

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA
YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN
PENURUNAN KOPING KELUARGA**



**OLEH:
MOHAMMAD HADI PRASETYO
NIM. 141210025**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA
YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN PENURUNAN KOPING KELUARGA DI DESA
MIAGAN DAN DESA JOMBOK KECAMATAN MOJOAGUNG
JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Study Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



**OLEH:
MOHAMMAD HADI PRASETYO
NIM. 141210025**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : MOHAMMAD HADI PRASTYO

NIM : 141210025

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.



LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PENURUNAN KOPING KELUARGA”.

Nama Mahasiswa : Mohammad Hadi Prasetyo
NIM : 141210025
Program Studi : Diploma III Keperawatan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang

Menyetujui,
Komisi Pembimbing

Inayatur

Inayatur Rosyidah, S.Kep.Ns, M.Kep
Pembimbing Utama

Dwi Puji Wijavanti, S.Kep.Ns, M.Kes
Pembimbing Kedua

Mengetahui,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep., Ns., MH
Ketua STIKes ICMe Jombang

Maharani Tri P., S.Kep.Ns. MM
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

iii

LEMBAR PENGESAHAN




Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Mohammad Hadi Prasetyo
NIM : 141210025
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Koping Koping Keluarga Di Desa Miagan dan Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang.

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi

DIII Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

1. Penguji Utama : Imam Fatoni, S, KM.,M.M ()
2. Penguji Anggota 1 : Inayatur Rosyidah S.Kep.,Ns.M.Kep ()
3. Penguji Anggota 2 : Dwi Puji Widayanti S.Kep.,Ns.M.Kes ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada tanggal : 04 Juli 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jombang, 24 April 1995 dari Ayah yang bernama Achmad Wasif dan ibu bernama Lestari Rahayu. Penulis merupakan anak ketiga dari empat bersaudara.

Tahun 2002 penulis lulus dari TK Kartika Blimbing Jombang, tahun 2008 penulis lulus dari SD Negeri Blimbing Jombang, tahun 2011 penulis lulus dari SMP Negeri 2 Jombang dan tahun 2014 penulis lulus dari SMA Negeri Ngoro Jombang, tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program Studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 04 Juli 2017

Mohammad Hadi Prasetyo

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Koping Keluarga” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat H. Bambang Tutuko, S. Kep., Ns., M.H selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Media Jombang. Maharani Tri Puspita., S. Kep., Ns., MM. selaku Kepala Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang. Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns, M.Kep. dan Dwi Puji Widayanti, S. Kep., Ns.M.Kes. selaku dosen pembimbing Studi Penelitian yang telah penulis teliti. Kepala Diklat Puskesmas Mojoagung yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil data dan menyelesaikan Studi Penelitian. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan, motivasi, kekuatan, dan nasehat selama menempuh pendidikan di STIKes ICMe Jombang hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tidak lupa kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan dan bantuannya dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk penulis sangat diharapkan demi kesempurnaan penulis di masa yang akan datang.

Jombang, 04 Juli 2017

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL BELAKANG.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR LAMBANG.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
ABSTRAK.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Batasan Masalah.....	4
1.3. Rumusan Masalah.....	4
1.4. Tujuan.....	4
1.5 Manfaat.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keperawatan Kesehatan Keluarga.....	7
2.2 Konsep Diabetes Melitus.....	18
2.3 Pengertian Dan Prinsip Diet Pada Penderita Diabetes Melitus.....	33
2.4 Konsep Dasar Mekanisme Koping.....	43
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	51
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	63
3.2 Batasan Istilah.....	64
3.3 Partisipan.....	65
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
3.5 Pengumpulan Data.....	66
3.6 Uji Keabsahan Data.....	67
3.7 Analisis Data.....	68
3.8 Etik Penelitian.....	70
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil.....	71
4.2 Pembahasan.....	101

BAB 5 PENUTUP
 5.1 Kesimpulan..... 113
 5.2 Saran..... 114
DAFTAR PUSTAKA.....
Lampiran.....

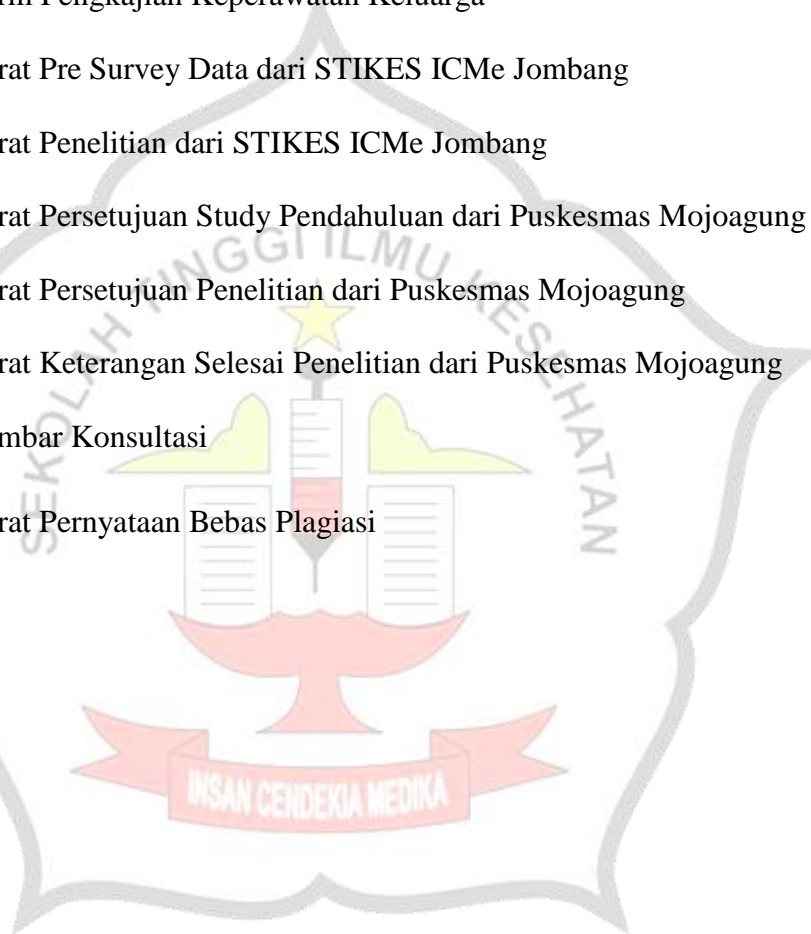


Daftar Tabel

Tabel 2.5.3	: Intervensi Keperawatan	58
Tabel 4.1	: Identitas kepala keluarga I dan II di Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang tahun 2017	72
Tabel 4.2	: Komposisi Keluarga I di Desa Miagan Kecamatan Mojoagung Jombang tahun 2017.....	72
Tabel 4.3	: Komposisi Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.....	73
Tabel 4.4	: Riwayat dan tahap perkembangan keluarga I dan keluarga II di Desa Miagan dan Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.....	75
Tabel 4.5	: Stress dan koping keluarga pada keluarga I di desa Miagan dan keluarga II di desa Jombok Mojoagung Jombang	85
Tabel 4.6	: Format analisa data keluarga I di Desa Miagan Mojoagung Jombang tahun 2017.....	87
Tabel 4.7	: Format analisa data keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017	88
Tabel 4.8	: Format penapisan masalah keluarga I di Desa Miagan dan keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.....	92
Tabel 4.9	: Intervensi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan dan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.....	90
Tabel 4.10	:Implementasi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan Mojoagung Jombang Tahun 2017.....	93
Tabel 4.11	: Implementasi Keperawatan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017	95
Tabel 4.12	: Implementasi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan dan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.....	97

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus
- Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Formulir Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Pernyataan Hak-Hak Pasien
- Lampiran 5 Form Pengkajian Keperawatan Keluarga
- Lampiran 6 Surat Pre Survey Data dari STIKES ICMe Jombang
- Lampiran 7 Surat Penelitian dari STIKES ICMe Jombang
- Lampiran 8 Surat Persetujuan Study Pendahuluan dari Puskesmas Mojoagung
- Lampiran 9 Surat Persetujuan Penelitian dari Puskesmas Mojoagung
- Lampiran 10 Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas Mojoagung
- Lampiran 11 Lembar Konsultasi
- Lampiran 12 Surat Pernyataan Bebas Plagiasi



Daftar Lambang

% : Persentase

& : Dan



Daftar Singkatan

WHO	: World Health Organisation
IDF	: Internasional Diabetes Federation
IDDM	: Insulint-Dependent Diabetes Melitus
NIDDM	: Non- Insulint-Dependent Diabetes Melitus
GDM	: Gestasional Diabetes Melitus
ADA	: American Diabetes Association
DM	: Diabetes Melitus
IMT	: Indeks Masa Tubuh
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
OAD	: Oral Anti-Diabetic
KK	: Kepala Keluarga
BAK	: Buang Air Kecil
SPAL	: Saluran Pembuangan Air Limbah
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen



ABSTRAK**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA
YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH
PENURUNAN KOPING KELUARGA****(Studi Kasus di Desa Miagan dan Desa Jombok Kecamatan Mojoagung, Jombang)****Oleh:****Mohammad Hadi Prasetyo**

Keluarga harus memiliki koping yang efektif dan kompeten dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya. Penderita Diabetes Melitus tidak jarang kurang mematuhi program diet, kurang memperdulikan pengawasan dalam perawatan luka, kesehatan lingkungan dan pola aktivitas, hal tersebut akan mempengaruhi keluarga dan membuat keluarga mengalami peningkatan peran dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Tujuan studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami penurunan koping keluarga di Desa Miagan dan Desa Jombok Kecamatan Mojoagung, Jombang.

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subyek pada studi kasus ini adalah 2 keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami penurunan koping keluarga. Dengan teknik pengumpulan data meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Hasil studi kasus pada tahap pengkajian diketahui bahwa keluarga Responden 1 tidak mengenal masalah kesehatan sedangkan keluarga Responden 2 mengalami krisis situasi ekonomi dalam keluarga. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah penurunan koping keluarga. Intervensi dan implementasi yang digunakan untuk Responden 1 dan Responden 2 adalah NOC Family Coping Disable, Caregiver Stressors dan NIC Coping Enhancement, Caregiver Support.

Kesimpulan dari Asuhan Keperawatan Keluarga pada anggota keluarga "Responden 1" dan " Responden 2" yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah penurunan koping keluarga yaitu masalah belum teratasi.

Kata kunci : Diabetes Melitus, penurunan koping keluarga.

ABSTRACT

**FAMILY NURSING ASSEMBLY IN FAMILY MEMBERS WHO
HAVE DIABETES MELITUS WITH THE PROBLEM OF
FAMILY KOPING DECLINE**

*(Case Study in Miagan Village and Jombok Village, Mojoagung Sub-district,
Jombang)*

**By:
Mohammad Hadi Prasetyo**

The family must have effective and competent coping in addressing the health problems of family members. Diabetes Mellitus sufferers are less likely to adhere to the diet program, less care for monitoring in wound care, environmental health and activity patterns, it will affect the family and make the family increased role in caring for sick family members. The purpose of this case study is to carry out family nursing care to family members who experience decreased family coping in Miagan Village and Jombok Village, Mojoagung Subdistrict, Jombang.

The method used is descriptive method with case study approach. Subjects in this case study were 2 families with family members who experienced a decrease in family coping. With data collection techniques include interviews, observation, physical examination and documentation studies.

The result of the case study at the assessment stage is known that Respondent 1 family does not know health problem while Respondent 2 family is experiencing crisis of economic situation in the family. The defined nursing diagnosis is the decline in family coping. Interventions and implementations used for Respondents 1 and Respondents 2 are NOC Family Coping Disable, Caregiver Stressors and NIC Coping Enhancement, Caregiver Support.

The conclusion of Family Nursing Care on family member "Respondent 1" and "Respondent 2" who experienced Diabetes Mellitus with the problem of family coping decline is the problem has not been resolved.

Keywords: Diabetes Mellitus, decreased family coping.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan aspek penting dalam keperawatan. Keluarga berperan mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya. Anggota keluarga memerlukan perawatan, pengawasan, dan perhatian bila menderita masalah kesehatan misalnya Diabetes Melitus. Keluarga harus memiliki koping yang efektif dan kompeten dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya tersebut. (Hariyanto, 2012). Penderita Diabetes Melitus tidak jarang kurang mematuhi program diet, kurang memperdulikan pengawasan dalam perawatan luka, kesehatan lingkungan dan pola aktivitas, hal tersebut akan mempengaruhi keluarga dan membuat keluarga mengalami peningkatan peran dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Namun, biasanya yang terdapat di masyarakat, keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus akan mengalami kejenuhan, stres dan disorganisasi keluarga, sehingga mengalami penurunan koping dalam membantu anggota keluarga yang sakit. (Hariyanto, 2012).

Penderita Diabetes Melitus di dunia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. IDF dan WHO mendapat estimasi data terakhir pada tahun 2013 dan hasilnya terdapat 382 juta orang penderita diabetes melitus di dunia dan akan meningkat menjadi 592 juta orang pada tahun 2035. Riset Kesehatan Dasar di Indonesia tahun 2007 dan 2013 melakukan wawancara untuk menghitung

proporsi diabetes melitus pada usia 15 tahun ke atas dari 176.689.336 dan hasilnya diperkirakan jumlah absolut penderita sebanyak 64 juta orang. (Risikesdes, 2013). Penderita Diabetes Melitus provinsi Jawa Timur didapatkan 2,1 % pada tahun 2007 dan meningkat sekitar 3,1 % pada tahun 2013 (Risikesdes, 2013). Profil Kesehatan Jombang 2014 menunjukkan data Kabupaten Jombang memiliki presentase 4,76 % penderita diabetes melitus dan ada pada urutan ke 8 yang termasuk 10 penyakit terbesar di kabupaten Jombang dan tepatnya di Desa / Kelurahan Janti, Kecamatan Mojoagung sebagai penderita terbanyak yaitu kurang lebih 300 orang (Dinkes Jombang, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, Ni Made Desy, Drs. I Made Ruspawan, S.Kep M.Biomed.A.A.N, Tarumawijaya S.KM pada tahun 2011 yang berjudul Hubungan Koping Keluarga Dengan Tingkat Ketaatan Diet Pasien Diabetes di Puskesmas 1 Denpasar Barat menunjukkan hasil bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan Diabetes Melitus sebagian besar mengalami penurunan koping terkait ketaatan diet penderita.

Penderita Diabetes Melitus rata rata kurang mematuhi program perawatan dan pengobatannya. Biasanya disebabkan karena pasien tidak familier dengan proses penyakitnya, sakit yang di derita dirasakan tidak kunjung sembuh, pengobatan yang dilakukan tidak menunjukkan hasil yang membaik, dan perbedaan persepsi antara penderita dan keluarga. Penderita biasanya kemudian melakukan hal yang tidak diperbolehkan dalam proses pengobatannya, seperti tidak menjaga menjaga pola nutrisi, aktivitas, dan perawatan luka. Penderita yang tidak bisa diajak bekerja sama, dapat membuat keluarga mengalami penurunan koping untuk membantu dan membuat anggota keluarga menarik diri dari

penderita. Namun penurunan koping keluarga tidak hanya disebabkan karena respon penderita terhadap penyakitnya, namun bisa juga karena kurangnya pengetahuan anggota keluarga, keterbatasan dalam komunikasi antara keluarga dan penderita, perilaku protektif dari keluarga yang tidak sesuai dengan kemampuan penderita, dan gaya koping yang tidak sesuai antara penderita dan anggota keluarga, akibatnya terjadi pengabaian, penolakan, dan permusuhan, dikarenakan kesalahpahaman antara anggota keluarga dan penderita keduanya tidak saling memahami apa yang diungkapkan. Kurangnya pemahaman keluarga penderita mempengaruhi penurunan koping untuk membantu penderita yang akan berakibat semakin memburuknya kesehatan penderita ataupun timbul komplikasi lainnya.

