Keluarga

Komang (2012) mengungkapkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawh satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Stuart (1991) dalam (Komang, 2012)menerangkan keluarga meliputi 5 sifat, yaitu:

1. Keluarga merupakan unit suatu sistem
2. Setiap anggota keluargadapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap.
3. Keluarga dapat mempunyai anak ataupn tidak mempunyai anak.
4. Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga.
5. Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, kebutuhan hidup dan sosialisasi antar anggota keluarga.

Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton dalam (Setiadi, 2008) menyebutkan bahwa ciri – ciri keluarga adalah:

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.

2. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
3. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (nomen clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota–anggotanya berkaitan denga kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Sedangkan menurut Friedman (1998) dalam Komang (2012), mendefinisikan 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 ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

B. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang

mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Tipe-tipe keluarga menurut Maclin (1988) dalam (Komang, 2012):

1. Keluarga Tradisional

a. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama
b. Keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditingalkan.
c. Pasangan inti, hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
d. Bujang dewasa yang tinggal sendirian.
e. Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal di rumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
f. Jaringan keluarga besar: terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah hidup berdekatan dalam daerah geografis.

2. Keluarga non Tradisional

a. Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja)

b. Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak
c. Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjens kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
d. Pasangan komuni adalah rumah tangga yang terdiri lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.

C. Struktur Keluarga

Gambaran keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya, dan empat elemen struktur keluarga (Suprajitno, 2012) yaitu:

1. Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.
2. Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
3. Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

D. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) (Komang, 2012) merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Ada beberapa fungsi keluarga yang diungkapkan oleh, yaitu :

1. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
3. Fungsi biologis adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi
6. Fungsi psikologis adalah fungsi untuk memberikan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga dan membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.
7. Fungsi pendidikan adalah fungsi keluarga dalam memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perlaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya

E. Tahap Perkembangan Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan darisatu tahap ke tahap berikutnya.

Duvall & Miler (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1988), dalam Komang (2012) menjelaskan bahwa tugas dan tahap perkembagan keluarga yaitu:

1. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru. Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan harmonis dan kepuasan bersama dengan

membangun perkawinan yang saling memuaska, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merenanakan kehamilan danmempersiapkan dirimenjadi orang tua.

2. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan). Pada tahap ini tugas keluarga yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas perahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua, kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.
3. Tahap III, Keluarga dengan anak pra sekolah (anak pertama berumur 2-6 tahun). Tugas perkembangn pada keluaga ini yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman. Membantu anak untuk bersosialisasi. Beradaptasi dengan anaky baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi. Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam keluarga maupun dengan masyarakat. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga. Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.

4. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah. Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah) dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Tugas perkembangan keluarga membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan. Mempertahankan keintiman pasangan. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.Pada tahap ini anak perlu berpisah dengan orang tua, memberi kesempatan pada anak untuk nbersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah.
5. Tahap V, Keluarga dengan anak remaja (anak tertuaberumur 13-20 tahun). Tugas perkembangan keluarga ini adalah memberikan kebebasan yang seimbnag dengan tanggung jawab. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga. merupakan tahap paling sulit

karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja.

6. Tahap VI, Keluarga dengan anak dewasa dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas perkembangan keluarga di tahap ini adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua memasuki masa tua, Membantu anak untuk mandiri di masyarakat, Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.
7. Tahap VII, Keluarga usia pertengahan dimana tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggaal. Tugas perkembangan keluarga tahap ini yaitu mempertahankan kesehatan. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, meningkatkan keakraban pasangan, fokus mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.

8. Tahap VIII, Keluarga usia lanjut, diimulai saat pensiun sanpai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal. Tugas perkembangan di tahap ini antara lain mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan, mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, melakukan life review, Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.

F. Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Komang (2012) menerangkan lima tugas keluarga adalah:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan,termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit,pengertian, tanda gejala,faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadapmasalah yang dialami keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang

dihadapi. Bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap angota keluarga yang sakit.

3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit,seperti bagaimana keluarga mengetahui kadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygine 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 yang sakit.
5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah peayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

G. Model Konseptual Asuhan Keperawatan Keluarga

Konsep model “self care” Dorothea E. Orem (1971) dikutip dalam Friedman (2010) beranggapan bahwa asuhan keperawatan dibutuhkan jika seorang dewasa tidak mampu melaksanakan perawatan diri secara memadai untuk mempertahankan kehidupan, memelihara kesehatan, pulih dari penyakit atau cedera, atau mengatasi efek penyakit atau cedera. Model Orem juga mengakomodasi keadaan saat asuhan keperawatan mungkin ditujukan untuk orang tua atau wali yang merawat anak yang sedang sakit. Sebagai contoh asuhan keperawatan dapat ditujukan untuk orang tua atau wali yang merawat anak yang sedang sakit. Enam konsep utama dalam konsep Orem adalah perawatan diri, agensi perawatan diri, kebutuhan keperawatan diri secara terapeutik, deficit perawatan diri, institusi dan sistem keperawatan. Sebuah konsep sekunder, tetapi penting adalah konsep faktor pengondisian landasan yang membahas beragam karakteristik personal dan keadaan klien.

Setiap individu anggota keluarga dapat dipandang sebagai agen perawtan diri yang memberi konstribusi pribadi berkelanjutan bagi kesehatannya sendiri. Anggota keluarga baik secara individu atau kelompok, dapat melakukan atau menjalankan keharusan perawatan diri yang meliputi sikap mengebai kesehatan mereka dan kemampuan mereka untuk

melaksanakan perilaku perawatan diri. Perawatan diri dapat digunakan untuk membantu perkembangan promosi kesehatan dalam keluarga dan untuk mengenali serta mengevaluasi beberapa area yang mungkin mengalami penurunan kesehatan.

H. Pengkajian Proses Asuhan Keperawatan Keluarga

Tahap yang menjadi awal dan dasar daam memberikan asuhan keperawatan adalah tahap pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga merupakan tahapan awal yang dilakukan oleh perawat untuk menggali informasi tentang anggota keluarga yang akan diberikan asuhan keperawatan berkaitan dengan kondisi kesehatan anggota keluarga tersebut (Salamung et al., 2021). Pengkajian adalah tindakan untuk mengumpulkan data terkait dengan kondisi klien ataupun keluarganya sehingga dapat digunakan oleh perawat sebagai acuan dalam melakukan proses keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan, baik pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan beberapa langkah, dapat berupa metode/cara observasi, wawancara dan pemeriksaan pada anggota keluarga.

I. Proses Diagnosis Asuhan Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan digunakan untuk melakukan penilaian terhadap kondisi klinis mengenai respon seseorang terhadap kondisi kesehatannya atau proses dalam kehidupannya atau bahkan sesuatu hal yang rentan terhadap respon tersebut,

baik untuk individu, keluarga, atau komunitas (NANDA, 2018). Diagnosis keperawatan adalah penilaian yang dilakukan secara klinis dari respon klien terhadap masalah kesehatan ataupun pada proses kehidupannya baik dalam kondisi yang potensial ataupun aktual (PPNI, 2017a). Diagnosis keperawatan adalah upaya penilaian kondisi klinis tentang klien terkait dengan bagaimana klien merespon kondisi kesehatan dan proses kehidupan yang sedang dijalaninya. Sedangkan diagnosis keperawatan keluarga merupakan penilaian respon keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarganya baik yang secara aktual maupun potensial.