Penyuluhan kepada pasien dan keluarga pasien dimaksudkan agar keluarga pasien memiliki kesadaran yang baik sehingga koping akan berubah dan dapat membantu keluarga pasien yang mengalami sakit dan mampu membantu mengidentifikasi masalah yang paling menekan, membangun rasa saling percaya sehingga meningkatkan koping keluarga untuk memecahkan masalah kesehatan dan memenuhi kebutuhan pasien bukan malah mengurangi respon positif atau menurunkan kepedulian terhadap masalah yang diderita oleh salah satu anggota keluarga. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Iwan Ardian pada tahun 2013 yang berjudul Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*) Meningkatkan Koping Keluarga Diabetes Melitus Type – 2 menunjukkan hasil bahwa dalam kelompok perlakuan menunjukkan terdapat perbedaan tingkat koping keluarga sebelum dan setelah diberikan intervensi keperawatan keluarga : family empowerment ($p = 0,000$). Pada kelompok kontrol tidak terdapat

perbedaan tingkat coping keluarga saat pre test dan post test ($p = 0,082$). Terdapat perbedaan peningkatan coping keluarga yang bermakna antara kelompok perakuan dan kelompok kontrol ($p = 0,000$). Kesimpulan yang diambil yaitu perdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh signifikan terhadap peningkatan coping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes melitus tipe – 2. Perberdayaan keluarga (*family empowerment*) dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah psikologis sehingga dapat dikembangkan dan digunakan oleh perawat keluarga. (Ardian, 2013).

1.2 Batasan Masalah

Masalah studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mampu Melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam studi kasus ini adalah :

Melakukan Pengkajian Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.

1. Menetapkan Diagnosis Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.
2. Menyusun Perencanaan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.
3. Melakukan Tindakan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.
4. Melakukan Evaluasi Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan terkait Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Klien dan Keluarga.

Klien dan keluarga bisa mengerti gambaran umum tentang diabetes melitus beserta perawatan yang benar bagi klien agar penderita mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

b. Bagi Perawat Komunitas

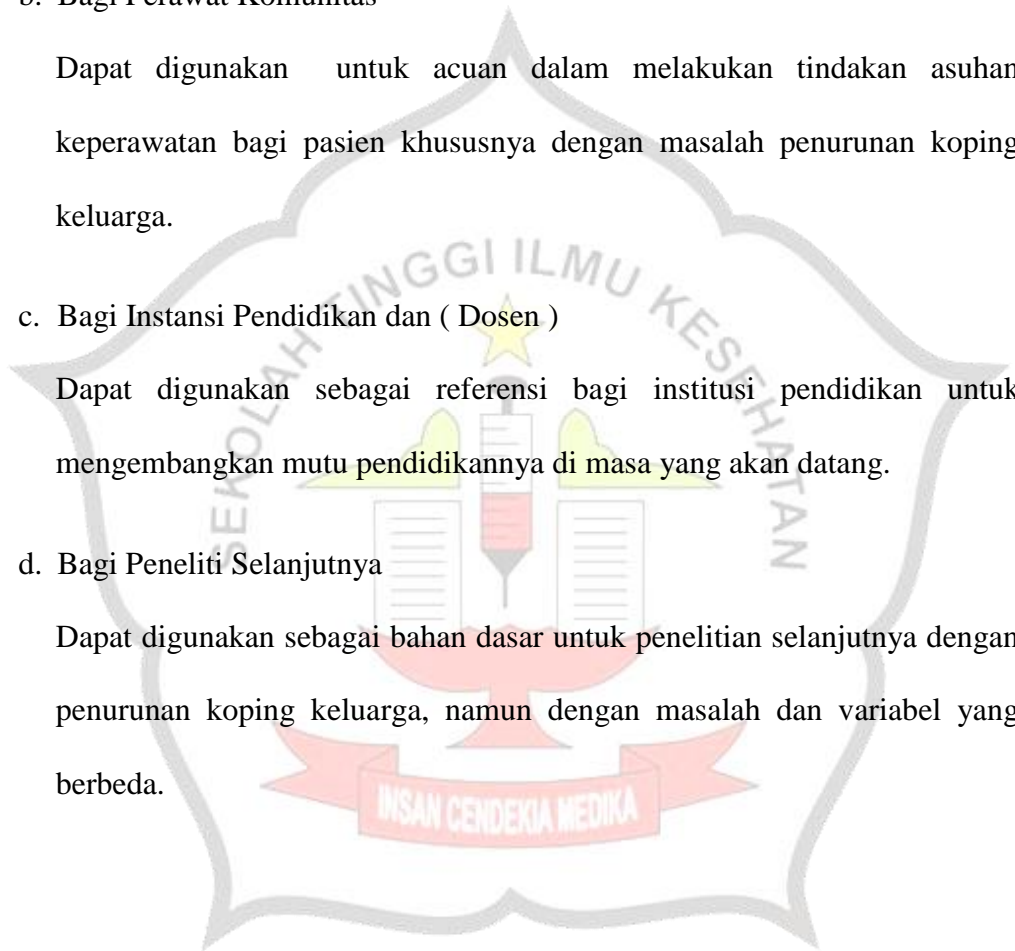
Dapat digunakan untuk acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya dengan masalah penurunan koping keluarga.

c. Bagi Instansi Pendidikan dan (Dosen)

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan mutu pendidikannya di masa yang akan datang.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai bahan dasar untuk penelitian selanjutnya dengan penurunan koping keluarga, namun dengan masalah dan variabel yang berbeda.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Keperawatan Kesehatan Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

- 1) 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 (Friedman, 2012).
- 2) Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 2012).
- 3) Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Murray dan Zentner, 2012).
- 4) Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik, dan dukungan ekonomi (Hanson, 2012)

- 5) Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan perkawinan, darah atau adopsi dan hidup dalam satu rumah yang saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing – masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Baylon dan Maglaya, 2012)
- 6) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes R.I,2012)
- 7) Keluarga menurut Stuart (2012), meliputi 5 sifat yaitu :
 - a. Keluarga merupakan unit suatu sistem.
 - b. Setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap.
 - c. Keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak.
 - d. Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga.

2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut Maclin (2012), pembagian tipe keluarga :

- 1) Keluarga Tradisional
 - a. Keluarga inti adalah keluarga yang 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 ditinggalkan.
 - 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 berjenis kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
 - d. Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.

Menurut Allender dan Spradley (2012), membagi tipe keluarga berdasarkan

a. Keluarga Tradisional

Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.

a) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.

b) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.

- c) *Single parent* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
- d) *Aingle adult*, yaitu rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.
- e) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- b. Keluarga non – tradisional
 - a) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

Menurut Carter dan Mc Goldrick (2012) dalam Setiawan dan Dermawan (2012), membagi tipe keluarga berdasarkan :

- (a) Keluarga berantai (*sereal family*), yaitu keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- (b) Keluarga berkomposisi, yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama – sama.
- (c) Keluarga kabitas, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa pernikahan.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (2012) ; Setiawan dan Dermawan (2012) yaitu :

a) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan peneliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai – nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam rumah keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan

spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

d) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber danan keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memnuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memnuhi kebutuhan keluarga.

e) Fungsi biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditunjukkan untuk menerusan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f) Fungsi psikologis

Fungsi biologis, terlihat bagaimana keluarga memberikankasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g) Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

2.1.4 Tahapan Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall dan Miller (2012) ; Carter dan Mc Goldrick (2012), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti berikut :

1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan enek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing – masing pasangan.

\

- 3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua bayi berumur 2 – 6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan pada anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- 4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6 – 13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13 – 20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak – anak, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- 6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak – anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit – sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing – masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak – anak.

- 8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, menyenangkan antar

pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

2.1.5 Level Pencegahan Perawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan keluarga, berfokus pada tiga level prevensi yaitu :

- a. Pencegahan primer (*primary prevention*), merupakan tahap pencegahan yang dilakukan sebelum masalah timbul, kegiatannya berupa pencegahan spesifik (*specific protection*) dan promosi kesehatan (*health promotion*) seperti pemberian pendidikan kesehatan, kebersihan diri, penggunaan sanitasi lingkungan yang bersih, olah raga, imunisasi, perubahan gaya hidup. Perawat keluarga harus membantu keluarga untuk memilik tanggung jawab kesehatan mereka sendiri, keluarga tetap mempunyai peran penting dalam membantu anggota keluarga untuk mencapai kehidupan yang lebih baik.
- b. Pencegahan sekunder (*secondary prevention*), yaitu tahap pencegahan kedua yang dilakukan pada awal masalah timbul maupun saat masalah berlangsung, dengan melakukan deteksi dini (*early diagnosis*) dan melakukan tindakan penyembuhan (*prompt treatment*) seperti screening kesehatan, deteksi dini adanya gangguan kesehatan.
- c. Pencegahan tersier (*tertiary prevention*), merupakan pencegahan yang dilakukan pada saat masalah kesehatan telah selesai, selain mencegah komplikasi juga meminimalkan keterbatasan (*disability limitation*) dan memaksimalkan fungsi melalui rehabilitasi (*rehabilitation*) seperti melakukan rujukan kesehatan, melakukan konseling kesehatan bagi yang bermasalah, memfasilitasi ketidakmampuan dan mencegah kematian.

Rehabilitasi meliputi upaya pemulihan terhadap penyakit atau luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal secara fisik, mental, sosial dan emosional.

2.1.6 Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi / penyebab masalah dan biasanya dikaji bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tandan dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sekitarnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber – sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

- d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

2.2. Konsep Diabetes Melitus

2.2.1 Definisi Diabetes Melitus

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

Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperglikemik

nonketotik (HHNK). Hiperglikemia jangka panjang dapat ikut menyebabkan komplikasi mikrovaskuler yang kronis (penyakit ginjal dan mata) dan komplikasi neuropati (penyakit pada syaraf). Diabetes juga disertai dengan peningkatan insidens penyakit makrovaskuler yang mencakup infark miokard, stroke dan penyakit vakuler perifer.

2.2.2 Tipe Diabetes Melitus

Ada beberapa tipe diabetes melitus yang berbeda ; penyakit ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya. Klasifikasi diabetes yang utama adalah :

- a) Tipe I : Diabetes melitus tergantung insulin (*insulin-dependent diabetes melitus* [IDDM])
- b) Tipe II : Diabetes melitus tidak tergantung insulin (*non-insulin-dependent diabetes melitus* [NIDDM])
- c) Diabetes melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.
- d) Diabetes melitus gestasional (*gestasional diabetes melitus* [GDM])

Kurang lebih 5% hingga 10% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tergantung insulin. Pada diabetes jenis ini, sel – sel beta pankreas yang dalam keadaan normal menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh suatu proses autoimun. Sebagai akibatnya, penyuntikan insulin diperlukan untuk mengendalikan kadar glukosa darah.

Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe II, yaitu tidak tergantung insulin. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat

penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes tipe II pada mulanya diatasi dengan diet dan latihan. Jika kenaikan glukosa darah tetap terjadi, terapi diet dan latihan tersebut dilengkapi dengan obat hipoglikemik oral. Pada sebagian penyandang diabetes tipe II, obat oral tidak mengendalikan keadaan hiperglikemia sehingga diperlukan penyuntikan insulin. Di samping itu, sebagian penyandang diabetes tipe II yang dapat mengendalikan penyakit diabetesnya dengan diet, latihan dan obat hipoglikemia oral mungkin memerlukan penyuntikan insulin dalam periode stres fisiologik akut (seperti sakit atau pembedahan). Diabetes tipe II paling sering ditemukan pada individu yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas.

2.2.3 Etiologi Diabetes Melitus

- a) Diabetes Tipe I ditandai oleh penghancuran sel – sel beta pankreas. Kombinasi faktor genetik, imunologi dan mungkin pula lingkungan (misalnya infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta. Faktor – faktor genetik, penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu presdiposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*human leucocyte antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Respon ini merupakan respon abnormal di mana antibodi terarah pada jaringan abnormal tubuh dengan cara beraksi terhadap jaringan tersebut

yang dianggapnya seolah – olah sebagai jaringan asing. Autoantibodi terhadap sel – sel pulau Langerhans dan insulin endogen internal terdeteksi pada saat diagnosis dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelumnya timbul tanda – tanda klinis diabetes tipe I. Riset dilakukan untuk mengevaluasi efek preparat immunosupresif terhadap perkembangan penyakit pada pasien diabetes tipe I yang baru terdiagnosis atau pada pasien pradiabetes (pasien dengan antibodi yang terdeteksi tetapi tidak memperlihatkan gejala klinis diabetes). Riset lainnya menyelidiki efek protektif yang ditimbulkan insulin dengan dosis kecil terhadap fungsi sel beta.

Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor – faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Sebagai contoh, hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta. Interaksi antara faktor – faktor genetik, imunologi dan lingkungan dalam etiologi diabetes melitus tipe I merupakan pokok perhatian riset yang terus berlanjut. Meskipun kejadian yang menimbulkan destruksi sel beta tidak dimengerti sebelumnya, namun pernyataan bahwa kerentanan genetik merupakan faktor dasar yang melandasi proses terjadinya diabetes tipe I merupakan hal yang secara umum dapat diterima.

- b) Diabetes melitus tipe II merupakan tipe diabetes melitus yang bukan terjadi disebabkan oleh rasio insulin di dalam sirkulasi darah, melainkan merupakan kelainan metabolisme yang disebabkan oleh mutasi pada banyak gen termasuk yang mengekspresikan disfungsi sel beta, gangguan

sekresi hormon insulin, resistensi sel yang biasanya ditandai dengan hiperglikemia. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus, namun karena sel sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal.

2.2.4 Patofisiologi Diabetes Melitus

Dalam patofisiologi DM tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu :

1. Resistensi insulin
2. Disfungsi sel B pancreas

Diabetes melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel B langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 2. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut. Pada awal perkembangan diabetes melitus tipe 2, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pankreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan

defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 memang umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin.

2.2.5 Faktor Resiko Diabetes Melitus

Peningkatan jumlah penderita DM yang sebagian besar DM tipe 2, berkaitan dengan beberapa faktor yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah, faktor risiko yang dapat diubah dan faktor lain. Menurut *American Diabetes Association* (ADA) bahwa DM berkaitan dengan faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi riwayat keluarga dengan DM (*first degree relative*), umur ≥ 45 tahun, etnik, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi > 4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah ($< 2,5$ kg). Faktor risiko yang dapat diubah meliputi obesitas berdasarkan IMT ≥ 25 kg/m² atau lingkar perut ≥ 80 cm pada wanita dan ≥ 90 cm pada laki-laki, kurangnya aktivitas fisik, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, hipertensi, dan diet tidak sehat, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat diubah misalnya umur, faktor genetik dan jenis kelamin.

Faktor risiko yang dapat diubah misalnya :

1) Obesitas (kegemukan)

Terdapat korelasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT > 23 dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg%. 1,2

2) Hipertensi

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi berhubungan erat dengan tidak tepatnya penyimpanan garam dan air, atau meningkatnya tekanan dari dalam tubuh pada sirkulasi pembuluh darah perifer.

3) Alkohol dan Rokok

Perubahan-perubahan dalam gaya hidup berhubungan dengan peningkatan frekuensi DM tipe 2. Walaupun kebanyakan peningkatan ini dihubungkan dengan peningkatan obesitas dan pengurangan aktifitas fisik, faktor-faktor lain yang berhubungan dengan perubahan dari lingkungan tradisional ke lingkungan kebarat-baratan yang meliputi perubahan-perubahan dalam konsumsi alkohol dan rokok, juga berperan dalam peningkatan DM tipe 2. Alkohol akan mengganggu metabolisme gula darah terutama pada penderita DM, sehingga akan mempersulit regulasi gula darah dan meningkatkan tekanan darah.