J. Proses Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga

Langkah ini dilakukan setelah perawat melakukan pengkajian dan menetapkan diagnosis keperawatan, langkah yang dilakukan pada tahap ini adalah merumuskan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan disebut juga sebagai segala macam tindakan (intervensi) yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis oleh perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang sesuai harapan (PPNI, 2017b). Kemudian intervensi keperawatan keluarga merupakan suatu upaya penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien serta bagaiman upaya yang dapat

dilakukan keluarga, keterlibatan keluarga dan tim kesehatan yang lainnya. Penyusunan perencanaan keperawatan keluarga harus mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan (Salamung et al., 2021).

K. Proses Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Implementasi pada keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga serta juga pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu (Salamung et al., 2021) meliputi hal-hal berikut:

1. Tindakan keperawatan secara langsung
2. Tindakan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan pengobatan dasar
3. Tindakan observasional
4. Tindakan promosi kesehatan

Implementasi yang ditujukan pelaksanaannya pada keluarga meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami oleh anggota keluarganya.
2. Memberikan bantuan pada keluarga untuk dapat mengambil keputusan yang tepat dalam tindakan untuk anggota keluarganya, serta mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.

3. Mempercayakan pada keluarga akan kemampuan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit dengan cara mengajarkan cara melakukan perawatan, mengggunakan peralatan yang ada di rumah, dan memanfaatkan fasilitas yang tersedia.
4. Memberikan bantuan pada keluarga untuk membuat lingkungannya menjadi nyaman dan representatif serta sehat untuk anggota keluarganya dan melakukan perubahan yang seoptimal mungkin.
5. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk memanfaatkan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya

L. Proses Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Evaluasi asuhan keperawatan disusun sesuai dengan hasil tindakan dari rencana yang telah dibua dan telah di implementasikan kepada klien dan keluarganya. Apabila belum atau tidak berhasil, maka perawat harus memodifikasi tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien ataupun keluarganya. Semua rencana tindakan yang telah disusun didalam asuhan keperawatan keluarga tidak mungkin dapat diberikan dalam satu kali kunjungan oleh perawat, untuk itu dapat dilakukan bertahap sesuai dengan kesepakatan kunjungan yang telah dibuat antara klien, keluarga dan perawat (Salamung

et al., 2021). Kegiatan evaluasi yang dilakukan perawat meliputi evaluasi kemajuan status kesehatan klien dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan kelurga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah keperawatan serta kemajuan dari luaran yang telah disusun bersama dengan perawat dan keluarga.

BAB 5
ASUHAN KEPERAWATAN

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Desa Blimbing, dilakukan terhadap 1 keluarga usia lanjut. Berikut ini akan diuraikan asuhan keperawatan tehadap keluarga Tn. H.

Keluarga Tn. H terdiri dari Tn. H dan Ny. S dimana keduanya merupakan keluarga dengan usia lanjut. Suku bangsa: Jawa. Kegiatan keagamaan keluarga Tn. H bekerja. Sedangkan Ny. S sebagai ibu rumah tangga dan tertib menjalankan sholat lima waktu. Tn. H aktif kegiatan lingkungan apabila dilaksanakan malam hari atau sore karena pagi sampai siang harus bekerja dan Ny. S aktif dalam kegiatan yang ada di lingkungan tempat tinggal seperti pengajian, posyandu lansia terkadang tidak mengikuti.

Status sosial ekonomi keluarga Tn. H sehari-hari bekerja sebagai tukang parkir di salah satu rumah makan di Solo untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Penghasilan Tn. H tidak menentu tergantung ramai atau tidak pengunjung rumah makan. Aktivitas rekreasi keluarga hanya menikmati melalui TV yang tersedia di rumahnya karena keluarga jarang sekali melakukan rekreasi ke luar rumah Tn. H dan Ny. S merupakan orang asli jawa. Tn. H tidak memiliki riwayat

penyait apapun, kalaupun sakit hanya sekedar flu dan batuk. Tn. H selalu berkomunikasi dengan Ny. S Apabila ada masalah mendadak. Tn. H mengatakan, beberapa bulan yang ini sering mengeluhkan pegal pegal dan terkadang nyeri terasa saat beraktivitas. Tn. H juga mengatakan akhir akhir ini badan terasa lemas, suka mengantuk, sering merasa lapar dan haus.

Sesekali anaknya datang kerumah untuk menengok dan membantu pekerjaan rumah, karena rumahnya berdekatan. Tn. H mengatakan belum pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang diabetes. Keluarga mengatakan tidak begitu paham tentang diabetes, serta menganggap ringan mengenai diabetes karena tidak ada riwayat keluarga. Tn. H juga mengatakan bahwa dirinya tidak hati-hati dalam hal makanan. Ny. S mengatakan jika anggota keluarganya merasa tidak sehat biasanya membeli obat warung, namun apbila sakit yang dirasa tidak kunjung sembuh beliau langsung pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

Hasil pengkajian dapat dianalisis dengan pendekatan *web of causation* sehingga penulis dapat merumuskan diagnosis keperawatan keluarga sesuai dengan permasalahan yang ada. Berikut adalah *web of causation* keluarga Tn. H.

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. H DENGAN MASALAH RISIKO DIABETES MELLITUS

A. IDENTITAS KELUARGA

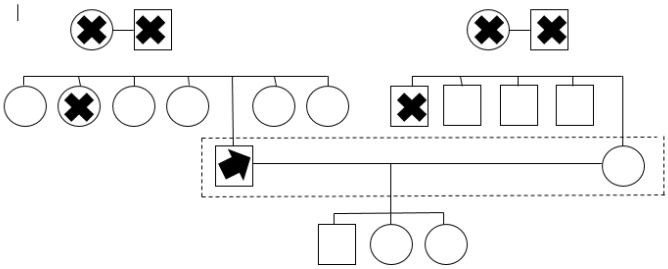
1. Kepala Keluarga

Nama Kepala Keluarga : Tn. H
Jenis Kelamin : Laki – laki
Umur/tanggal lahir : 65 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Desa Blimbing, Dukuh Karang Ijo RT 02/ RW 03
No.Telepon : -

2. Susunan Anggota Keluarga

No	Nama	Umur	Gender	Agama	Hub. dgn KK	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1	Ny. S	55 th	Perempuan	Islam	Istri	SD	Wirswasta	-

3. Genogram



Keterangan:

: laki-laki

: perempuan

X : meninggal

: menikah

: Keturunan

. . . . : tinggal satu rumah

: Klien

B. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap Perkembangan keluarga saat ini

Keluarga Tn. H berada pada tahap VIII atau keluarga usia lanjut dimana suami istri telah memasuki usia lanjut. Pada tahapan keluarga usia lanjut dapat mengalami perubahan kesehatan, sehingga semua bertugas saling merawat dan mempertahankan hubungan baik dengan pasangan.

2. Tugas keluarga yang belum terpenuhi/terlaksana pada tahap perkembangan

Terlaksana. Tugas-tugas perkembangan keluarga dengan usia lanjut adalah mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, mempertahankan hubungan suami istri, mempertahankan hubungan anak dan masyarakat, menerima kematian pasangan, teman dan mempersiapkan kematian.

Tn. H telah berusaha mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, Tn. H masih memiliki istri dan mengatakan jika kematian adalah kehendak tuhan sehingga kita sebagai manusia harus ikhlas dan menerima kehendak Nya. Tugas keluarga telah terlaksana.

3. Riwayat keluarga Inti

Tn. S:

Tn S mengatakan tidak memiliki riwayat kadar gula darah sewaktu yang tinggi. Tidak pernah memiliki riwayat di rawat dirumah sakit karena diabetes. Saat ini tidak memiliki keluhan penyakit apapun. Keseharian yang dilakukan adalah bekerja sebagai tukang parkir di salah satu rumah makan di Solo.

Ny. S:

Ny. S mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun, kemarin saat di tes posyandu mengatakan gula darah normal atau 160 g/dl dan tekanan darah 150/95.

4. Tipe keluarga

(**V**) Keluarga Inti ( ) Keluarga Besar ( ) Lain-lain

Tipe keluarga Tn. H adalah keluarga lanjut usia yaitu keluarga yang beranggotakan dari suami istri dan satu anaknya sudah memiliki rumah sendiri dan berdekatan karena sudah menikah dan memiliki KK sendiri.

C. STRUKTUR KELUARGA

1. Komunikasi dalam Keluarga

1.1 Pola Interaksi

1.1.1 Kapan paling sering terjadi interaksi dalam keluarga?

(**V**) Pagi hari ( ) Siang hari

( ) Malam hari (V) Tidak tentu

1.1.2 Dalam siatuasi apa interaksi terjadi ?

( ) Makan bersama (V) nonton TV

( ) Rekreasi ( ) Lain-lain:

Tn. H mengatakan sering interaksi saat sedang bersantai dirumah ketika malam hari sepulang bekerja

1.1.3 Gambaran pola interaksi keluarga

( ) Antara ayah dengan ibu :

Tn. H mengatakan adalah seorang ayah dan selalu interaksi dengan ibu yaitu Ny. S setiap hari karena bekerja bersama yaitu berjualan, mereka saling berinteraksi dengan baik

( ) Antara ibu dengan anak:

Tn. H mengatakan ibu dan anak selalu berkomunikasi dengan baik, terkadang anak mampir kerumah dengan cucu, dan kadang ibu mampir kerumah anak biasanya setiap hari karena rumah berdekatan.

( ) Antara ayah dengan anak :

Tn. H mengatakan ibu dan anak selalu berkomunikasi dengan baik terkadang anak mampir setiap hari kerumah dengan cucu, dan kadang ibu mampir kerumah anak setiap hari.

( ) Antara anak dengan anak:

Tn. H mengatakan jika anaknya hanya satu.

1.1.4 Apa yang dirasakan sebagai masalah keluarga dalam berinteraksi?

( ) Bahasa ( ) Budaya (V) Lain-lain, sebutkan

Tn. H mengatakan tidak ada masalah keluarga dalam bentuk interaksi.

1.1.5 Sejauh mana interaksi tersebut berlangsung

( ) Hanya sekedar (V) Diskusi, berbagi perasaan

( ) Lain-lain

1.1.6 Adakah konflik dalam keluarga tentang pola interaksi

(V) Tidak ada ( ) Ada, jelaskan

1.1.7 Siapakah anggota keluarga yang palig dominan berbicara

(V) Ayah ( ) Ibu ( ) Anak

( ) Mertua ( ) Lain-lain,sebutkan

Tn. H mengatakan yang paling dominan berbicara di dalam keluarga adalah dirinya.

1.2Cara berkomunikasi dalam keluarga

1.2.1 Cara berkomunikasi yang sering diterapkan dalam keluarga

(V) Langsung ( ) Tidak langsung

1.2.2 Sifat komunikasi yangs sering diterapkan dalam keluarga

( ) Tertutup (V) Terbuka

1.2.3 Siapakah anggota yang paling dominan berbicara

( ) Ayah (V) Ibu ( ) Anak ( ) Mertua ( ) Lain-lain,sebutkan

Tn. H mengatakan yang paling dominan berbicara di dalam keluarga adalah ibu atau Ny. S

1.2.4 Bahasa yang sering digunakan oleh anggota keluarga

( ) Bahasa Ibu ( ) Bahasa Indonesia (V) Lain-lain, sebukan; bahasa Jawa

2 . Struktur Keluarga

2.1 Pengambilan keputusan

2.1.1 Cara / metode pengabilan keputusan dikeluarga

( ) Suara terbanyak (V) Musyawarah ( ) Penawaran ( ) Otoriter ( ) Sendiri-sendiri ( ) Lain-lain

2.1.2 Siapakan pengambilan keputusan dalam keluarga ?

(V) Ayah ( ) Ibu ( ) Anak laki tertua

2.1.3 Apakah perlu bantuan orang lain untuk memecahkan masalah kesehatan keluarga

( ) Ya (V) Tidak

Bila ya, sebutkan..

2.1.4 Siapakah anggota keluarga yang paling dipercaya kepala keluarga untuk membantu masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga

( ) Ayah (V) Ibu ( ) Anak laki tertua ( ) Anak perempuan tertua ( ) Mertua ( ) Lain2

2.2 Hubungan dalam keluarga

2.2.1 Bagaimana hubungan antara anggota keluarga ?

(V) Harmonis ( ) Kurang harmonis ( )Tidak saling percaya ( )

Lain-lain:

3 . Struktur nilai/values

3.1 Sistem nilai

3.1.1 Suku ayah adalah Jawa suku ibu adalah Jawa

Budaya yang dominan dalam keluarga Tn. H mengatakan budaya yang paling dominan dalam keluarga adalah budaya jawa karena Tn. H dan Ny. S berasal dari Jawa.

3.1.2 Adakah nilai – nilai tertentu yang dianut keluarga yang bertentangan dengan Kesehatan

(V) Tidak ( ) Ya, sebutkan

3.1.3 Adakah kegiatan / nilai agama yang menurut keluarga bertentangan dengan kesehatan

(V) Tidak ( ) Ya, sebutkan

3.1.4 Bagaimana persepsi keluarga terhadap kesehatan ?

(V) Merupakan hal yang penting

( ) Tidak merupakan prioritas dalam keluarga

( ) Merupakan hal yang tidak penting

( ) Tidak tahu

( ) Lain-lain

Tn. H mengatakan jika kesehatan adalah hal penting karena dengan sehat kita dapat bekerja dan beraktifitas.

4 . Struktur peran

4.1 Sebutkan pembagian peran dalam anggota keluarga

4.1.1 Ayah:

Tn. H mengatakan memiliki peran sebagai suami dari istri dan anaknya, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberian rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota keluarga masyarakat dari lingkungannya.

4.1.2 Ibu:

Tn. H mengatakan peran Ny. S adalah sebagai istri dari suami dan anak-anaknya. Mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya namun sekarang sudah tidak karena anaknya sudah berkeluarga, sehingga sekarang membantu pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai ibu rumah tangga.

4.1.3 Anak:

Tn. H mengatakan anak sudah tidak tinggal serumah

4.1.4 Kakek/nenek:

Tidak ada

4.1.5 Lain-lain:

Tidak ada

4.2 Adakah perubahan peran/konflik ketidak sesuaian peran dalam keluarga

(V) Tidak ada

( ) Ada, jelaskan

D. FUNGSI KELUARGA

1 . Fungsi Afektif

1.1 Bagaimama respon keluarga jika ada salah satu anggota keluarga yang berhasil ?

(V) Bangga ( ) Biasa saja ( ) Acuh tak acuh

( ) Lain-lain

1.2 Bagaimana respon keluarga terhadap kehilangan? (terangkan)

Tn. H mengatakan apabila ada keluarga yang meninggal pasti mengalami perasaan sedih dan kehilangan, namun harus tetap ikhlas dan berusaha selalu mendoakan yang terbaik agar diterima di sisi Nya.