Faktor risiko yang tidak dapat diubah misalnya :

a. Umur

Berdasarkan penelitian, usia yang terbanyak terkena Diabetes Mellitus adalah > 45 tahun.

b. Riwayat persalinan

Riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat atau berat badan bayi > 4000gram

c. Faktor Genetik

DM tipe 2 berasal dari interaksi genetik dan berbagai faktor mental. Penyakit ini sudah lama dianggap berhubungan dengan agregasi familial. Risiko empiris dalam hal terjadinya DM tipe 2 akan meningkat dua

sampai enam kali lipat jika orang tua atau saudara kandung mengalami penyakit ini.

2.2.6 Gejala Klinis Diabetes Melitus

Gejala diabetes melitus dibedakan menjadi akut dan kronik. Gejala akut diabetes melitus yaitu :

1) Poliphagia (banyak makan)

Gejala ini disebabkan karena berkurangnya cadangan gula darah darah, sedangkan insulin tidak mampu menyalurkan gula sebagai sumber energi tubuh.

2) Polidipsia (banyak minum)

Karena sering buang air kecil, membuat tubuh merasa haus yang berlebihan. Akibatnya penderita diabetes melitus sering minum untuk menggantikan cairan yang keluar.

3) Poliuria (banyak kencing/sering kencing di malam hari)

4) Mudah lelah.

Pada penderita diabetes melitus yang telah akut, umumnya penderita mudah mengalami lelah, letih, seperti hilang tenaga. Gejala ini disebabkan karena tubuh kekurangan oksigen untuk membakar gula menjadi energi.

Gejala kronik diabetes melitus yaitu : Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada

ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg.

2.2.7 Diagnosis Diabetes Melitus

Keluhan dan gejala yang khas ditambah hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu >200 mg/dl, glukosa darah puasa >126 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Untuk diagnosis DM dan gangguan toleransi glukosa lainnya diperiksa glukosa darah 2 jam setelah beban glukosa. Sekurang kurangnya diperlukan kadar glukosa darah 2 kali abnormal untuk konfirmasi diagnosis DM pada hari yang lain atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) yang abnormal. Konfirmasi tidak diperlukan pada keadaan khas hiperglikemia dengan dekompensasi metabolik akut, seperti ketoasidosis, berat badan yang menurun cepat .

Ada perbedaan antara uji diagnostik DM dan pemeriksaan penyaring. Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang menunjukkan gejala DM, sedangkan pemeriksaan penyaring bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, tetapi punya resiko DM (usia > 45 tahun, berat badan lebih, hipertensi, riwayat keluarga DM, riwayat abortus berulang, melahirkan bayi > 4000 gr, kolesterol HDL ≤ 35 mg/dl, atau trigliserida ≥ 250 mg/dl). Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang positif uji penyaring.¹¹

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa, kemudian dapat diikuti dengan tes toleransi glukosa oral (TTGO) standart.

2.2.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Prinsip penatalaksanaan diabetes melitus secara umum ada lima sesuai dengan Konsensus Pengelolaan DM di Indonesia tahun 2006 adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

Tujuan Penatalaksanaan DM adalah :

Jangka pendek: hilangnya keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.

Jangka panjang: tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku.

1. Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70%, lemak 20-25% dan protein 10-15%. Untuk menentukan status gizi, dihitung dengan BMI (Body Mass Indeks). Indeks Massa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index* (BMI) merupakan alat atau cara yang

sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus berikut:

Berat Badan (Kg)

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Tinggi Badan (m) X Tinggi Badan (m)

2. Exercise (latihan fisik/olahraga)

Dianjurkan latihan secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai dengan *Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance (CRIPE)*. Training sesuai dengan kemampuan pasien. Sebagai contoh adalah olah raga ringan jalan kaki biasa selama 30 menit. Hindarkan kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

3. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pengelolaan. Pendidikan kesehatan pencegahan primer harus diberikan kepada kelompok masyarakat resiko tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada kelompok pasien DM. Sedangkan pendidikan kesehatan untuk pencegahan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap DM dengan penyulit menahun.

4. Obat : oral hipoglikemik, insulin

Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik

a) Antidiabetik oral

Penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik, dan mengontrol berat badan. Bagi pasien DM tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetik oral terutama ditujukan untuk penanganan pasien DM tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi dan karbohidrat serta olah raga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olah raga dilakukan, kadar gula darah tetap di atas 200 mg% dan HbA1c di atas 8%. Jadi obat ini bukan menggantikan upaya diet, melainkan membantunya. Pemilihan obat antidiabetik oral yang tepat sangat menentukan keberhasilan terapi diabetes. Pemilihan terapi menggunakan antidiabetik oral dapat dilakukan dengan satu jenis obat atau kombinasi. Pemilihan dan penentuan regimen antidiabetik oral yang digunakan harus mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit DM serta kondisi kesehatan pasien secara umum termasuk penyakit-penyakit lain dan komplikasi yang ada. Dalam hal ini obat hipoglikemik oral adalah termasuk golongan sulfonilurea, biguanid, inhibitor alfa glukosidase dan insulin sensitizing.

b) Insulin

Insulin merupakan protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam dua rantai yang dihubungkan dengan jembatan disulfide, terdapat perbedaan asam amino kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau

pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif. Insulin kadangkala dijadikan pilihan sementara, misalnya selama kehamilan. Namun pada pasien DM tipe 2 yang memburuk, penggantian insulin total menjadi kebutuhan. Insulin merupakan hormon yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat maupun metabolisme protein dan lemak. Fungsi insulin antara lain menaikkan pengambilan glukosa ke dalam sel-sel sebagian besar jaringan, menaikkan penguraian glukosa secara oksidatif, menaikkan pembentukan glikogen dalam hati dan otot serta mencegah penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa.

2.2.9 Komplikasi Diabetes Melitus

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut PERKENI komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

a. Komplikasi akut

Hipoglikemia, adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita DM tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali per minggu, Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

Hiperglikemia, hiperglikemia adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, Koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK) dan kemolakto asidosis.

b. Komplikasi Kronis

Komplikasi makrovaskuler, komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.

Komplikasi mikrovaskuler, komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi

2.2.10 Pencegahan Diabetes Melitus

Pencegahan penyakit diabetes melitus dibagi menjadi empat bagian yaitu :

1) Pencegahan Premordial

Pencegahan premordial adalah upaya untuk memberikan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakit tidak mendapat dukungan dari kebiasaan, gaya hidup dan faktor risiko lainnya. Prakondisi ini harus diciptakan dengan multimitra. Pencegahan premordial pada penyakit DM misalnya adalah menciptakan prakondisi sehingga masyarakat merasa bahwa konsumsi makan kebarat-baratan adalah suatu pola makan yang kurang baik, pola hidup santai atau kurang aktivitas, dan obesitas adalah kurang baik bagi kesehatan.

2). Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya yang ditujukan pada orang-orang yang termasuk kelompok risiko tinggi, yaitu mereka yang belum menderita DM, tetapi berpotensi untuk menderita DM diantaranya :

- a. Kelompok usia tua (>45tahun)
- b. Kegemukan ($BB(kg) > 120\%$ BB idaman atau $IMT > 27$ (kg/m^2))
- c. Tekanan darah tinggi ($> 140/90$ mmHg)
- d. Riwayat keuarga DM
- e. Riwayat kehamilan dengan BB bayi lahir > 4000 gr.

Untuk pencegahan primer harus dikenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya DM dan upaya untuk menghilangkan faktor-faktor tersebut. Oleh karena sangat penting dalam pencegahan ini. Sejak dini hendaknya telah ditanamkan pengertian tentang pentingnya kegiatan jasmani teratur, pola dan jenis makanan yang sehat menjaga badan agar tidak terlalu gemuk:, dan risiko merokok bagi kesehatan.

3) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit dengan tindakan deteksi dini dan memberikan pengobatan sejak awal penyakit. Dalam pengelolaan pasien DM, sejak awal sudah harus diwaspadai dan sedapat mungkin dicegah kemungkinan terjadinya penyulit menahun. Pilar utama pengelolaan DM meliputi:

- a. penyuluhan
- b. perencanaan makanan
- c. latihan jasmani

d. obat berkhasiat hipoglikemik.

4) Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier adalah upaya mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut dan merehabilitasi pasien sedini mungkin, sebelum kecacatan tersebut menetap. Pelayanan kesehatan yang holistik dan terintegrasi antar disiplin terkait sangat diperlukan, terutama dirumah sakit rujukan, misalnya para ahli sesama disiplin ilmu seperti ahli penyakit jantung, mata, rehabilitasi medis, gizi dan lain-lain.

2.3 Pengertian Dan Prinsip Diet Pada Penderita Diabetes Melitus

Diet diabetes mellitus merupakan pengaturan pola makan bagi penderita diabetes mellitus berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan (Sulistyowati, Lilis, 2011). Penderita diabetes mellitus didalam melaksanakan diet harus memperhatikan 3 J yaitu

1. Jumlah kalori yang dibutuhkan.
2. Jadwal makan yang harus diikuti.
3. Jenis makanan yang harus diperhatikan.

Prinsip diet bagi penderita DM adalah mengurangi dan mengatur konsumsi karbohidrat sehingga tidak menjadi beban bagi mekanisme pengaturan gula darah. Penderita diabetes melitus sering segera dikaitkan dengan tidak boleh makan gula. Memang benar gula menaikkan gula darah namun perlu diketahui bahwa semua makanan juga menaikkan gula darah. Pengaturan makan (diet) merupakan komponen utama keberhasilan pengelolaan Diabetes Mellitus, akan tetapi mempunyai kendala yang sangat besar yaitu kepatuhan seseorang untuk menjalaninya.

Prinsip pengaturan makan pada penderita diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk orang sehat masyarakat umum, yaitu makanan yang beragam bergizi dan berimbang atau lebih dikenal dengan gizi seimbang maksudnya adalah sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu.

2.3.1 Tujuan Dan Syarat Diet

Tujuan utama yang diharapkan dari pengaturan diet ini adalah untuk membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik. Sedangkan tujuan khusus yang diharapkan dari pengaturan diet pada penderita diabetes mellitus ini adalah:

1. Mempertahankan kadar Glukosa darah mendekati normal dengan keseimbangan asupan makanan dengan insulin (endogen atau eksogen) atau obat hipoglikemik oral dan tingkat aktifitas.
2. Mencapai kadar serum lipid yang optimal.
3. Memberikan energi yang cukup untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang memadai orang dewasa, mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada anak dan remaja, untuk meningkatkan kebutuhan metabolik selama kehamilan dan laktasi penyembuhan dari penyakit katabolik.
4. Menghindari dan menangani komplikasi akut orang dengan diabetes yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, penyakit-penyakit jangka pendek, masalah yang berhubungan dengan kelainan jasmani dan

komplikasi kronik diabetes seperti : penyakit ginjal, neuropati otomatis, hipertensi dan penyakit jantung.

5. Meningkatkan kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, maka diet yang diberikan harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a) Jumlah energi diberikan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan umur, jenis kelamin, tinggi badan, aktivitas fisik, proses pertumbuhan, dan kelainan metabolik.
- b) Jumlah karbohidrat disesuaikan dengan kesanggupan tubuh untuk menggunakannya, yaitu berkisar 60 – 70% dari total konsumsi. Makanan/minuman yang mengandung gula dibatasi, dan digunakan jenis karbohidrat kompleks/makanan yang berserat.
- c) Protein berkisar 12 – 20%, dan digunakan protein yang bernilai biologi tinggi (nilai cernanya tinggi).
- d) Lemak berkisar antara 20 – 25%, dan lemak jenuh serta kolestrol tidak dikonsumsi.
- e) Vitamin dan mineral diberikan sesuai dengan kebutuhannya.

Makanan-makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi oleh penderita Diabetes Mellitus adalah:

- (a) Sumber Karbohidrat kompleks, seperti beras/nasi, kentang, singkong, terigu, tapioka, gula, hunkue, makaroni, mie, bihun, roti, dan biskuit.
- (b) Protein Hewani, ayam tanpa kulit, daging tanpa lemak, ikan, dan telur maksimal 2x/minggu.

- (c) Sayuran semua sayuran dianjurkan terutama yang berserat tinggi atau berwarna hijau seperti bayam, kangkung, daun singkong, dll.
- (d) Buah semua buah dianjurkan terutama yang berserat tinggi menurut jumlah yang sudah ditentukan.

Makanan-makanan yang tidak dianjurkan untuk dikonsumsi oleh penderita Diabetes Mellitus adalah:

- (a) Makanan dan minuman yang mengandung gula murni seperti gula pasir/gula merah, susu kental manis, dodol, cake, selai, sirup, kue tart, jelly, dll
- (b) Makanan yang digoreng dan menggunakan santan kental (mengandung lemak jenuh).
- (c) Makanan yang mengandung banyak garam seperti ikan asin, telur asin, makanan yang diawetkan seperti saus, kecap, abon, sarden kaleng, buah kalengan, dll.

2.3.2 Pengaturan Diet Pada Diabetes Melitus Secara Umum

Pengaturan porsi makanan sedemikian rupa sehingga asupan zat gizi tersebar sepanjang hari. Penurunan berat badan ringan atau sedang (5-10 kg) sudah terbukti dapat meningkatkan kontrol diabetes, walaupun berat badan idaman tidak dicapai. Penurunan berat badan dapat diusahakan dicapai dengan baik dengan penurunan asupan energi yang moderat dan peningkatan pengeluaran energi. Dianjurkan pembatasan kalori sedang yaitu 250-500 kkal lebih rendah dari asupan rata-rata sehari.

Komposisi makanan yang dianjurkan meliputi:

1. Karbohidrat

Rekomendasi ADA tahun 1994 lebih memfokuskan pada jumlah total karbohidrat daripada jenisnya. Rekomendasi untuk sukrosa lebih liberal. Buah dan susu sudah terbukti mempunyai respon glikemik yang lebih rendah dari pada sebagian besar tepung-tepungan. Walaupun berbagai tepung-tepungan mempunyai respon glikemik yang berbeda, prioritas hendaknya lebih pada jumlah total karbohidrat yang dikonsumsi daripada sumber karbohidrat. Anjuran konsumsi karbohidrat untuk penderita diabetes melitus di Indonesia :

- a) 45-65% total asupan energi.
- b) Pembatasan karbohidrat tidak dianjurkan < 130 g/hari.
- c) Makanan harus mengandung lebih banyak karbohidrat terutama berserat tinggi.
- d) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% sehari (3-4 sdm).
- e) Makan 3 kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari.

Penggunaan pemanis alternatif pada diabetes melitus, aman digunakan asal tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake*).

- a) Fruktosa < 50 gr/hr, jika berlebih menyebabkan diare.
- b) Sorbitol < 30 gr, jika berlebih menyebabkan kembung.
- c) Manitol < 20 gr/hr.
- d) Aspartam 0 mg/ kg BB/hr.
- e) Sakarin 1 gr/hr.

- f) Acesulfame K 15 mg/kg BB/hr.
- g) Siklamat 11 mg/kg BB/hr.

Bukti ilmiah menunjukkan bahwa penggunaan sukrosa sebagai bagian dari perencanaan makan tidak memperburuk kontrol glukosa darah pada individu dengan diabetes tipe 1 dan 2. Sukrosa dari makanan harus diperhitungkan sebagai pengganti karbohidrat makanan lain dan tidak hanya dengan menambahkannya pada perencanaan makan. Dalam melakukan substitusi ini kandungan zat gizi dari makanan-makanan manis yang pekat dan kandungan zat gizi lain dari makanan yang mengandung sukrosa harus dipertimbangkan, seperti lemak yang sering ada bersama sukrosa dalam makanan. Fruktosa menaikkan glukosa plasma lebih kecil daripada sukrosa dan kebanyakan karbohidrat jenis tepung-tepungan. Dalam hal ini fruktosa dapat memberikan keuntungan sebagai bahan pemanis pada diet diabetes. Namun pengaruhnya dalam jumlah besar (20% energi) potensial merugikan pada kolesterol dan LDL. Penderita disipemia hendaknya menghindari mengkonsumsi fruktosa dalam jumlah besar, namun tidak ada alasan untuk menghindari makanan seperti buah-buahan dan sayuran yang mengandung fruktosa alami maupun konsumsi sejumlah sedang makanan yang mengandung pemanis fruktosa. Sorbitol, manitol, dan xylitol adalah gula alkohol biasa mengandung 7 kalori/gram menghasilkan respon glikemik lebih rendah daripada sukrosa dan karbohidrat lain. Penggunaan pemanis tersebut secara berlebihan dapat mempunyai pengaruh laksatif. Sakarin, aspartame adalah pemanis tak bergizi yang dapat diterima sebagai pemanis pada semua penderita DM.