2 . Fungsi Sosialisasi

2.1 Apakah anggota keluarga ikut dalam anggota organisasi masyarakat, khususnya dalam bidang kesehatan?

( ) Ya, Sebutkan

(V) Tidak, alasannya

Tn. H mengatakan tidak ikut dalam organisasi karena setiap hari harus sibuk bekerja menjadi tukang parkir sampai sore sehingga tidak sempat untuk ikut dalam kegiatan.

2.2 Adakah penghargaan yang diterima dari masyarakat karena keikut sertaan dalam kegiatan kesehatan dimasyarakat ?

( ) Ada (V) Tidak ada

2.3 Apakah ada anggota keluarga yang cukup berpengaruh dimasyarakat

(V) Tidak ( ) Ya, contoh

2.4 Adakah konflik keluarga di masyarakat ?

(V) Tidak ( ) Ada, sebutkan

2.5 Apakah keluarga menggunakan factor-faktor penunjang yang ada dilingkungan untuk memecahkan masalah kesehatannya

(V) ya, sebutkan

Tn. H mengatakan bercerita terkait masalah nya kepada teman atau tetangga untuk mendapatkan solusi atau pendapat.

( ) Tidak , alasannya

2.6 Adakah ada anggota keluarga yang mempunyai ketrampilan khusus

( ) Tidak (V) Ada, siapa

Ny. S apa jenis ketrampilannya yaitu memasak yang enak

2.7 Adakah anggota keluarga yang tidak biasa membaca atau menulis

(V) Tidak ( ) Ada, siapa …….apa alasannya…

3 . Fungsi Reproduksi

3.1 Apakah bapak/ibu atau anggota keluarga saat ini ikut keluarga berencana?

( ) Ya (V) Tidak

3.2 Bila Ya, menggunakan apa?

( ) IUD ( ) MOW/MOP ( ) Suntik ( ) Kondom ( ) Pil ( ) Susuk ( ) SIstem Kalender ( ) Lain-lain

Bila ya, apa alasan Bapak/Ibu memilih cara KB terebu?

3.3 Bila Ibu KB, dimana memperoleh pelayanannya?

( ) Puskesmas ( ) Dokter praktek ( ) Rumah Sakit ( ) Bidan Praktek ( ) Posyandu ( ) BKIA

3.4 Apakah Bapak/Ibu selama menggunakan alat kontrasepsi ada keluhan?

( ) Ya ( ) Tidak

3.5 Jika ya, apa keluahannya ……

3.6 Bagaimana cara menanggulanginya …

Bila tidak ikut KB, alasannya:

( ) Takut ( ) Tidak takut ( ) Alasan Medis

( ) Tidak diizinkan suami ( ) Ingin punya anak

( ) Alasan Agama

Tn. H mengatakan jika istrinya sudah tidak ikut KB karena sudah tua atau menopause

3.7 Apakah Bapak/Ibu pernah mendapat informasi tentang KB ?

( ) Ya ( ) Tidak

4 . Fungsi Ekonomi

4.1 Apakah setiap anggota keluarga sudah mempunyai penghasilan sendiri?

(V) Ya ( ) Tidak

Bila ya, siapa saja :

Tn. H mengatakan jika setiap anggota keluarga yaitu Ny. S tidak punya penghasilan sendiri karena hanya ibu rumah tangga.

4.2 Bila digabungkan pendapatan keluarga sebulan:

( ) Di bawah Rp. 920.000,-

(V) Rp. 920.000 s/d. Rp. 1.500.000,-

( ) Rp. 1.500.000 s/d. Rp.2.700.000,-

( ) Di atas Rp. 2.700.000,-

4.3 Apa saja jenis pengeluaran rutin setiap bulan dalam keluarga?

(V) Kebutuhan harian ( ) Bayar pajak/rekening (V) Kebutuhan bulanan ( ) Biaya sekolah

(V) Kebutuhan makan (V) Biaya transportasi

( ) Kebutuhan pakaian ( ) Kebutuhan sewa

( ) Dana kesehatan ( ) Lain-lain…

4.4 Apakah penghasilan keluarga mencukupi pemenuhan kebutuhan tersebut?

(V) Ya ( ) Tidak

4.5 Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai tabungan ?

(V) Ya ( ) Bila ya, siapa

Tn. H mengatakan memiliki tabungan yaitu dia dan istrinya

4.6 Siapakah pengelola keuangan dalam keluarga

( ) Ayah (V) Ibu ( ) Lain-lain

5 . Fungsi pemeliharaan kesehatan

5.1 Perilaku keluarga dalam penanggulangan sakit

5.1.1 Bagaimana kebiasaan berobat jika ada anggota keluarga yang sakit?

( ) Tidak berobat ( ) Beli obat sendiri ( ) Ke dukun (V) Tenaga Kesehatan

Tn. H mengatakan kebiasaan berobat jika ada anggota keluarga yang sakit adalah ke dokter praktik

5.1.2 Terkait dengan pertanyaan no.21 apabila beli obat sendiri alasannya

( ) Diberitahu tentangga atau teman

( ) Sudah tahu obatnya

( ) Lain-lain, sebutkan ……

5.1.3 Pemenuhan kebutuhan makan

5.1.3.1 Pengadaan makanan sehari-hari

(V) Memasak sendiri ( ) Membeli ( ) Lain2

5.1.3.2 Komposisi jenis makanan sehari-hari

Komposisi	**Ketersediaan**		
	Selalu ada	**kadang-kadang**	**Tidak pernah**
a. Makanan pokok	V		
b. Lauk-pauk - protein hewani		V	
- protein nabati		V	
c. Sayuran	V		
d. Buah-buahan			V
e. Susu			V

5.1.3.3 Cara menyajikan makanan dalam keluarga

(V) Tertutup ( ) Terbuka ( )Kadang tertutup

5.1.3.4 Pantangan terhadap makanan dalam keluarga :

(V) Tidak ada

( ) ada, sebutkan jenis makanannya……alasannya

Tn. H mengatakan jika tidak ada pantangan dan tidak membatasi makanan yang tinggi gula.

5.1.3.5 Kebiasaan keluarga dalam mengelola air minum

(V) Dimasak ( ) Kadang-kadang dimasak ( ) tidak dimasak

5.1.3.6 Kebiasaan keluarga dalam mengelola makanan:

(V) Dipotong dulu baru dicuci

( ) Tidak dicuci

( ) Dicuci baru dipotong-potong

5.1.3.7 Kebiasaan makan dalam keluarga

( ) Bersama (V) Sendiri-sendiri ( ) lain2

5.2Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur

5.2.1 Apakah setiap anggota keluarga mempunyai kebiasaan tidur pada siang hari?

( ) Ya (V) Tidak

Tn. H mengatakan tidak memiliki kebiasaan tidur siang karena pada siang hari harus bekerja. Hanya pada saat libur saja kadang tidur siang

5.2.2 Apakah setiap anggota keluarga memiliki kamar tidur masing-masing

( ) Ya (V) tidak

Bila tidak bagaimana dengan pembagian kamarnya Tn. H mengatakan jika tidurnya bersama menjadi satu kamar dengan istri

5.2.3 Bila ada anggota keluarga yang sulit tidur bagaimana mengatasinya?

Tn. H mengatakan jika sulit tidur cara mengatasinya adalah dengan membuat perut kenyang sehingga akan mudah tidur nanti

5.3 Pemenuhan kebutuhan rekreasi dan Latihan

5.3.1 Apakah keluarga mempunyai kebiasaan rekreasi yang teratur

( ) Ya, frekuensinya sebulan ……

(V) Tidak, alasannya

Tn. H mengatakan jika tidak ada kebiasaan rekreasi apalagi teratur, karena tidak ada uang mending digunakan untuk beli kebutuhan dan untuk jajan cucu.

5.3.2 Apakah sebagian besar anggota keluarga menggunakan waktu senggangnya dengan kegiatan yang bermanfaat ?

(V) Ya, Sebutkan kegiatannya

Tn. H mengatakan jika menggunakan waktu senggang untuk membereskan rumah dan bersih – bersih rumah atau menanam tanaman di kebun

( ) Tidak, sebutkan alasannya ……

5.3.3 Apakah sebagaian besar anggota keluarga melakukan aktifitas olahraga secara teratur?

( ) Ya (V) Tidak, apa alasannya

Tn. H mengatakan jika tidak teratur karena tidak ada waktu untuk olahrga karena harus bekerja, namun Tn. H mengatakan jika kegiatan menjadi tukang parkir itu sudah termasuk olahraga

5.4Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri

5.4.1 Bagaimana kebiasaan anggota keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri

Mandi : 2 x/hari

Sikat gigi : 2 x/hari

Cuci rambut : 2 -3.x/hari

5.4.2 Apakah semua anggota keluarga menggunakan bahan berikut ini untuk pemeliharaan kebersihan diri

(V) Sabun (V) Pasta gigi (V) Shampoo ( ) Lain-lain,sebutkan

E. STRESSOR DAN KOPING

1.1 Stressor yang dihadapi keluarga saat ini (actual atau risiko)

Stresor jangka pendek: Tn. H mengatakan terkadang mengeluh kepala pening mungkin tekanan darah tinggi, sedangkan Ny.M mengatakan belum ada keluhan kemarin saat pemeriksaan gula di Posyandu lansia hasilnya normal.

Stresor jangka panjang: keluarga mengatakan khawatir akan kesehatannya kedepannya serta dalam memenuhi kebutuhan sehari hari. Tn. H mengatakan merasa sehat – sehat saja.

1.2 Koping keluarga

Mekanisme penanggulangan masalah kesehatan dalam keluarga di atas secara

(V) Mandiri ( ) Bersama-sama ( ) Meminta bantuan orang lain ( ) Lain-lain, sebutkan ...

1.3 Bagaimana respon keluarga jika salah satu anggota keluarga bermasalah dengan pola pertahanannya

(V) Membantu mencari jalan keluar ( ) Acuh tak acuh ( ) Pasrah ( ) Mencari jalan keluar ( ) Lain-lain, sebutkan …

F. KESEHATAN LINGKUNGAN

1.1 Perumahan

1.1.1 Jenis rumah

(V) Tersendiri ( ) Paviliun ( ) Petak ( ) Lain-lain

1.1.2 Jenis bangunan

(V) Permanen ( ) Semi permanent ( )Non permanen

1.1.3 Luas bangunan: ……M2

1.1.4 Luas perkarangan: ……M2

1.1.5 Status rumah:

(V) Milik pribadi ( ) kontarakan

( ) Sewa/bulan ( ) Lain-lain

1.1.6 Atap rumah

(V) Genteng ( ) Sirap ( ) Seng/asbes ( ) Lain-lain

1.1.7 Ventilasi

(V) Ada ( ) Tidak

Bila ada, berapa luasnya

( ) > 10% luas lantai ( ) < 10% luas lantai

1.1.8 Adakah cahaya dapat masuk rumah pada siang hari?

(V) Ada ( ) Tidak ada

1.1.9 Penerangan

(V) Listrik ( ) Petromak ( ) Lampu tempel ( ) Lain-lain

1.1.10 Lantai

(V) Ubin ( ) Plester ( ) Papan ( ) Tanah

1.1.11 Bagaimana kondisi kebersihan secara keseluruhan ?

( ) Bersih (V) Berdebu ( ) Sampah bertebaran

( ) Banyak lalat ( ) Banyak lawa-lawa ( ) Lain2.

1.1.12 Keadaan bagian rumah

Bagian Rumah	Keadaan rumah		
	Tidak ada	**Kotor**	**Bersih**
a. Halaman			V
b.. Ruang tamu		V	
c. Ruang tidur			V
d. Ruang makan			V
e. Dapur			V
f. Kamar mandi		V	
g. WC			V

Catatan : (factor-faktor risiko bahaya fisik)

Lingkungkang Tn. H berada di kebun yang luas dan banyak pepohonan kemungkinan risiko adalah vektor nyamuk.

1.2 Denah rumah (dengan ukurannya dan mata angin)

Luas: ± 10M2

Jenis : Permanen

Sirkulasi Udara : Baik

Pemanfaatan ruangan rumah : Perabotan rumah tertata rapi

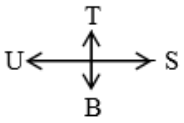
Kebersihan rumah : cukup bersih

Jarak septic tank dengan sumur : ± 8meter

Sumber air minum : Sumur

Pembuangan limbah : dibakar di pekarangan

Keterangan:
1 : pekarangan rumah
2 : kamar
3 : ruang tamu
4 : ruang keluarga
5 : dapur
6 : kamar mandi



2 . Pengolahan sampah

2.1 Apakah keluarga mempunyai tempat pembuangan sampah?

( ) Ya, tertutup (V) Ya, terbuka ( ) Tidak ( ) Lain-lain

2.2 Bila Ya, bagaimana kondisi tempat pembuangan tersebut

( ) Memenuhi syarat (V) Kurang memenuhi syarat ( ) Tidak memenuhi

Bila tidak, bagaimana pengolahan tempat sampah rumah tangga ?

( ) Dibuang ke kali ( ) Dimobil petugas (V) Dbakar ( ) Ditimbun

3 . Sumber air

3.1 Apakah keluarga mempunyai sumber air ?

(V) Ya, jenisnya

Tn. H mengatakan sumber air keluarga adalah sumur pompa

( ) Tidak

Bila tidak dari mana sumbernya ? ……

3.2 Jika ya, apa jenis sumber airnya?

( ) PAM (V) Pompa listrik ( ) SPT ( ) Sumur gali

( ) Sungai ( ) Membeli ( ) Lain-lain

3.3 Apakah untuk keperluan air minum diambil air sumber tersebut ?

(V) Ya ( ) Tidak

Bila tidak, bagaimana memperolehnya ……

3.4 Bagaimana keadaan fisik airnya ? (perlu observasi)

( ) Berasa (V) tidak terasa ( ) Berbau (V) Tidak berbau (V) Berwarna ( ) Ada pengendapan (V) Tidak ada pengendapan ( ) Lain-lain

4 . Jamban Keluarga

4.1 Apakah keluarga mempunyai WC sendiri?

(V) Ya ( ) Tidak

Bila Tidak, dimana tempat BAB Keluarga ……

4.2 Bila Ya, apa jenis jambannya?

(V) Leher angsa ( ) Cemplung ( ) Lain-lain

4.3 Berapa jarak tempat penampungannya dengan sumber air?

(V) <10 meter ( ) >10 meter

5 . Pembuangan air limbah

5.1 Apakah mempunyai saluran pembuangan air kotor? (perlu observasi)

(V) Ya, bagaimana kondisinya adalah menggenang Kemana pembuangannya got yang mengalir di belakang rumah