2. Serat

Rekomendasi asupan serat untuk orang dengan diabetes sama dengan untuk orang yang tidak diabetes yaitu dianjurkan mengkonsumsi 20-35 gr serat makanan dari berbagai sumber bahan makanan. Di Indonesia anjurannya adalah kira-kira 25 gr/1000 kalori/ hari dengan mengutamakan serat larut air.

3. Protein

Menurut konsensus pengelolaan diabetes di Indonesia tahun 2006 kebutuhan protein untuk penderita diabetis melitus 15%-20% energi. Perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg berat badan perhari atau 10% dari kebutuhan energi dengan timbulnya nefropati pada orang dewasa dan 65% hendaknya bernilai biologic tinggi. Sumber protein yang baik adalah ikan, seafood, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan dan tahu-tempe.

4. Garam

Anjuran asupan untuk orang dengan diabetes sama dengan penduduk biasa yaitu tidak lebih dari 3000 mgr atau sama dengan 6-7 g (1 sdt) garam dapur, sedangkan bagi yang menderita hipertensi ringan sampai sedang, dianjurkan 2400 mgr natrium perhari atau sama dengan 6 gr/hari garam dapur. Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin dan soda.

Kebutuhan kalori sesuai untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Komposisi energy adalah 45-65% dari karbohidrat, 10-20% dari protein dan 20-25% dari lemak. Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan orang dengan diabetes. Di antaranya adalah dengan

memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kg BB ideal, ditambah dan dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu jenis kelamin, umur, aktivitas, kehamilan/laktasi, adanya komplikasi dan berat badan.

Perhitungan berat badan ideal (BBI) dengan rumus Brocca yang di modifikasi :

1. $BBI = 90\% \times (TB \text{ dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$.
2. Bagi pria dengan TB di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus modifikasi menjadi: $BBI = (TB \text{ dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg} \cdot BB$
3. Normal : bila BB ideal $\pm 10\%$.
4. Kurus : $< BBI - 10\%$
5. Gemuk : $> BBI + 10\%$

Faktor-faktor penentu kebutuhan energi yaitu :

- a. Jenis kelamin

Kebutuhan kalori wanita sebesar 25 kkal/kg BB ideal dan pria 30 kkal/kg BB ideal

- b. Umur Pasien

Usia > 40 tahun, kebutuhan kalori :
· 40-59 tahun dikurangi 5% dari energi basal.
· 60-69 tahun dikurangi 10 % dari energi basal.
· > 70 tahun dikurangi 20% dari energi basal. Pada bayi dan anak-anak kebutuhan kalori adalah jauh lebih tinggi daripada orang dewasa, dalam tahun pertama bisa mencapai 112 kal/kg BB. Umur 1 tahun membutuhkan lebih kurang 1000 kalori dan selanjutnya pada anak-anak lebih daripada 1 tahun mendapat tambahan 100 kalori untuk tiap tahunnya.

c. Aktifitas fisik atau pekerjaan

Kebutuhan kalori ditambah sesuai dengan intensitas aktifitas fisik.

2.3.3 Pengaturan Makanan Pada DM Tipe II

Pada penderita DM tipe II, pengaturan makanan merupakan hal yang sangat penting. Bila hasil pengaturan makanan tidak sesuai dengan yang diharapkan, diperlukan obat-obat hipoglikemia OAD (*oral anti-diabetic*) atau insulin.

Mayoritas penderita DM tipe II mengalami obesitas, oleh karena itu tujuan utama dari pengaturan makanan adalah menurunkan berat badan ke berat badan ideal. Untuk itu penderita diberi diet rendah kalori atau rendah energi. Dengan diet rendah kalori, pada umumnya keadaan hiperglikemia dapat diperbaiki. Pada beberapa penderita, pengurangan jumlah total energi waktu puasa dapat menormalkan kadar glukosa.

Pengaturan makan penderita diabetes melitus meliputi :

- a) Makan 3 kali makanan utama dan 2-3 kali camilan per hari dengan interval waktu sekitar 3 jam.
- b) Makan camilan yang rendah kalori dengan indeks glikemik yang rendah dan indeks kekenyangan yang tinggi, seperti kolang-kaling, cincau, agar-agar, rumput laut, pisang rebus, kacang hijau serta kacang-kacangan lainnya, sayuran rendah kalori dan buah-buahan yang tidak manis (apel, belimbing, jambu) serta alpukat.
- c) Hindari kebiasaan minum sari buah secara berlebihan, khususnya pada pagi hari dan gantikan dengan minuman yang berserat dari kelompok

sayuran yang rendah kalori seperti blender tomat, ketimun, dan labu siam yang sudah direbus.

- d) Sertakan rebusan buncis dan sayuran lain yang dapat membantu mengendalikan glukosa darah dalam menu sayuran sedikitnya dua kali sehari. Buncis, bawang dan beberapa sayuran lunak lain (pare, terong, gambas, labu siam) dianggap dapat membantu mengendalikan kadar glukosa darah karena kandungan seratnya.
- e) Biasakan sarapan dengan sereal tinggi serat, seperti havermout kacang hijau, jagung rebus, atau roti bekatul (*whole wheat bread*) setiap hari.
- f) Makanan pokok bisa bervariasi antara nasi (sebaiknya nasi beras merah/beras tumbuk), kentang, roti (sebaiknya roti bekatul/*whole wheat bread*) dan jagung. Jangan menggabungkan dua atau lebih makanan pokok seperti nasi dengan lauk mi goreng dan perkedel kentang (karena ketiganya memiliki indeks glikemik yang tinggi).
- g) Hindari penambahan gula pasir pada minuman (kopi, teh) dan makanan sereal.
- h) Makanan camilan dan minuman bebas gula yang tersedia di pasaran. Penyandang diabetes yang gemar memasak dapat membuat kue-kue basah seperti wafel yang terdiri atas tepung gandum utuh, havermout, putih telur, susu skim dan sedikit buah-buahan dengan aroma yang mengundang selera misalnya pisang, stroberi, nanas.
- i) Biasakan membuang lemak/gaji dari daging sebelum memasaknya. Kurangi konsumsi daging merah yang dapat diganti dengan daging putih seperti daging ayam atau ikan.

- j) Gunakan minyak goreng dalam jumlah terbatas (kurang lebih setengah sendok makan untuk sekalimakan). Biasakan memasak dengan cara menumis, merebus, memepes, memanggang serta menanak, dan hindari kebiasaan menggoreng makanan dengan banyak minyak.
- k) Biasakan makan makanan vegetarian pada waktu santap malam.
- l) Dalam membuat menu yang menggunakan telur, setiap merah telur dapat diganti dengan dua buah putih telur, santan dapat diganti dengan susu skim, dan minyak diganti dengan saus apel. Untuk menu yang memerlukan kecap, gunakan kecap diet dalam jumlah terbatas.
- m) Biasakan berjalan sedikitnya 3 kali seminggu selama >30 menit.

2.4. Konsep Dasar Mekanisme Koping

2.4.1 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan, luka, kehilangan, atau ancaman (Siswanto, 2007). Mekanisme koping lebih mengarah pada yang orang lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau yang membangkitkan emosi. Penyesuaian diri dalam menghadapi stres, dalam konsep kesehatan mental dikenal dengan istilah koping (Lubis, 2006). Jadi menurut Siswanto dan Lubis mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku.

2.3.2 Penggolongan Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Nasir, 2010) yaitu :

- a. Mekanisme koping adaptif, adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.
- b. Mekanisme koping maladaptive, adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan tononi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

Mekanisme koping juga dibedakan menjadi dua tipe menurut (Kozier, 2004) yaitu:

- a. Mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*), meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi dan meminta nasehat.
- b. Mekanisme koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*), meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang sering merasa lebih baik.

2.4.3 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping.

Factor - faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping, yaitu (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam Nasir dan Muhith, 2011) :

- a. Kesehatan fisik, kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.
- b. Keyakinan atau pandangan positif, keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe *problem-solving focused coping*.
- c. Keterampilan memecahkan masalah, keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencanadengan melakukan suatu tindakan yang tepat.
- d. Keterampilan social, keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat.
- e. Dukungan social, dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

2.4.4 Kemampuan Koping Terhadap Stres

Peristiwa dalam lingkungan yang menimbulkan perasaan tegang disebut sebagai stresor. Pekerjaan dapat menjadi stresor pada individu. (Robbins, 1996 dalam Nasir dan Muhith, 2011) menyebutkan tiga faktor yang dapat menjadi stresor di lingkungan pekerjaan, yaitu :

- a. Faktor organisasional, tuntutan tugas, tuntutan peran, tuntutan antarpribadi, struktur organisasi, kepemimpinan dalam organisasi.
- b. Faktor individual, faktor-faktor dalam kehidupan pribadi karyawan, yang berasal dari masalah keluarga, masalah ekonomi, dan karakteristik kepribadian yang inheren.
- c. Faktor lingkungan, faktor lingkungan berupa ketidakpastian lingkungan yang akan mempengaruhi desain dari struktur organisasi. Faktor tersebut meliputi ketidakpastian ekonomis, politik, dan teknologis. Dalam penelitian ini digunakan stresor yang relevan dan dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu stresor berkaitan dengan tugas, serta masalah pribadi dan sosial. Stresor yang berkaitan dengan tugas meliputi tuntutan tugas, tuntutan peran, struktur organisasi, kepemimpinan organisasi, dan ketidakpastian.

2.4.5 Hasil dari koping (*coping outcome*)

Koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang dapat dikuasainya. Sesuai dengan pernyataan tersebut, Cohen dan Lazarus, dalam Taylor (1991), mengemukakan agar koping dilakukan dengan efektif, maka

strategi koping perlu mengacu pada lima fungsi tugas koping yang terkenal dengan istilah coping task (Lazarus dan Folkman 1984 dalam Nasir, 2011), yaitu sebagai berikut :

- a. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya.
- b. Mentoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negative.
- c. Mempertahankan gambaran diri yang positif.
- d. Mempertahankan keseimbangan emosional.
- e. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain.

Efektivitas koping bergantung pada keberhasilan pemenuhan coping task. Individu tidak harus memenuhi semua coping task untuk dikatakan berhasil melakukan koping dengan baik. Setelah koping dapat memenuhi sebagian atas semua fungsi tugas tersebut, maka dapat terlihat bagaimana coping outcome yang dialami tiap individu. Coping outcome adalah criteria hasil koping untuk menentukan keberhasilan koping.

Beberapa criteria coping outcome menurut (Taylor 1991:95 dalam Nasir,2011), sebagai berikut :

- a) Ukuran fungsi fisiologis, yaitu koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indicator dan membangkitkan (arouosal) stress seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan system pernafasan.
- b) Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan beberapa cepat ia dapat kembali. Koping

dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum mengalami stress.

- c) Efektivitas dalam mengurangi psychological distress. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

2.4.6 Gaya Koping

Merupakan penentuan dari gaya seseorang atau ciri-ciri tertentu dari seseorang dalam memecahkan suatu masalah berdasarkan tuntutan yang dihadapi.

Gaya koping dicirikan sebagai berikut (Nasir, 2011) :

- a) Gaya Koping Positif, merupakan gaya koping yang mampu mendukung integritas ego. Berikut ini adalah macam gaya koping positif :
 - (a) *Problem solving*, merupakan usaha untuk memecahkan suatu masalah. Masalah harus dihadapi dan dipecahkan, dan bukan dihindari atau ditekan di alam bawah sadar, seakan-akan masalah itu tidak berarti. Pemecahan masalah ini digunakan sebagai cara untuk menghindari tekanan atau beban psikologis akibat adanya stresor yang masuk dalam diri seseorang.
 - (b) *Utilizing social support*, merupakan tindak lanjut dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi ketika masalah itu belum terselesaikan. Hal ini tidak lepas dari keterbatasan manusia dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tidak semua orang mampu menyelesaikan masalahnya sendiri. Hal ini terjadi karena rumitnya masalah yang dihadapi. Untuk itu sebagai makhluk sosial, bila seseorang mempunyai masalah yang tidak mampu diselesaikannya

sendiri, seharusnya tidak disimpan sendiri dalam pikirannya, namun carilah dukungan dari orang lain yang dapat dipercaya dan mampu memberikan bantuan dalam bentuk masukan dan saran dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi tersebut. Semakin banyak dukungan dari orang lain, maka semakin efektif upaya penyelesaian masalahnya.

(c) *Looking for silver lining*, kepelikan masalah yang dihadapi terkadang akan membawa kebuntuan dalam upaya menyelesaikan masalah. Walaupun sudah ada upaya maksimal, terkadang masalah tersebut belum didapatkan titik temunya. Sesulit dan sepele apapun masalah yang dihadapi, setidaknya manusia harus tetap berpikir positif dan diambil hikmahnya. Tidak ada seorang pun yang terbebas dari masalah karena dengan masalah itu manusia berpikir, bertindak, dan berperilaku.

(d) Gaya Koping Negatif, merupakan gaya koping yang akan menurunkan integritas ego, di mana penentuan cara koping akan merusak dan merugikan dirinya sendiri, yang terdiri atas hal-hal sebagai berikut :

a. *Avoidance*,

Merupakan bentuk dari proses internalisasi terhadap suatu pemecahan masalah ke dalam alam bawah sadar dengan menghilangkan atau membebaskan diri dari suatu tekanan mental akibat masalah-masalah yang dihadapi. Cara ini dapat dikatakan sebagai usaha untuk mengatasi situasi tertekan dengan lari dari

situasi tersebut atau menghindari masalah yang berujung pada penumpukan masalah di kemudian hari. Bentuk pelarian diri di antaranya dengan beralih pada hal lain, seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan dengan tujuan menghilangkan masalah sesaat untuk tujuan sesaat, padahal hanya merupakan upaya untuk menunda masalah dan bukan menyelesaikan masalah.

b. *Self-blame*,

Merupakan bentuk dari ketidakberdayaan atas masalah yang dihadapi dengan menyalahkan diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal. Kegagalan orang lain dialihkan dengan menyalahkan dirinya sendiri sehingga menekan kreativitas dan ide yang berdampak pada penarikan diri dari struktur sosial.

c. *Wishfull thinking*,

Merupakan kegagalan dalam mencapai tujuan yang diinginkan seharusnya tidak menjadikan seseorang berada pada kesedihan yang mendalam. Hal ini terjadi karena dalam penentuan standar diri, diset atau dikondisikan terlalu tinggi sehingga sulit untuk dicapai. Penentuan standar yang terlalu tinggi menjadikan seseorang teerbuai dalam khayalan dan impian tanpa kehadiran fakta yang nyata.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan keluarga merupakan suatu proses yang kompleks dan bersifat dinamis, menggunakan pendekatan yang sistematis pada keluarga dan anggota keluarga dengan menggunakan metode ilmiah. (Dion & Betan, 2009).

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. (Widyanto, 2010).

Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga yaitu :

1. Data Umum Keluarga

Pengkajian data umum keluarga meliputi :

2. Nama Kepala Keluarga (KK)

Data ini berisi siapa orang yang menjadi pemimpin dalam keluarga pasien yang menjadi responden.

a. Alamat dan telepon

Data ini menjelaskan tentang dimana alamat rumah keluarga yang menjadi responden dalam penelitian yang dipakai, serta bagaimana cara pihak peneliti menghubungi pihak responden.

b. Pekerjaan KK

Data ini menjelaskan tentang apa pekerjaan sehari-hari dari kepala keluarga pihak responden.