( ) Tidak, dimana pembuangannya ……

G. FASILITAS SOSIAL DAN FASILITAS KESEHATAN

1. Adakah perkumpulan kegiatan kemasayarakatan/sosial di wilayah ini?

( ) Tidak (V) Ya, jenisnya Posyandu lansia

2. Adakah fasilitas pelayanan kesehatan diwilayah ini :

(V) Ya ( ) Tidak, alasannya ……

3. Apakah fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dapat dijangkau dengan kendaraan umum dari rumah?

(V) Bila ya, dengan kendaraan apa

Tn. H mengatakan dapat menjangkau dengan jalan kaki atau sepeda

( ) Bila tidak, bagaimana cara menanggulanginya ……

H. PEMERIKSAAN FISIK ANGGOTA KELUARGA

ASPEK	Tn.H	Ny.S
Tekanan darah (mmHg)	130/80	140/100
GDS	-	-
TB (cm)/ BB (kg)	170/69	140/62
Suhu (C)	37	37,1
Pernafasan	20 x/menit	19 x/menit
Mata, telinga, hidung, tenggorokan	Tidak menggunakan kaca mata baca, pendengaran normal, tidakada nyeri tekan dan lesi pada hidung, gigi bersih, tidak ada keluhan sakit gigi, tidak bau, tidak ada nyeri telan	Tidak menggunakan kaca mata baca, pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan dan lesi pada hidung, gigi bersih, tidak ada keluhan

ASPEK	Tn.H	Ny.S
		sakit gigi, tidak bau, tidak ada nyeri telan
Leher	Tidak ada kaku leher, tidak ada pembesaran kelenjar, pembesaran vena jugularis tidakditemui	Tidak ada kaku leher, tidak ada pembesaran kelenjar, pembesaran vena jugularis tidak ditemui
Thorak	Simetris, bunyi jantung normal,tidak ada kelainan, suara nafas vesikuler	Simetris, bunyi jantung normal, tidak ada kelainan, suara nafas vesikuler
Abdomen	Tidak ada pembengkakan, hepar-ginjal-limpa tidak teraba, tidak terasa benjolan, bising usus positif, tdak ada nyeri tekan lepas	Tidak ada pembengkakan, hepar- ginjal-limpa tidak teraba, tidak terasa benjolan, bising usus positif, tdak ada nyeri tekan lepas
Ekstremitas atas dan bawah, persendian	Kuku bersih dan pendek, tidak tampak oedema atau luka, akral teraba hangat, capillary refill < 3detik, tidak ada kelainan pergerakan, tidak ada kekakuan sendi, kekuatan otot 5,	Kuku bersih dan pendek, tidak ada kelainan pergerakan, tidak ada kekakuan sendi, kekuatan otot 5,

ASPEK	Tn.H	Ny.S
Sistem genetalia	Tidak diperiksa	Tidak diperiksa
Kesimpulan	Masih dalam keadaan sehat dan normal.	Masih dalam keadaan sehat dan normal

PEDOMAN PENJAJAKAN II

1. Masalah kesehatan keluarga: lansia dengan diabetes melitus
2. Apa yang bapak/ibu ketahui tentang masalah tanda dan gejala pendukung masalah?

- Tn. H mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit diabetes atau penyakit gula dan bagaimana melakukan pencegahan terhadap penyakit tersebut.
- Keluarga mengatakan tidak tahu cara merawat seseorang dengan kadar gula tinggi, bahkan keluarga beranggapan jika makan apa saja boleh yang penting pikiran senang.
- Tn. H tidak pernah melakukan pemeriksaan tensi gula dan asam urat setiap bulan. Tn. H juga tidak pernah datang ke posyandu lansia. Tn. H mengatakan karena harus bekerja.
- Ny. S terkadang datang ke Posyandu lansia

Penyebab:

- Tn. H mengatakan jika penyebab diabetes adalah karena memiliki keturunan dari orangtua

Akibat :

- Tn. H mengatakan akibat yang ditiumbulkan dari kadar gula tinggi adalah luka di kaki yang susah sembuh atau lama

Lain-lain :

3. Apa yang bapak/ibu lakukan dengan adanya masalah tersebut?

Yang telah dilakukan pada keluarga Tn. H adalah dengan memberikan saran untuk melakukan pemeriksaan kesehatan untuk datang ke Posyandu

4. Bagaimana cara bapak/ibu memberikan perawatan terhadap anggota keluarga dengan masalah tersebut diatas atau apa upaya penanggulangan yang dilakukan keluarga?

   Memberikan penyuluhan kesehatan terkait dengan diabetes melitus pada lansia

5. Bagaimana cara bapak/ibu menata lingkungan yang dapat meningkatkan keberhasilan penyelesaian masalah?

   Menyarankan untuk selalu memakai sendal ketika beraktifitas, membersihkan lingkungan dan menghindarkan dari benda – benda yang dapat melukai keluargA.

6. Hasil observasi (pengkajian terhadap lingkungan keluarga:

   Lingkungan Fisik:

   Tn. H beranggapan bahwa membersihkan rumah dengan menyapu dan mengepel bagian rumah di dalam dan menyapu pelataran adalah sesuatu hal yang dianggap sudah bersih. Membersihkan kamar mandi sebulan sekali untuk menghindari adanya jentik – jentik nyamuk

   Lingkungan Psikologis:

   Tn. H mengatakan jika lingkungan nya sudah nyaman terhindar dari kebisingan karena jauh dari jalan raya yang dapat mengganggu waktu istirahat dan agar tidak stress. Keluarga selalu membuat suasana lingkungan menjadi ceria

7. Apakah bapak/ibu memanfaatkan sarana/fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat untuk mengatasi masalah tersebut diataS

   (V) Ya ( )Tidak

   Jika ya, jelaskan bantuan apa yang bapak/ibu peroleh: Menyarankan anggota keluarga yaitu Tn. H ketempat posyandu untuk memeriksakan kondisi kesehatan secara rutin setiap satu bulan sekali.

   Jika tidak, apa alasannya

.....,……

Pengkaji ,

( )

FORMAT ANALISA DATA KESEHATAN KELUARGA

Nama Keluarga : Keluarga Tn. H

No.	Data Fokus	Diagnosa Keperawatan
1.	DS: - Tn. H mengatakan tidak mengetahui apa itu penyakit diabetes atau penyakit gula dan bagaimana melakukan pencegahan terhadap penyakit tersebut. - Tn. H mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti kadar gula tinggi, asam urat dan kolesterol - Keluarga mengatakan tidak tahu cara merawat seseorang dengan kadar gula tinggi, bahkan keluarga beranggapan jika makan apa saja boleh yang penting pikiran senang. DO: - Belum adanya modifikasi dalam keluarga untuk mengurangi risiko diabetes melitus, seperti membatasi makan yang manis	Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi
2.	DS : - Tn. H mengatakan tidak pernah datang ke posyandu lansia karena harus menyiapkan harus bekerja.	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)

No.	Data Fokus	Diagnosa Keperawatan
	- Ny. S mengatakan kadang – kadang datang ke Posyandu DO: - Hasil observasi saat posyandu lansia Tn. H tidak datang dan Ny. S hanya kadang – kadang datang,	

……..., ……

SKORING MASALAH KEPERAWATAN

1. Masalah Keperawatan Keluarga Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
1.	**Sifat Masalah** Skala : Potensial = 1 Risiko = 2 Aktual = 3	1	3/3 x 1 = 1	Keluarga mengatakan tidak begitu mengetahui penyakit diabetes melitus atau gula, belum dilakukan penyuluhan
2.	Kemungkinan masalah untuk di ubah : Skala : Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat	2	2/2 x 2 = 1	Kurang memahami cara menggunakan teknologi yang ada, sumber daya keluarga seperti keuangan sudah cukup, pemahaman keluarga tentang penyakit