Pendidikan KK

c. Data ini berisi tentang apa pendidikan terakhir dari kepala keluarga pihak responden :

a. Komposisi keluarga dengan genogram

b. Genogram/ Silsilah Keluarga :

Data genogram berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang dipakai.

c. Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.

d. Suku Bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti jiwa, sunda, batak, dan lain sebagainya.

e. Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan aturan agama yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

f. Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan KK maupun anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta harta kekayaan atau barang-barang yang dimiliki keluarga.

g. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau refreshing. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton TV, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

4. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga yang saat ini.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga yang saat ini belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

c. Riwayat keluarga inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami istri.

1. Pengkajian lingkungan

a. Karakteristik rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah (SPAL), air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/WC, denah rumah, serta jarak WC ke sumber air

b. Karakteristik tetangga dan komunitas setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

c. Mobilitas geografis keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat dan dampaknya terhadap kondisi keluarga.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.

e. Sistem Pendukung Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya :

1) Struktur Komunikasi Keluarga

(1) Pola Komunikasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta cara keluarga memecahkan masalah.

(2) Struktur Kekuatan Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah.

(3) Struktur Peran

Data ini menjelaskan mengenai tentang menjelaskan peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

(4) Nilai/Norma Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan

(5) Fungsi Keluarga

a) Fungsi Afektif

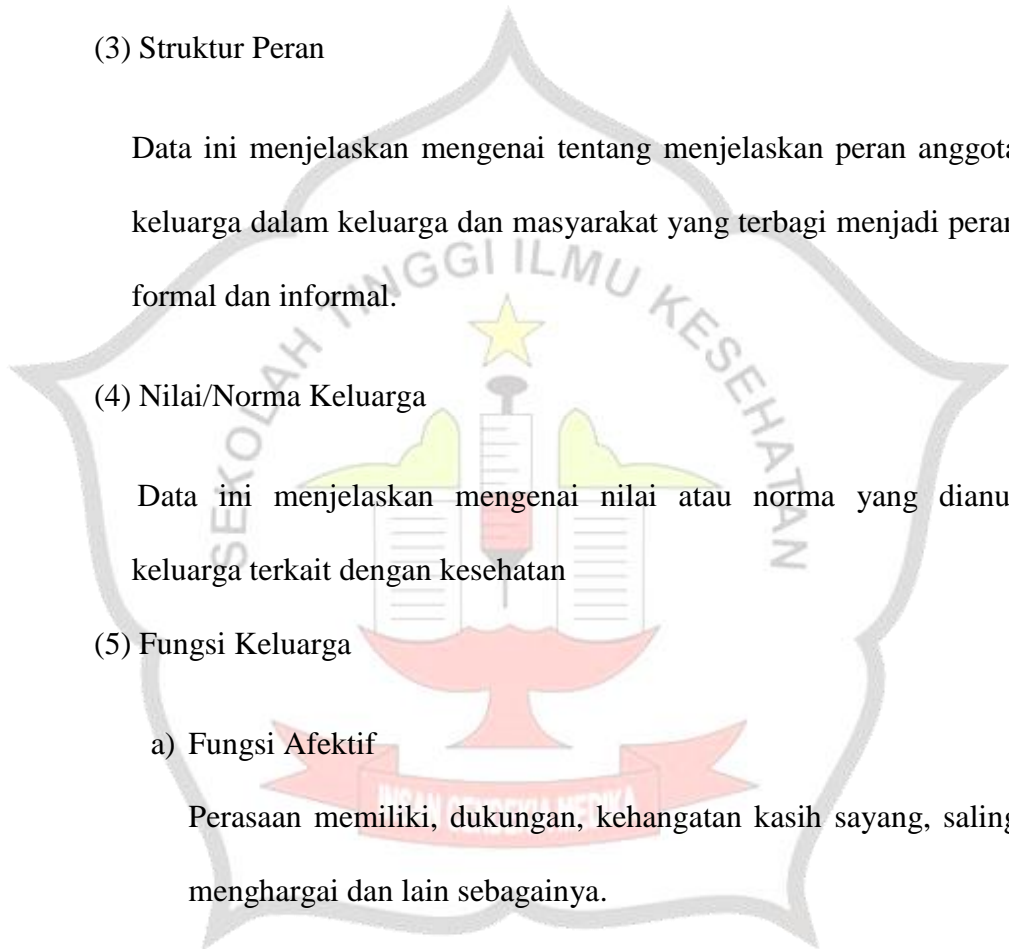
Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan kasih sayang, saling menghargai dan lain sebagainya.

b) Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

c) Fungsi Perawatan Kesehatan

a. Mengenal Masalah Kesehatan



Sejauhmana keluarga mengetahui fakta kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, penyebab serta persepsi keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami keluarga.

b. Mengambil Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat

1) Sejauhmana keluarga mengerti sifat dan luasnya masalah.

2) Apakah masalah yang dirasakan keluarga.

3) Apakah keluarga menyerah dengan masalah tersebut.

4) Apakah keluarga merasa takut akibat dari tindakan terhadap penyakit yang diderita.

5) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan.

6) Apakah masalah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada.

7) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah tentang masalah yang sedang dihadapi.

8) Stress dan Koping Keluarga

d) Stress jangka pendek dan jangka panjang.

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

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

3. Kemampuan keluarga merespon stresor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauhmana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor yang ada saat ini.

a) Strategi koping yang digunakan

b) Strategi koping disfungsional

4. Pemeriksaan fisik

Semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik di tempat pelayanan kesehatan. Seperti dilakukan inspeksi, palpasi, perkusi, maupun auskultasi dari ujung rambut kepala sampai ujung kaki (head to toe).

5. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.5.2 Diagnosis

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan diagnosis diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis kemudian penentuan prioritas diagnosis. Analisis data dilakukan dengan mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subyektif dan data obyektif..

Rumusan masalah berdasarkan NANDA dan etiologi berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga terdiri dari

mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan.

Adapun beberapa dari masalah keperawatan keluarga adalah :

- 1) Ketidakefektifan perencanaan aktivitas.
- 2) Ketidakmampuan koping keluarga.
- 3) Penurunan koping keluarga.
- 4) Ketidakberdayaan.

2.5.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan jangka panjang (tujuan umum), (Widyanto, 2010)

Rencana tindakan ini diarahkan untuk membantu keluarga mengubah pengetahuan menjadi lebih baik,

2.5.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Tabel Nanda Noc-Nic 2015 Penurunan Koping Keluarga

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Penurunan koping keluarga Definisi : Orang terdekat anggota keluarga atau sahabat yang memberikan dukungan, rasa nyaman, bantuan, atau motivasi tidak adekuat, tidak eektif, atau mengalami penurunan yang mungkin diperlukan oleh klien untuk mengelola atau menguasai tugas – tugas adaptif terkait masalah kesehatan.</p>	<p>NOC Family Coping, Disable Caregiver Stressors Kriteria Hasil : A. Keluarga tidak mengalami penurunan koping keluarga. B. Hubungan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan adekuat.. C. Kesejahteraan emosi pemberi asuhan kesehatan keluarga. D. Koping keluarga meningkat.</p>	<p>NIC Coping Enhancement : A. Dukungan Pemberi Asuhan : Menyediakan informasi penting, advokasi, dan dukungan yang dibutuhkan untuk memfasilitasi perawatan primer pasien selain dari profesional kesehatan. B. Peningkatan Koping : Membantu pasien beradaptasi dengan</p>

<p>Batasan Karakteristik : Obyektif</p>	<p>E. Normalisasi keluarga yang memuaskan.</p>	<p>persepsi stressor, perubahan, atau ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntutan dan peran hidup.</p>
<p>A. Orang terdekat mengupayakan perilaku asistif/membantu dengan hasil yang tidak memuaskan.</p> <p>B. Orang terdekat mengupayakan perilaku suportif/mendukung dengan hasil yang tidak memuaskan.</p> <p>C. Orang terdekat menunjukkan perilaku protektif yang tidak sesuai dengan kemampuan klien.</p> <p>D. Orang terdekat menunjukkan perilaku protektif yang tidak sesuai dengan kebutuhan otonomi klien.</p> <p>E. Orang terdekat memasuki komunikasi personal yang terbatas dengan klien.</p> <p>F. Orang terdekat menarik diri dari klien.</p>	<p>F. Performa yang baik pemberi asuhan langsung dan tidak langsung.</p>	<p>C. Dukungan emosi : memberikan penenangan, penerimaan, dan dorongan selama periode stres.</p> <p>D. Promosi keterlibatan keluarga : Memfasilitasi partisipasi keluarga dalam perawatan emosi dan fisik pasien.</p> <p>E. Mobilitas Keluarga : Penggunaan kekuatan keluarga untuk mempengaruhi kesehatan pasien ke arah yang positif.</p>
<p>Subyektif</p>		<p>F. Pemeliharaan proses keluarga : Meminimalkan dampak gangguan proses keluarga.</p>
<p>A. Klien mengungkapkan keluhan mengenai respons orang terdekat terhadap masalah kesehatan.</p> <p>B. Orang terdekat mengungkapkan pemahaman yang tidak adekuat yang mengganggu.</p> <p>C. Orang terdekat menggambarkan preokupasi dengan reaksi personal.</p>		<p>G. Dukungan keluarga : Meningkatkan nilai, minat dan tujuan keluarga.</p> <p>H. Panduan sistem kesehatan : Memfasilitasi lokal pasien dan penggunaan pelayanan kesehatan yang sesuai.</p>
<p>Faktor yang berhubungan :</p>		<p>I. Fasilitas pembelajaran : Meningkatkan Kemampuan untuk memproses dan memahami informasi.</p>
<p>A. Perilaku peserta yang mempengaruhi orang yang penting bagi klien.</p> <p>B. Krisis perkembangan yang dapat dihadapi orang – orang yang penting bagi klien.</p> <p>C. Kelelahan dalam kemampuan suportif.</p> <p>D. Informasi yang didapat oleh orang yang penting bagi klien tidak adekuat.</p> <p>E. Kurang dukungan timbal balik.</p> <p>F. Sedikit dukungan yang diberikan pada klien dan selanjutnya, untuk orang yang penting bagi klien.</p> <p>G. Krisis situasional yang dapat dihadapi orang yang penting bagi klien.</p>		<p>J. Membantu orang tua dan keluarga selain anak sakit kronis atau yang mengalami ketunandayaan kronis dalam memberikan pengalaman hidup normal untuk anak – anak dan keluarga mereka.</p> <p>K. Rawat rehat : Memberikan perawatan</p>

-
- H. Disorganisasi keluarga yang sementara.
 - I. Kegelisahan sementara dari orang yang penting bagi klien.

jangka pendek.

Caregiver Support :

- A. Monitor masalah keluarga yang mengganggu interaksi untuk peduli kepada pasien.
- B. Monitor untuk indikasi stres.
- C. Lihat bagaimana pendukung/ keluarga menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam pengambilan keputusan.
- D. Ajarkan pendukung/keluarga bagaimana management stres.
- E. Ajarkan pemberi dukungan strategi untuk mengakses dan memaksimalkan pelayanan kesehatan dan kesehatan komunitas.

2.5.4 Implementasi

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan seperti ini, perawat seharusnya tidak boleh bekerja sendiri dan melibatkan keluarga serta disiplin ilmu lain.

1) Tahap-tahap tindakan

- a. Persiapan alat: tugas perawat adalah mempersiapkan alat-alat apa saja yang di butuhkan selama melakukan perawatan.
- b. Persiapan pasien: tugas perawat adalah melakukan kontrak dengan pasien dan/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan (waktu, jenis tindakan, dll).

- c. Persiapan tempat: tugas perawat adalah mempersiapkan tempat yang aman bagi pasien jika melakukan tindakan yang perlu menjaga privasi klien.
- d. Pelaksanaan tindakan : dalam melaksanakan tindakan, perawat harus benar-benar melibatkan klien dan/keluarga.

2) Tipe tindakan

a. Tindakan diagnostic :

- a) Wawancara dengan klien;
- b) Observasi dan pemeriksaan fisik;
- c) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana, misalnya : pemeriksaan Hb.

b. Tindakan terapeutik

Yang dimaksudkan adalah segala tindakan untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah klien. Misalnya : melakukan tindakan untuk tidak terjadi dehidrasi pada klien diare.

c. Tindakan edukatif

Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien, seperti : menjelaskan kepada klien tentang tata cara pengobatan pada pasien diare.

d. Tindakan merujuk

Yaitu tindakan yang didalamnya melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

3) Dokumentasi

Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan, harus melakukan dokumentasi yang lengkap dan akurat.

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Terdapat dua jenis evaluasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, yaitu sebagai berikut :

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

2) Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan.

Ada beberapa metode yang perlu di laksanakan dalam melakukan evaluasi, di antaranya :

- a. Observasi langsung
- b. Wawancara
- c. Memeriksa laporan
- d. Latihan simulasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryono,2013). Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif melalui studi kasus.

Sebuah studi kasus adalah eksplorasi mendalam dari sistem terikat berdasarkan pengumpulan data yang luas. Studi kasus melibatkan investigasi kasus yang dapat didefinisikan sebagai suatu obyek studi yang dibatasi atau terpisah untuk peneliti dalam hal waktu, tempat atau batas-batas fisik. Setelah kasus didefinisikan dengan jelas, peneliti menyelidiki secara mendalam, biasanya menggunakan beberapa metode pengumpulan data, seperti wawancara, observasi lapangan dan dokumentasi.

Dalam studi kasus ini peneliti mengeksplorasi masalah tentang asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami diabetes melitus dengan masalah penurunan koping keluarga di Desa Janti Kec. Mojoagung Kab. Jombang.

3.2 Batasan Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

- a. Asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, implementasi dan evaluasi yang ditunjukkan kepada 2 klien (keluarga) dengan anggota keluarga yang mengalami diabetes melitus dengan masalah penurunan coping keluarga.
- b. Klien adalah seseorang yang menerima perawatan medis (setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada pelayanan kesehatan / dokter atau perawat).
- c. 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.
- d. Diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan karakteristik hiperglikemia dan terjadi akibat efek sekresi insulin.
- e. Masalah diartikan sebagai penyimpangan antara maksud yang ingin dicapai dengan hasil realita yang ada tidak sesuai dengan keinginan.

- d. Penurunan koping keluarga yaitu orang utama pendukung mengalami penurunan dalam memberikan dukungan atau motivasi yang diperlukan oleh klien untuk mengelola terkait masalah kesehatannya.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah subyek yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. Partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan menggunakan metode purposive. Metode purposive adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu studi kasus dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam studi kasus, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam,2013).

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga yang mengalami masalah penurunan koping, yang mempunyai syarat dan kriteria sebagai berikut:

1. Keluarga yang bersedia untuk diteliti.
2. Keluarga yang mampu berkomunikasi dengan baik.
3. Keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami diabetes melitus dengan masalah penurunan koping.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat atau wilayah dimana penelitian tersebut akan dilakukan.

3.4.1 Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Desa Janti Kecamatan Mojoagung.

3.4.2 Waktu studi kasus untuk penelitian ini dimulai dari bulan Desember hingga bulan Maret

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahapan dalam proses penelitian yang penting, karena hanya dengan mendapatkan data yang tepat maka, proses penelitian akan berlangsung sampai mendapatkan jawaban dari perumusan masalah yang sudah ditetapkan (Nursalam, 2011).