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
	= 0			masih kurang
3.	Potensial masalah untuk di cegah : Skala : Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	3/3 x 1 = 1	Masalah sudah terjadi lama,jadi sudah ada upaya keluarga dan Tn. H untuk merawat dan mengobati anggota keluarga ke puskesmas. Pendidikan SD, jarak rumah dengan pelayanan kesehatan lumayan dekat
4.	**Menonjolnya masalah :** **Cegah** Skala : Segera ditangani = 2 Masalah ada tapi tidak perlu	1	2/2 x 1 = 1	Karena untuk mencegah komplikasi yang berat maka keluarga mengatakan ini masalah yang harus segera ditangani jika tidak pasien dan keluarga tidak mengetahui apa yang harus dilakukan ketika

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
	= 1 Masalah tidak dirasakan = 0			penyakit kambuh.
	Total		4	

2. Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
1.	**Sifat Masalah** Skala : Potensial = 1 Risiko = 2 Aktual = 3	1	3/3 x 1 = 1	Tn. H dan keluarga mengatakan jika penyakitnya tidak segera di kontrol akan menjadikan ancamandi kemudian harinya
2.	Kemungkinan masalah untuk di ubah : Skala :	2	1/2 x 2 = 1	Kurang memahami cara menggunakan teknologi yang ada,sumber daya keluarga seperti keuangan sudah cukup, keluarga

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0			kurang paham cara merawat anggota keluarga yang sakit, jarak rumah dengan pelayanan kesehatan lumayan dekat tetapi jarang periksa.
3.	Potensial masalah untuk di cegah : Skala : Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	2/3 x 1 = 0,6	Jika keluarga mendapat sumber penjelasan yang jelas dapat meningkatkan manajemen kesehatan pada keluarga Tn. H tetapi keluarga jarang ke pelayanan Posyandu, tidak begitu peduli dengan kesehatannya yang penting pikiran dibuat senang
4.	**Menonjolnya**	1	½ x 1 = 0,5	Keluarga mengatakan tau masalah yang diderita

NO.	KRITERIA	BOBOT	PERHITUNGAN	PEMBENARAN
	masalah : **Cegah** Skala : Segera ditangani = 2 Masalah ada tapi tidak perlu = 1 Masalah tidak dirasakan = 0			anggota keluarganya tetapi masih dianggap biasa saja tidak diperiksalan ke pelayanan kesehatan
	Total		3,1	

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SKORE
1	Masalah Keperawatan Keluarga Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi	4
2	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	3,1

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No.	Diagnosis Keperawatan Keluarga	Outcome	Rencana Intervensi
1.	Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan kunjungan keluarga diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: Perilaku sesuai anjuran (5) Verbalisasi minat dalam belajar (5) Kemampuan menjelaskan topik (5) Perilaku sesuai pengetahuan (5) Perilaku membaik (5)	**I.12383: Edukasi Kesehatan** Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku Terapeutik • Sediakan materi dan pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
2.	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan	**I.12472: Promosi Perilaku Upaya Kesehatan** Observasi • Identifikasi perilaku upaya

No.	Diagnosis Keperawatan Keluarga	Outcome	Rencana Intervensi
		selama 2 minggu maka status kesehatan komunitas meningkat dengan kriteria hasil: Ketersediaan program promosi kesehatan (5) Partisipasi dalam program kesehatan komunitas (5) Kepatuhan terhadap standar kesehatan komunitas (5)	kesehatan yang dapat ditingkatkan • Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan Terapeutik • Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan Edukasi • Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari.

CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA

HARI/TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
Kamis/ 7 Desember 2022/ 10.00 WIB	Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi	- Menyediakan materi dan pendidikan kesehatan - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	
Senin/12 desember 2022/ 13.00 WIB	Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi	- Memberikan kesempatan untuk bertanya - Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	
Senin/12 desember 2022/ 13.00 WIB	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	- Mengorientasikan pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan - Menganjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari	

CATATAN PERKEMBANGAN KELUARGA

NO.DX	TGL	JAM	EVALUASI (S O A P)	PARAF
1	7/12/22	14.00	Subyektif: - Tn. H mengatakan bersedia diberikan penyuluhan kesehatan nanti atau minggu depan Objektif - Tn. H tampak terbuka dan menyetujui diberikan penyuluhan Analisa : - Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) belum teratasi Planning : - Motivasi Ny.S dan keluarga untuk menerapkan perilaku hidup sehat sesuai dengan yang telah diajarkan	
1	12/12/22	15.00	Subyektif: - Tn. H mengatakan sudah memahami terkait materi yang diberikan oleh perawat - Tn. H mengungkapkan akan mengurangi perilaku suka minum dan makanan manis - Tn. H mengatakan bersedia untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat Obyektif : - Tn. H tampak antusias saat diberikan materi kesehatan - Tn. H beberapa kali bertanya Analisa : - Defisit pengetahuan tentang diabetes	

NO.DX	TGL	JAM	EVALUASI (S O A P)	PARAF
			melitus (D.0111) sudah teratasi Planning : - Motivasi Ny.S dan keluarga untuk menerapkan perilaku hidup sehat sesuai dengan yang telah diajarkan	
2	12/12/22	15.00	Subyektif: - Tn. H mengatakan telah mengetahui kegiatan pelaksanaan posyandu lansia - Tn. H mengatakan bahwa sadar akan pentingnya melakukan kontrol kesehatan secara rutin terutama di masa lansia ini - Tn H mengatakan selalu beraktivitas seperti menyiapkan jualan dan berkeliling saat berjualan merupakan suatu aktifitas yang dapat mengurangi risiko diabetes melitus Obyektif : - Tn. H tampak bersemangat dalam memperhatikan materi yang diberikan - Tn. H mampu mengutarakan perasaannya - Tn. H tampak antusias bertanya Analisa : - Defisit pengetahuan tentang diabetes melitus (D.0111) b.d kurang terpapar informasi sudah teratasi Planning : - Motivasi Tn. H untuk menyempatkan melakukan kontrol kesehatan di posyandu lansia	

BAB 6
KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan keluarga lansia dengan masalah risiko diabetes mellitus pada Tn. H dan Tn. H dan resume keperawatan keluarga lansia pada Ny. S dengan risiko diabetes mellitus didapatkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan pada Tn. H berisiko diabetes mellitus dan tidak mengetahui bagaimana pencegahan diabetes mellitus.
2. Diagnosa yang ditegakkan sesuai dengan teoritis pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pada Tn. H ditegakkan diagnosis keperawatan defisit pengetahuan tentang diabetes mellitus b.d kurang terpapar informasi dan manajemen kesehatan tidak efektif.
3. Rumusan intervensi keperawatan ditegakkan sesuai dengan teoritis Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Asuhan keperawatan pada Tn. H diberikan edukasi kesehatan dan promosi perilaku upaya kesehatan.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan konsep asuhan keperawatan yang sudah direncanakan dengan pelaksanaan yang menyesuaikan situasi dan keadaan keluarga lansia.

5. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa asuhan keperawatan pada keluarga Tn. H yang diberikan implementasi edukasi kesehatan menunjukkan peningkatan pengetahuan, perilaku upaya promosi kesehatan menunjukkan keinginan minat untuk meningkatkan perilaku seperti melakukan kontrol rutin kadar gula darah dan mengikuti posyandu lansia.