Adapun teknik menggunakan pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau penderian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (*responden*), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Saryono,2013)

Data studi kasus didapat peneliti melalui wawancara secara langsung kepada keluarga yang mengalami penurunan koping. Materi wawancara meliputi: anamnesis berisi tentang (wawancara dengan subyek atau responden), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga yang lain-lain sesuai dengan pedoman yang akan diungkap). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan salah satu metode yang dilakukan dengan cara pengamatan dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (terhadap perilaku dan lingkungan, baik sosial dan material individu

atau kelompok yang diamati) (Saryono,2013)) Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Data studi kasus ini didapat melalui observasi dengan keluarga yang mengalami penurunan koping dengan memenuhi kriteria dan syarat yang telah ditentukan dan diseleksi oleh peneliti. Jadi di dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian, khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan..

c. Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini studi dokumentasi berupa hasil dari melihat data keluarga seperti KK (kartu kerluarga), literatur, dan data lain yang relavan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan Data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data/ informasi daripada sikap dan jumlah orang. Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan (pengujian). Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan yaitu derajat kepercayaan(*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*) (Sugiono, 2010).

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas

tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan.

Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang diinginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 7 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang 10 hari.

2. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh responden. Data studi kasus ini didapatkan peneliti dengan menanyakan dan mencari informasi yang di butuhkan kepada keluarga klien. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.7 Analisis Data

Analisa data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satu uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema tertentu (Moleong, 2007). Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk

menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

- 1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

- 2) Mereduksi Data

Mereduksi data dengan membuat koding dan kategori. Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

- 3) Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

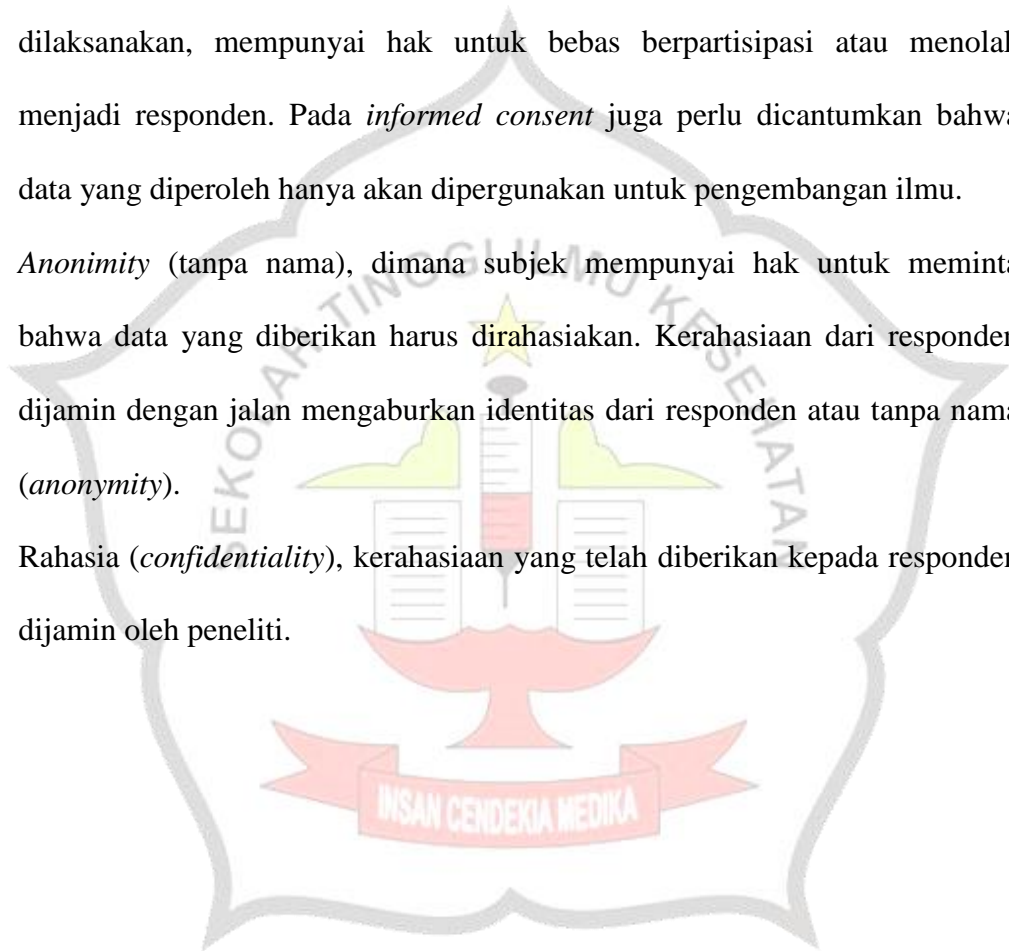
- 4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapat izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah.

1. *Informed consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*).
3. Rahasia (*confidentiality*), kerahasiaan yang telah diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di Desa Miagan dan di Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang. Desa Miagan merupakan desa yang terletak kurang lebih 1.5 Km dari pusat Kecamatan Mojoagung. Desa Miagan terdiri dari 2 dusun, diantaranya dusun Pandean dan dusun Miagan. Penduduk Desa Miagan sebagian besar bekerja di sektor industri dan perdagangan, tetapi beberapa wilayah di Desa Miagan juga bagus bila dimanfaatkan sebagai lahan agraris. Transportasi antar daerah di Desa Miagan juga dapat dijangkau cukup mudah karena berada di jalur utama Surabaya – Mojokerto – Jombang. Penerangan yang digunakan oleh masyarakat di Desa Miagan berasal dari PLN.

Untuk desa Jombok mempunyai letak yang sangat strategis, karena berada pada bagian selatan aliran Sungai Brantas dan berada pada bagian timur dekat dengan Kabupaten Mojokerto sebagai pusat perekonomian. Penduduknya rata – rata bekerja sebagai seorang petani dan berwirausaha karena wilayah agraris yang lumayan mendominasi di daerah ini. Penerangan di desa Jombok sudah menggunakan listrik yang dialiri oleh PLN.

4.1.2 Pengkajian

A. Data Umum

1. Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas kepala keluarga I di Desa Miagan dan kepala keluarga II di Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang tahun 2017

No.	Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
1.	Nama Kepala Keluarga	Tn.S	Tn.SH
2.	Alamat	Miagan Mojoagung	Jombok Mojoagung
3.	Pekerjaan	Pensiunan	Karyawan Swasta
4.	Pendidikan	SLTA	SLTP

2. Komposisi Keluarga

a. Komposisi Keluarga

Tabel 4.2 Komposisi Keluarga I di Desa Miagan Mojoagung Jombang tahun 2017

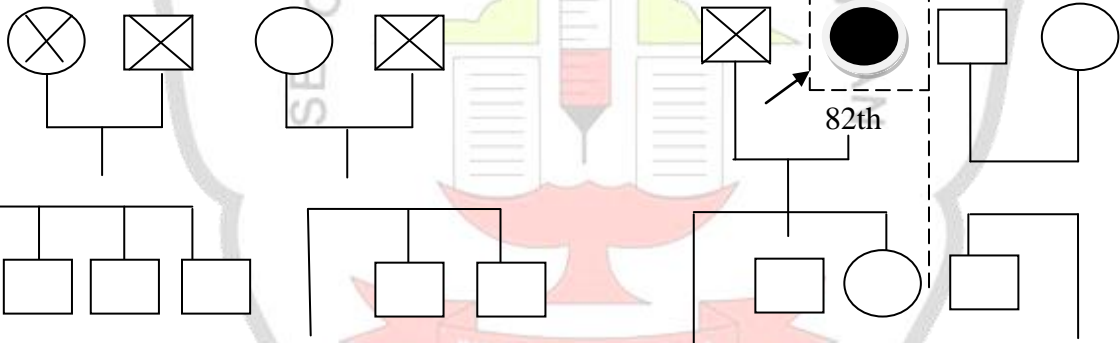
No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Agama	Status dalam keluarga	Pekerjaan	Pendidikan
1.	Suami	Laki-laki	84th	Islam	Kepala Keluarga	Pensiunan	SLTA
2.	Istri	Perempuan	75th	Islam	Ibu Rumah Tangga	Pedagang	SLTP

Tabel 4.3 Komposisi Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017

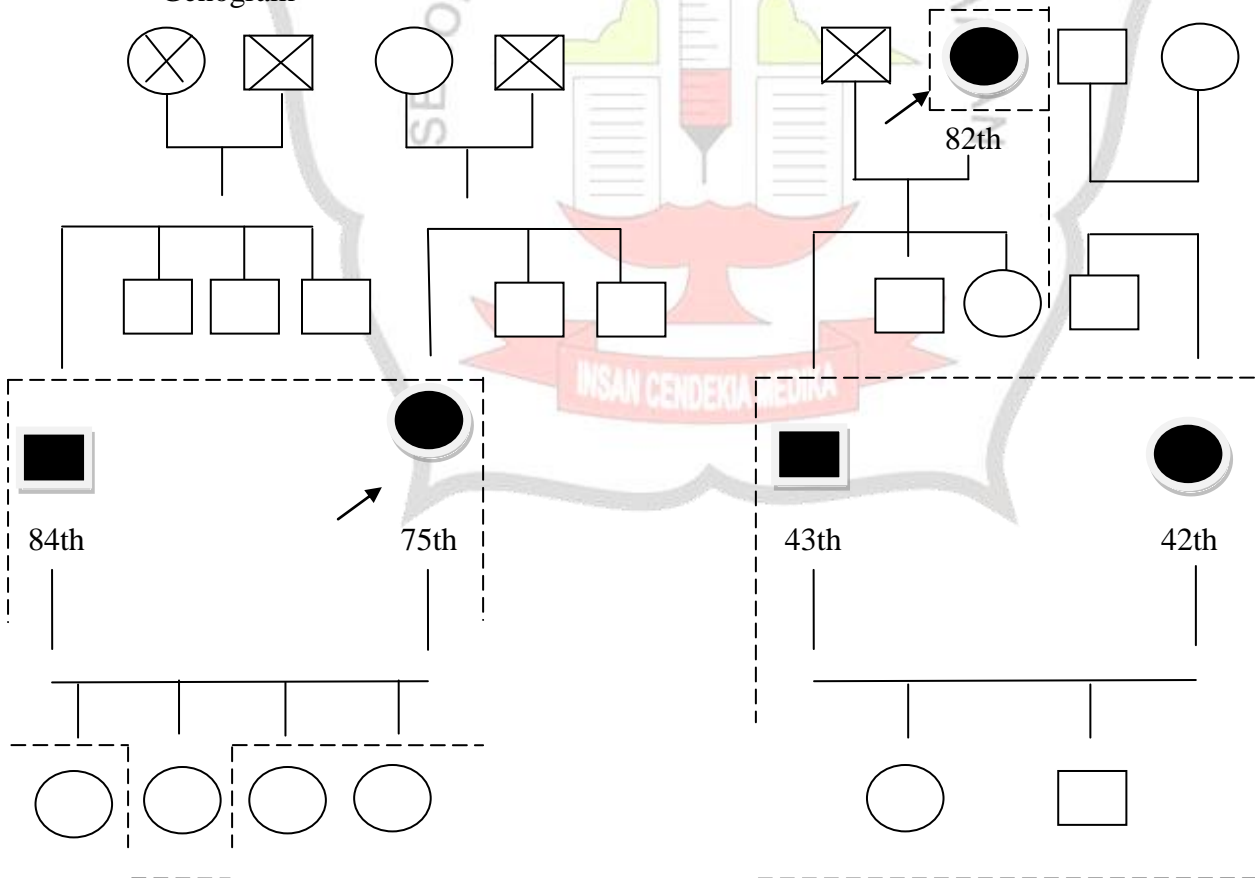
No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Agama	Status dalam keluarga	Pekerjaan	Pendidikan
1.	Suami	Laki-laki	43th	Islam	Kepala Keluarga	Karyawan Swasta	SLTA
2.	Istri	Perempuan	42th	Islam	Ibu Rumah Tangga	Karyawan Swasta	SLTA

Gambar 4.1
Genogram Keluarga I

Genogram



Gambar 4.2
Genogram Keluarga II



Keterangan :



= Laki-laki



= Meninggal



= Perempuan



= Keluarga yang di bina



= Klien

----- = Tinggal dalam satu rumah

Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
Tipe Keluarga	<p>Keluarga I termasuk tipe keluarga Nucleur Family. Nucleur Family adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah. Keluarga I disebut sebagai tipe keluarga Nucleur Family karena di dalam keluarga I terdiri dari suami, istri dan anak yang tinggal dalam satu rumah.</p> <p>Pada keluarga I tidak terdapat masalah yang dapat mengganggu untuk menjalankan fungsi dari tiap anggota keluarga karena klien I sebagai ibu rumah tangga dapat menjalankan fungsinya dengan baik meskipun suaminya sedang sakit.</p>	<p>Keluarga II termasuk tipe keluarga Extended Family. Extended Family adalah keluarga inti yang dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek dan sebagainya. Keluarga II disebut sebagai tipe keluarga Extended Family karena di dalam keluarga II terdiri dari suami, istri, anak dan nenek yang tinggal dalam satu rumah.</p> <p>Masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut saat ini adalah suami dan istri sama-sama orang tua yang berkarier dan tidak dapat menjelaskan fungsinya dengan baik karena kerepotan merawat ibu dari sang suami yang tinggal dalam satu rumah dan sedang sakit.</p>
Suku Bangsa	<p>Suami dari keluarga I berasal dari Jakarta sedangkan istrinya dari Mojoagung. Keduanya sama-sama termasuk suku Jawa. Keluarga I tidak berpengaruh penting terhadap masyarakat di sekitar tempat tinggalnya. Kegiatan-kegiatan keagamaan dan kegiatan lingkungan lainnya jarang diikuti oleh keluarga.</p>	<p>Suami dari keluarga II berasal dari Banyuwangi sedangkan istrinya dari Mojoagung. Keduanya sama-sama termasuk suku Jawa. Dalam keluarga II kegiatan-kegiatan keagamaan lumayan sering untuk diikuti karena sanak saudara keluarga II di desa tempatnya tinggal termasuk salah satu pengurus tempat ibadah.</p>

Agama	Seluruh anggota keluarga I memeluk agama Islam dan mereka biasanya mengerjakan shalat 5 waktu di rumah sendiri-sendiri. Selama sakit selain berdoa klien I juga rutin cek kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan terdekat.	Seluruh anggota keluarga II memeluk agama Islam dan mereka biasanya mengerjakan shalat 5 waktu kadang di rumah sendiri dan kadang di tempat ibadah terdekat. Selama sakit selain berdoa klien II biasanya membeli obat sendiri dan tidak dibawa ke tingkat pelayanan kesehatan.
Status sosial ekonomi keluarga	Keluarga I termasuk keluarga dengan tingkat ekonomi menengah. Suami dari keluarga I mengatakan penghasilan keluarga berasal dari pensiunan beliau bekerja dulu sebagai seorang Guru dan hasil dari istrinya yaitu klien I berdagang, di pasar dengan jumlah total penghasilan kurang lebih 3,5jt per bulan dan bisa lebih karena dibantu juga dari pemberian anaknya atau menantunya yang semuanya bekerja.	Keluarga II termasuk keluarga dengan tingkat ekonomi menengah. Suami dari keluarga II mengatakan penghasilan keluarga berasal dari hasilnya bekerja di pabrik dan istrinya sebagai karyawan swasta di salah satu tempat konveksi sepatu dengan jumlah penghasilan rata-rata per bulan 3,5 jt atau bisa lebih karena dibantu dari hasil toko yang dimilikinya di rumah.
Aktivitas rekreasi keluarga	Suami dari keluarga I mengatakan selama ini tidak pernah mengajak klien I dan anaknya yang tinggal dalam satu rumah pergi keluar untuk berwisata. Akan tetapi apabila suami dari anaknya yang tinggal dalam satu rumah atau menantunya pulang dari bekerja di luar Jawa, keluarga berwisata rekreasi bersama – sama.	Suami dari keluarga II mengatakan selama ini ketika dirinya, istrinya, dan anaknya libur bekerja dan sekolah, beliau pergi keluar rumah berwisata bersama-sama dengan ibu dari suami keluarga II atau klien II yang tinggal dalam satu rumah.

II. Riwayat Perkembangan Keluarga

Tabel 4.4 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga I dan keluarga II di Desa Miagan dan Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017

Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
Tahap perkembangan keluarga saat ini.	Keluarga I memiliki empat orang anak dan semua anaknya sudah berkeluarga, maka keluarga I berada pada tahap perkembangan keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai terakhir yang meninggalkan rumah) (tahap 6).	Keluarga II memiliki dua orang anak dan semua anaknya masih menempuh pendidikan, maka keluarga II berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja (tahap 5).
Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi	Suami dari keluarga I mengatakan masalah yang belum bisa terpenuhi dan teratasi saat ini adalah membuat istrinya sembuh dari penyakit Diabetes Melitus yang dideritanya. Karena semua anaknya telah bekerja dan bisa hidup lebih mandiri.	Suami dari keluarga II mengatakan masalah yang belum bisa terpenuhi dan teratasi adalah bingung antara membagi biaya pendidikan anak – anaknya yang masih menempuh pendidikan dengan biaya perawatan klien II yang masih belum sembuh.

Riwayat keluarga inti	Suami dari keluarga I mengatakan sebelumnya di dalam anggota keluarganya belum pernah ada yang menderita DM seperti yang diderita klien I saat ini. Ketika pertama dulu klien I tidak mengetahui bahwa memiliki sakit DM karena sering merasakan lemas dan mudah capek, klien II tidak begitu memperhatikan dan diabaikan. Namun, saat klien I memeriksakan kondisi kesehatan ke Dokter terdekat dan mengetahui bahwa menderita sakit DM, beliau mulai mengkonsumsi obat rutin dari mulai herbal sampai generik dan aktif mengikuti paguyuban kesehatan di Puskesmas terdekat karena support dari keluarganya.	Suami dari keluarga II mengatakan sebelumnya di dalam anggota keluarganya memang ada yang menderita DM seperti yang diderita klien II saat ini. Ketika pertama klien II menderita DM pihak keluarga tidak mengetahui karena klien II masih berada di rumahnya di Banyuwangi dan saat klien II tiba di Mojoagung, kondisi klien II sudah terdapat beberapa luka di bagian tubuhnya dan mengikuti rawat jalan di tingkat kesehatan Puskesmas terdekat.
Riwayat keluarga sebelumnya	Suami dari keluarga I mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat DM dan Hipertensi dan begitupun juga dari keluarga dari klien I.	Suami dari keluarga II mengatakan di dalam keluarganya memang ada yang menderita DM dan istrinya mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat DM dan Hipertensi.

C. Pengkajian Lingkungan

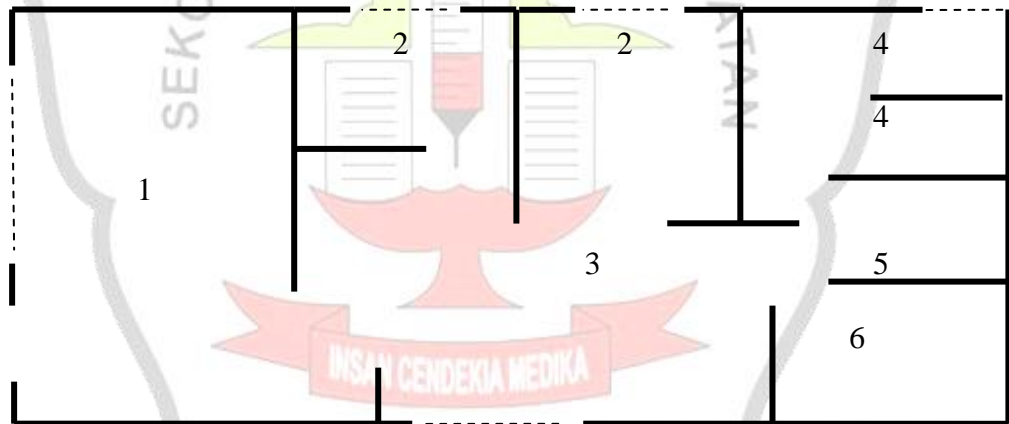
1. Karakteristik Rumah

a. Keluarga I

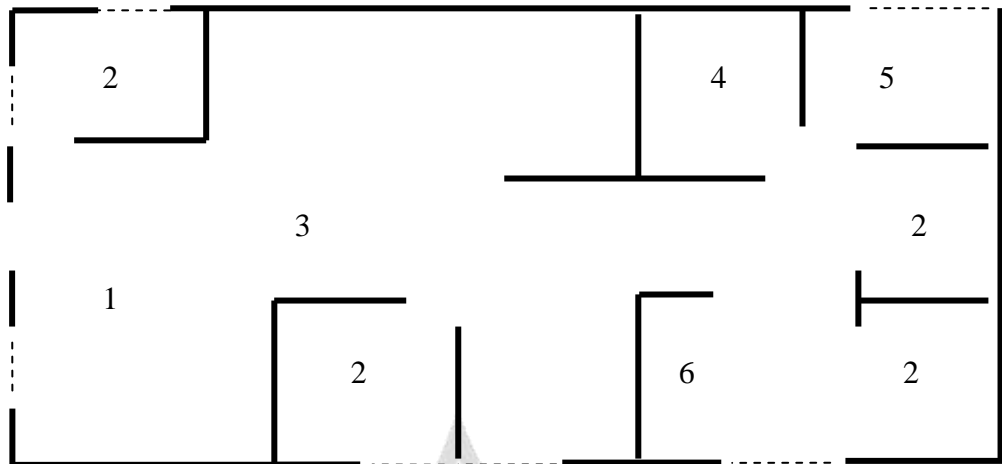
Rumah yang dimiliki keluarga I adalah rumahnya sendiri. Dengan luas bangunan rumah 8x11 m². Rumah keluarga I adalah rumah yang dibangun sendiri oleh Suami keluarga I yang mulai ditempati oleh keluarga I saat pindah dari Jakarta. Atap rumah dari genteng, ventilasi rumah ada di setiap ruangan sehingga cahaya pada siang hari dapat masuk. Penerangan menggunakan listrik PLN. Lantai rumah terbuat dari keramik, kondisi rumah tampak bersih. Bagian rumah terdiri dari 1 ruang tamu, ruang keluarga, 2 kamar tidur, mushola, dapur, kamar mandi serta WC. Ada lahan kecil di samping rumah yang ditanami pohon serta bunga.

b. Keluarga II

Rumah yang dimiliki keluarga II adalah rumahnya sendiri. Dengan luas bangunan $9 \times 12 \text{ m}^2$. Rumah keluarga II mulai ditempati setelah menikah. Atap rumah dari genteng, dan ventilasi rumah ada pada setiap ruangan sehingga cahaya pada siang hari dapat masuk. Penerangan menggunakan listrik PLN. Lantai rumah terbuat dari keramik, kondisi rumah tampak bersih namun sedikit berserakan karena mainan dari anak ke dua yang masih kecil. Bagian rumah terdiri dari 1 ruang tamu, ruang keluarga, 4 kamar tidur, dapur, mushola, kamar mandi serta WC. Ada lahan kosong di samping rumah yang sekarang digunakan sebagai toko.



Gambar 4.3 Denah rumah keluarga I



Gambar 4.4 Denah rumah keluarga II

Keterangan :

1. Ruang Tamu
2. Kamar Tidur
3. Ruang Keluarga
4. Kamar Mandi/WC
5. Musholah
6. Dapur

2. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

a. Keluarga I

Letak rumah tetangga tidak berjauhan karena saling berdempet.

Tetangga sering berkunjung ke rumah klien I. Tidak ada anggota keluarga yang aktif ikut kegiatan kemasyarakatan di desanya.

Keluarga I tidak mempunyai pengaruh kuat dalam masyarakat, dan selama ini hampir tidak pernah terjadi konflik dengan masyarakat.

b. Keluarga II

Letak rumah tetangga lumayan berjauhan antara 1-1,5 m. Tetangga sering berkunjung ke rumah ketika berbelanja di toko milik keluarga II atau sekedar mengobrol. Sebagian anggota keluarga aktif mengikuti organisasi dalam masyarakat dan lumayan berpengaruh karena salah satu saudara dari keluarga II merupakan salah satu pengurus dalam organisasi di desanya. Selama ini beberapa kali keluarga II terjadi konflik dengan tetangga karena salah paham.

3. Mobilitas geografis keluarga.

a. Keluarga I

Suami dari keluarga I mengatakan, rumah yang ditempati bersama saat ini adalah miliknya sendiri. Suami dari keluarga I sering mengajak berkunjung ke rumah saudaranya ketika libur.

b. Keluarga II

Suami dari keluarga II mengatakan rumah yang ditempatinya saat ini merupakan miliknya sendiri dan biasanya keluarga berkunjung ke rumah saudaranya ketika menantu dan anaknya yang bekerja jauh di luar Jawa pulang ke rumah.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

a. Keluarga I

Keluarga biasanya berkumpul ketika melihat televisi dan bersantai dengan keponakanya yang masih kecil. Interaksi dengan tetangga sekitar cukup baik.

b. Keluarga II

Keluarga II biasanya berkumpul ketika Suami dan Istri dari keluarga II pulang dari kerja dan sore hari saat tidak ada kegiatan. Interaksi dengan tetangga cukup baik karena anggota keluarga aktif dalam kegiatan di masyarakat walaupun beberapa kali terjadi salah paham dengan beberapa tetangga.

5. Sistem Pendukung Keluarga

a. Keluarga I

Keluarga I yang sehat ketika ada anggota keluarga yang sakit akan di bawa ke Puskesmas terdekat. Suami dari keluarga I selalu mendukung anggota keluarganya yang sakit. Dukungannya berupa mengingatkan ketika klien I yang sakit tidak mau minum obat dan terkadang tidak patuh terhadap pola makan yang dianjurkan oleh Dokter. Keluarga mempunyai asuransi kesehatan.

b. Keluarga II

Keluarga II yang sehat terkadang tidak mengingatkan klien II yang sedang sakit dari jenis pola makan maupun minum obat. Hal itu dikarenakan krisis ekonomi keluarga yang membuat bingung membagi antara biaya perawatan klien II dan kebutuhan dari keluarga sendiri yang anak – anaknya masih duduk di bangku sekolah. Klien II sebenarnya mau mengikuti saran dari tim pelayanan kesehatan untuk program diet yang dibutuhkan, namun karena klien II mengetahui pihak keluarga sendiri kurang memperhatikan tentang kesehatan

beliau, maka klien II mulai tidak mau mengikuti program diit yang dianjurkan.

D. Struktur Keluarga

No.	Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
1.	Pola komunikasi keluarga	Pola komunikasi Suami dari keluarga I dengan anak – anaknya jarang. Beliau jauh dari anak – anaknya dan berkomunikasi dengan menggunakan alat komunikasi HP.	Pola komunikasi dari keluarga II ketika ada masalah selalu dibicarakan dengan anggota keluarga satu sama lain.
2.	Struktur kekuatan keluarga	Setiap keputusan yang diambil dalam menyelesaikan masalah adalah berdasarkan keputusan kesepakatan bersama.	Setiap keputusan yang diambil dalam menyelesaikan masalah adalah berdasarkan keputusan kesepakatan bersama.
3.	Struktur peran	Sebagai kepala keluarga Suami dari keluarga I dulunya bekerja sebagai Guru dan sekarang sudah pensiun, klien I di samping sebagai ibu rumah tangga beliau juga bekerja sebagai seorang pedagang di pasar.	Sebagai kepala keluarga Suami dari keluarga II bekerja sebagai karyawan swasta begitupun juga istrinya. Untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari di samping dari gajinya bekerja beliau juga memiliki toko di rumahnya. Klien II yang merupakan ibu dari Suami keluarga I sudah tidak bekerja karena tidak kuat melakukan aktivitas.
4.	Nilai atau norma keluarga	Keluarga terkadang mengikti dan menerapkan nilai – nilai budaya setempat yang umum dilakukan di masyarakat.	Keluarga terkadang mengikti dan menerapkan nilai – nilai budaya setempat yang umum dilakukan di masyarakat.

E. Fungsi Keluarga

No.	Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
1.	Fungsi Afektif	Keluarga saling menghormati dan menyayangi serta tidak lupa untuk saling mengingatkan klien I tentang kesehatannya baik ketika waktu minum obat dan menjaga pola diit, karena tidak jarang klien I karena rasa ingin mencoba maka program diit sering dilanggar.	Keluarga II terkadang tidak mengingatkan klien II yang sedang sakit dari jenis pola makan maupun minum obat. Hal itu dikarenakan krisis ekonomi keluarga yang membuat bingung Suami dari keluarga II membagi antara biaya perawatan klien II dan kebutuhan dari keluarga sendiri yang anak – anaknya masih duduk di bangku sekolah. Klien II sebenarnya mau mengikuti saran dari tim pelayanan kesehatan untuk program diit yang dibutuhkan, namun karena klien II mengetahui pihak keluarga sendiri kurang memperhatikan tentang kesehatan beliau, maka klien II mulai tidak mau mengikuti program diit yang dianjurkan.
2.	Fungsi Sosialisasi	Sosialisasi klien I dengan keluarga cukup baik meskipun jarang bertemu, masih ada etika dan sopan santun dalam berperilaku.	Sosialisasi Suami dari keluarga I dengan keluarga cukup baik, Suami dan istrinya sama – sama menjaga anak – anaknya dari pola komunikasi, etika dan sopan santun terhadap masyarakat, meski terkadang terjadi sedikit salah paham dengan masyarakat.
3.	Mengenal masalah kesehatan	Keluarga sebelum mengerti akan sakit yang diderita oleh klien I, baik dari keluarga maupun klien I sendiri tidak begitu memperhatikan, namun saat keluarga mengetahui akan sakit yang diderita klien I, penyebab dan larangan – larangan yang berkaitan dengan penyakit yang dideritanya setelah diberi penjelasan oleh tim kesehatan, pihak keluarga tidak lupa mengingatkan dan memperhatikan.	Keluarga mengetahui akan sakit yang diderita oleh klien II, begitupun tentang penyebab dan larangan – larangan tentang penyakit tersebut, begitupun tentang pencegahannya.

4.	Mengambil keputusan mengenal tindakan kesehatan	Klien I beberapa kali merasakan pusing dan mudah lelah ketika masih di Jakarta. Setelah melakukan pemeriksaan di klinik Dokter umum dan mengetahui menderita Diabetes Melitus, klien I mulai mengkonsumsi rutin dari obat herbal dan generik, sekarang saat klien I di rumahnya Mojoagung beliau juga aktif ikut paguyuban penderita Diabetes Melitus di Puskesmas dekat rumahnya.	Suami dari keluarga I atau anak dari klien II ketika mengetahui klien II sakit, beberapa kali klien II rutin kontrol dan cek kesehatan di Rumah Sakit serta mengkonsumsi obat rutin dan menjaga diitnya, namun ketika ekonomi keluarga mulai turun karena mencukupi kebutuhan anaknya yang masih sekolah meningkat, beberapa kali klien II di bawa ke rumah saudaranya, namun keadaan yang sama juga terulang dan begitupun seterusnya. Akhirnya keadaan klien II semakin memburuk dan saat saya kaji luka yang ada pada bagian tubuh klien II juga tidak kunjung membaik karena kurang dilakukan perawatan dan diperhatikan, klien II sekarang bedrest total.
5.	Kemampuan merawat keluarga yang sakit	Selama klien I sakit, klien I tetap menjalankan aktivitas seperti biasanya seperti menyapu rumah, memasak dan lain – lain, tetapi Suami dan anaknya yang ada di rumah selalu mengingatkan dan memperhatikan. Anak klien I juga biasanya membantu pekerjaan rumah agar klien I tidak terlalu lelah.	Selama klien II sakit, klien II tidak bisa menjalankan aktivitas seperti biasanya dan hanya beristirahat di tempat tidur. Keluarga kurang perhatian pada klien II.
6.	Kemampuan memelihara lingkungan rumah yang kotor	Keluarga I selalu memperhatikan keadaan rumah dan kebersihan lingkungan yang kurang bersih.	Keluarga II selalu memperhatikan keadaan rumah dan kebersihan lingkungan yang kurang bersih.
7.	Kemampuan untuk menggunakan fasilitas kesehatan	Klien I mengatakan selama sakit, mendapatkan obat dari kontrol rutin di Puskesmas dan terkadang ketika obatnya habis, beliau membelinya di apotik terdekat.	Klien II mengatakan dulu ketika beliau sakit selalu kontrol rutin dan melakukan perawatan luka baik di Rumah Sakit atau Klinik Umum, namun ketika keluarga mulai kurang memperhatikan, klien II mulai jarang melakukan kontrol rutin di fasilitas kesehatan.