DAFTAR PUSTAKA

Alviani, K. R. (2022). *Lansia Sehat, Makan Tenang dengan Diabetes*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1203/lansia-sehat-makan-tenang-dengan-diabetes

American Diabetes Ascociation. (2018). *Standards of Medical Care in Diabetes2018*. https://diabetesed.net/wpcontent/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf.

American Diabetes Association. (2022). *Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes*.

Dinkes sukoharjo. (2021). *Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Paripurna Menuju Masyarakat yang Sehat, Sejahtera, dan Mandiri*. 172.

Erniati. (2013). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Lanjut Usia di Pos Pembinaan Terpadu Kelurahan Cempaka Putih*. 10–22. https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25857/1/ERNIATI-fkik.pdf

Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek* (5th ed.). EGC.

Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (pp. 1–10). https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin-2020-Diabetes-Melitus.pdf

Komang, A. H. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan*

Keluarga. CV. Sagung Seto.

Mustika, I. W. (2019). Buku Pedoman Model Asuhan Keperawatan Lansia Bali Elderly Care (BEC). *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

PPNI. (2017b). *Standar Luaran Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Purwanto, N. H., & Siswantoro, E. (2016). Diabetes Mellitus Type 2. *Journal of Diabetes Mellitus*, *7*(4).

Ratnawati, D., Sahar, J., & Permatasari, H. (2015). Program Lanset Dm Sebagai Strategi Intervensi Diabetes Melitus Pada Lansia. *Bina Widya*, *26*(1), 6–17.

Ratnawati, D., Siregar, T., & Wahyudi, C. T. (2018). Ibm Kelompok Lansia Penderita Dm Di Wilayah Kerja Puskesmas Limo Kota Depok Jawa Barat. *Panrita Abdi-Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, *2*(2), 93–104.

Richardo, B., Pengemanan, D., & Mayulu, N. (2014). Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II pada Lanjut Usia di Indonesia (Analisis Riskesdas 2018). *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, *17*(1), 9–20.

Rokhman, A., Ahsan, & Supriati, L. (2013). Pengaruh Terapi Progressive Muscle Relaxation Terhadap Kecemasan dan Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RS Muhammadiyah Lamongan. *Vegetalika*, *2*(2), 50–63. https://doi.org/https://doi.org/10.1039/b908937c

Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., Rumbo, H., & Al., E.

(2021). Keperawatan Keluarga (Family Nursing). In *Duta Media Publishing*.

Senja, A., & Prasetya, T. (2019). *Perawatan Lansia Oleh Keluarga Dan Care Giver*. Bumi Medika.

Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Graha Ilmu.

Suprajitno. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi*. Indomedia Pustaka.

Utari, & Ida. (2018). *Keperawatan Gerontik, Terapi tertawa dan Senam Cegah Pikun*. EGC.

WHO. (2012). *Global Report On Diabetes*.

BIOGRAFI PENULIS

Ns. Adi Buyu Prakoso, S.Kep., M.Kep. Lahir di Magetan tanggal 13 Januari 1996. Lulus Program Studi S1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta tahun 2018, lulus Program Studi Profesi Ners STIKes Kusuma Husada Surakarta tahun 2019, lulus Program Studi Pasca Sarjana Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Gawat Darurat Universitas Gadjah Mada tahun 2022. Penulis memiliki sertifikasi Basic Trauma Cardiac Life Support dan Wound Care. Penulis juga pernah menjadi ketua Himpunan Mahasiswa Magister Keperawatan UGM, Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Program studi S1 Keperawatan Universitas Duta Bangsa Surakarta. Penulis aktif diorganisasi PPNI. Penulis dapat dihubungi melalui email: adibuyup@gmail.com

Ns. Ady Irawan. AM, S. Kep., M.M., M. Kep. Lahir Di Baturaja tanggal 24 Agustus 1990. Lulus Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang tahun 2011, lulus Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang tahun 2012, lulus Program Studi Magister Manajmen Universitas Stikubank Semarang Konsentrasi Ilmu Manajemen Pemasaran tahun 2016 serta lulus Pasca Sarjana Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Komunitas Universitas Muhammadiyah Yogyakarta ahun 2019. Untuk menunjang profesinya, penulis memiliki sertifikasi dibidang Bekam, Hipnoterapi, Herbal, Akupuntur terapan, Wound Care, Trainer Of Trainer

(TOT) HPHI dan Master Of Trainer. Penulis juga aktif sebagai pembicara dipelatihan Holistik dan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS), Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Program studi S1 Keperawatan Universitas Duta Bangsa Surakarta. Penulis aktif diorganisasi PPNI, Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) serta Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Provinsi Jawa Tengah (HIPGABI Provinsi Jawa Tengah). Penulis dapat dihubungi melalui email: ady.irawan.am@gmail.com., ady_irawan@udb.ac

Ns. Neneng Kurwiyah, S.Kep., MNS lahir di Indramayu, pada 14 Maret 1975. Ia tercatat sebagai lulusan Kasetsart University Thailand. Wanita yang kerap disapa Neneng ini adalah anak dari pasangan H. Ikhwanuddin (ayah) dan Hj. Daemah (ibu). Neneng merupakan salah seorang tim pengajar dari Departemen Keilmuan Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta Ia juga sebagai anggota pada bidang keilmuan yaitu Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) dan anggota profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pada akhir tahun 2020 diberi sebuah amanah sebagai Kepala Program Studi Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Ns. Musripah, S.Kep.,M.Kep lahir di Purwareja Klampok, Banjarnegara, tanggal 18 April 1975. Lulus Program Studi S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2014, lulus Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes Jakarta III Jakarta, lulus tahun 2003, lulus Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2015, lulus Program Studi Pasca Sarjana Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Muhammadiyah Jakarta, tahun 2020. Pengalaman organisasi sebagai Pengurus organisasi Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) propinsi. Banten, Pengalaman bekerja sebagai Clinikal Instruktur, Kepala Ruangan, Manajer Keperawatan Komite Keperawatan di Hermina Hospital Group, sebagai Wakil Direktur II di Politeknik Kesehatan Hermina dan saat ini sebagai direktur di Akademi Keperawatan Hermina Manggala Husada.. Penulis dapat dihubungi melalui email: musripah75dhea@gmail.com

Ns. Aisah Mamang., M.Kep lahir dijakarta tanggal 06 Agustus 1992 anak ke 3 dari 3 saudara. Nama ibu Hj. Riduliah dan Nama Ayah H. Amin Mamang, berasal dari kota Bengkulu dan Ambon, saat ini tinggal di Jakarta. Lulusan SDN Meruyung tahun 2004, lulusan SMP Islam Yapkum tahun 2007, lulusan SMA Darul Ma'arif tahun 2010, lulusan S1 tahun 2014, lulusan Ners tahun 2016 dan lulusan Magister tahun 2022 di FIK UMJ, saat ini sedang melajutkan pendidikan Prodi Spesialis Keperawatan Komunitas di FIK UMJ. Dan saya

bekerja di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan sebagai pengawai honor sejak tanggal 09 Mei 2016 hingga saat ini sebagai perawat pelaksana. Adapun kegiatan pelatihan yang diikut seperti Pelatihan Online Preceptorship Tranining di tahun 2021, dan pelatihan relawan “Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial (DKJPS): Keperawatan Jiwa Covid-19 ditahun 2020. Bisa menghubungi penulis lewat email aisah.mamang06@gmail.com