4. Fungsi Reproduksi

a. Keluarga I

Klien I mengatakan pernah mengalami keguguran 4 kali. Saat ini klien I memiliki 4 anak yang keempatnya berjenis kelamin perempuan dan semuanya sudah menikah. Klien I juga mengatakan mengikuti KB pil.

b. Keluarga II

Klien II mengatakan tidak pernah mengalami keguguran. Saat ini klien II memiliki tiga anak dan Suami dari keluarga II merupakan anak pertamanya.

5. Fungsi Ekonomi

a. Keluarga I

Untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari, suami dari keluarga I mendapatkan gaji pensiunan dari dulu beliau menjadi seorang Guru. Klien I juga ikut membantu mencukupi kebutuhan ekonomi di rumahnya dengan berjualan di pasar.

b. Keluarga II

Untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari, Suami dari keluarga II bekerja sebagai karyawan swasta di pabrik Surabaya dan sedangkan istrinya bekerja di pabrik konveksi di daerah Mojokerto. Di rumahnya juga memiliki toko kebutuhan rumah tangga.

F. Stress dan Koping Keluarga

Tabel 4.5 Stress dan koping keluarga pada keluarga I di desa Miagan dan keluarga II di desa Jombok Mojoagung Jombang.

No.	Pengkajian	Keluarga I	Keluarga II
1.	Stressor jangka pendek dan panjang	Jangka pendek stres yang dialami adalah masalah kesehatan klien I yang belum sembuh total. Untuk jangka panjang pada saat ini keluarga I tidak memiliki masalah keluarga yang sangat serius.	Jangka pendek stres yang dialami adalah masalah kesehatan klien II yang belum sembuh total. Untuk jangka panjang pada saat ini keluarga II memiliki salah satu masalah yang lumayan cukup serius yaitu tentang merawat klien II yang sedang sakit dan setelah di musyawarahkan dengan pihak keluarga yang lain juga sama masalah tuntutan ekonomi yang membuat bingung untuk merawat klien II.
2.	Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor	Keluarga merasakan bahwa semua ini adalah cobaan dari Allah SWT. Dan keluarga berharap agar kondisi klien I bisa membaik, karena walaupun kondisi kesehatan klien I tidak terlihat parah tapi ketika klien I sendirian di rumah yang ditakutkan dari pihak keluarga adalah tiba – tiba kondisinya menurun dan tidak ada yang mengetahui, karena klien I juga berdagang di pasar.	Keluarga berusaha menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan keluarga melalui musyawarah. Keluarga merasakan bahwa semua ini adalah cobaan dari Allah SWT. Dan keluarga berharap agar kondisi klien II bisa membaik seperti biasanya.
3.	Stressor koping yang digunakan	Keluarga menerima keadaan ini dengan lapang dada dan tidak melibatkan keluarga lain dalam mengambil keputusan.	Keluarga menerima keadaan ini dengan lapang dada namun membutuhkan pihak keluarga lain untuk bermusyawarah membantu mencari penyelesaian terbaik untuk merawat klien II.
4.	Stressor disfungsi adaptasi	Suami dari keluarga I mengatakan meski di keluarga saat ini ada masalah tapi tetap berusaha menjaga keharmonisan keluarga dengan tetap memperhatikan dan memberi perhatian kepada klien I.	Suami dari keluarga II mengatakan meski di keluarga saat ini ada masalah tapi tetap berusaha menjaga keharmonisan keluarga dengan tetap memperhatikan dan memberi perhatian, mengingatkan dan menjaga kondisi kesehatan klien II agar lebih membaik namun hal itu hanya ketika keadaan ekonomi membaik dan dari pihak keluarga yang lain juga ikut membantu.

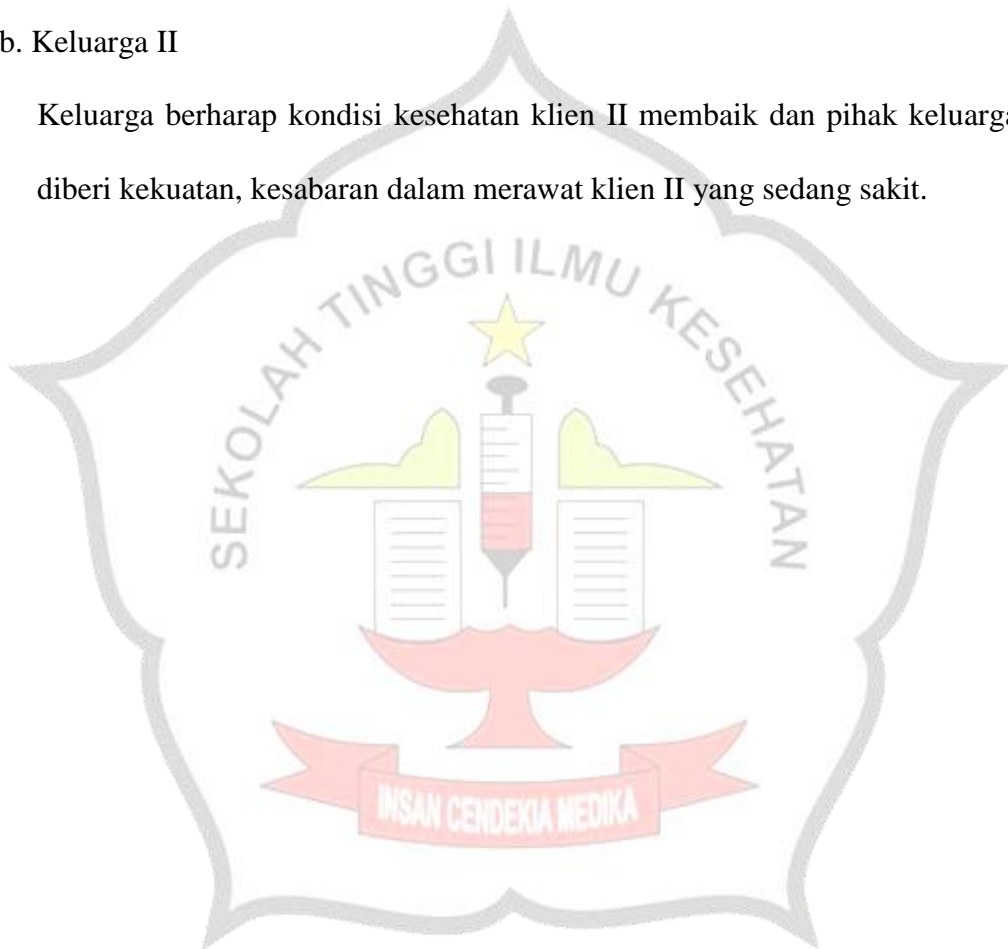
G. Harapan keluarga

a. Keluarga I

Keluarga berharap kondisi kesehatan klien I tetap stabil dan pengetahuan tentang penyakit yang diderita klien I bisa bertambah karena terkadang klien I dan pihak keluarga masih bingung akan apa dan bagaimana penanganan ketika kondisi klien I menurun.

b. Keluarga II

Keluarga berharap kondisi kesehatan klien II membaik dan pihak keluarga diberi kekuatan, kesabaran dalam merawat klien II yang sedang sakit.



FORMAT ANALISA DATA

Keluarga I

Tabel 4.6 Format analisa data keluarga I di Desa Miagan
Mojoagung Jombang tahun 2017

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS : Keluarga : Orang terdekat mengungkapkan pemahaman yang tidak adekuat yang mengganggu. Suami dari keluarga I mengatakan hanya membiarkan dan meminta klien I untuk istirahat ketika mengetahui klien I sering merasa pusing dan mudah lelah ketika melakukan aktivitas ringan.</p> <p>Klien : Klien mengatakan tidak mengetahui ketika beliau menderita DM dan dirasa kelelahan.</p> <p>DO : Suami tidak tahu. Dari data pengkajian didapatkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan keluarga dari klien I masih kurang.</p>	<p>Kurang pemahaman tentang informasi dari individu pendukung.</p>	<p>Penurunan Koping Keluarga.</p>

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS :</p> <p>Keluarga : Suami dari keluarga I mengatakan hanya membiarkan dan tidak cemas saat mengetahui klien I sering tidak mematuhi program diit yang dianjurkan oleh tim kesehatan karena merasa lelah ketika Ny.S tidak memperhatikan ketika diingatkan.</p> <p>Klien : Klien I mengatakan beliau mengakui terkadang tidak mematuhi program diit karena rasa ingin mencoba karena lama tidak merasakan makanan yang disukai.</p> <p>DO : Kelelahan kapasitas individu pendukung.</p>	Kelelahan kapasitas individu pendukung.	Penurunan Koping Keluarga.

Keluarga II

Tabel 4.7 Format analisa data keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS :</p> <p>Keluarga : Suami dari keluarga II mengatakan hanya membiarkan dan tidak cemas saat mengetahui klien II sering tidak mematuhi program diit yang dianjurkan oleh tim kesehatan.</p> <p>Klien : Klien mengungkapkan keluhan mengenai respons orang terdekat terhadap masalah kesehatan. Klien II mengatakan beliau tidak mematuhi program diit yang dianjurkan bukan karena kemauannya sendiri namun</p>	Krisis situasi yang dihadapi oleh individu pendukung	Penurunan Koping Keluarga

dikarenakan dari pihak keluarga juga tidak begitu memperhatikan.

Keluarga :

Suami dari keluarga II mengatakan beliau bingung antara membagi biaya perawatan kesehatan dari klien II dengan kebutuhan keluarga dan biaya anak – anaknya yang masih duduk menempuh pendidikan.

Klien :

Klien II mengatakan anggota keluarga II seperti menarik diri mengurangi perhatian terhadap kondisi kesehatannya, seperti ketika beliau sakit dan tiba untuk cek kesehatan serta membeli obat, anggota dari keluarga II terkadang terlambat dan bahkan tidak diupayakan.

Keluarga :

Anggota keluarga II mengatakan kurang berkomunikasi dengan klien II.

Klien :

Klien II mengatakan beliau kurang berkomunikasi dengan baik dan keluarga seperti tidak percaya akan kondisi kesehatannya ketika klien II mengungkapkan apa yang dirasakan kepada anggota keluarga.

DO :

Keadaan krisis ekonomi keluarga II tidak menentu membuat anggota keluarga/pendukung keluarga menarik diri dari klien .

Orang tedekat/pendukung klien memasuki komunikasi personal yang terbatas dengan klien.



Orang terdekat menunjukkan perilaku protektif yang tidak sesuai dengan kebutuhan otonomi klien.

Orang terdekat memasuki komunikasi personal yang terbatas dengan klien.

Orang terdekat mengupayakan perilaku suportif/mendukung dengan hasil yang tidak memuaskan.

Orang terdekat menunjukkan perilaku protektif yang tidak sesuai dengan kemampuan klien.



FORMAT PENAPISAN MASALAH

Tabel 4.8 Format penapisan masalah keluarga I di Desa Miagan dan keluarga II di

Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.

Kriteria	Skor	Bobot	Skoring Keluarga I	Pembenaran Keluarga I
1. Sifat masalah				
a. Actual (tidak/kurang sehat)	3	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Suami keluarga I mengatakan dari keluarganya dan dari keluarga klien I tidak ada yang mempunyai riwayat Diabetes Melitus yang sekarang diderita klien 1.
b. Ancaman kesehatan	2			
c. Keadaan sejahtera	1			
2. Kemungkinan masalah yang dapat diubah	2	2	$\frac{1}{1} \times 2 = 2$	Masalah dapat diatasi dengan meningkatkan pemahaman dan pengetahuan dari kedua belah pihak antara keluarga dan klien.
a. Mudah	1			
b. Sebagian	0			
3. Potensi masalah untuk dicegah	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 3$	Keluarga mau mengikuti saran yang telah diberikan tim pelayanan kesehatan.
a. Tinggi	2			
b. Cukup	1			
c. Rendah	2	1	$\frac{1}{1} \times 1 = 1$	
4. Menonjolnya masalah				
a. Masalah berat dan harus segera ditangani	1			Ada masalah dalam keluarga I namun tidak harus cepat ditangani, karena dalam keluarga I hanya kurang pemahaman antar kedua belah pihak.
b. Ada masalah, tidak perlu segera ditangani	0			
c. Masalah tidak dirasakan	0			
Total			$= 5 \frac{5}{3}$	

Kriteria	Skor	Bobot	Skoring Keluarga II	Pembenaran Keluarga II
1. Sifat masalah				
d. Actual (tidak/kurang sehat)	3	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Suami keluarga II mengatakan dari keluarganya memang ada yang mempunyai riwayat Diabetes Melitus yang sekarang diderita klien II.
e. Ancaman kesehatan	2			
f. Keadaan sejahtera	1			
2. Kemungkinan masalah yang dapat diubah	2	2	$\frac{1}{1} \times 2 = 2$	Masalah dapat diatasi dengan meningkatkan pemahaman dan pengetahuan dari kedua belah pihak antara keluarga dan klien.
d. Mudah	1			
e. Sebagian	0			
3. Potensi masalah untuk dicegah	3	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	Keluarga mau mengikuti saran yang telah diberikan, namun keluarga menyatakan keadaan akan
d. Tinggi	2			
e. Cukup	1			
f. Rendah	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 2$	

4. Menonjolnya masalah						
d. Masalah berat dan harus segera ditangani	1					sulit diubah karena tuntutan kebutuhan dan biaya perawatan klien II yang tidak seimbang dengan keadaan ekonomi.
e. Ada masalah, tidak perlu segera ditangani	0					
f. Masalah tidak dirasakan				Total	5 1/6	Bila tidak ditangani segera maka dapat menjadi komplikasi.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan dan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.

Diagnosa	Tujuan Umum	Kriteria Hasil	Intervensi
Penurunan Koping Keluarga	Setelah dilakukan 5 kali kunjungan diharapkan koping keluarga meningkat.	NOC Family Coping, Disable Caregiver Stressors Kriteria Hasil : G. Keluarga tidak mengalami penurunan koping keluarga. H. Hubungan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan adekuat.. I. Kesejahteraan emosi pemberi asuhan kesehatan keluarga.. J. Koping keluarga meningkat.. K. Normalisasi keluarga yang memuaskan.. L. Performa yang baik pemberi asuhan langsung dan tidak langsung.	NIC Coping Enhancement : L. Dukungan Pemberi Asuhan : Menyediakan informasi penting, advokasi, dan dukungan yang dibutuhkan untuk memfasilitasi perawatan primer pasien selain dari profesional kesehatan. M. Peningkatan Koping : Membantu pasien beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan, atau ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntutan dan peran hidup. N. Dukungan emosi : memberikan penenangan, penerimaan, dan dorongan selama periode stres. O. Promosi keterlibatan keluarga : Memfasilitasi partisipasi keluarga dalam perawatan emosi dan fisik pasien. P. Mobilitas Keluarga : Penggunaan kekuatan keluarga untuk mempengaruhi kesehatan pasien ke arah yang positif. Q. Pemeliharaan proses keluarga : Meminimalkan dampak gangguan proses keluarga. R. Dukungan keluarga : Meningkatkan nilai, minat dan tujuan keluarga. S. Panduan sistem kesehatan : Memfasilitasi lokal pasien dan penggunaan pelayanan kesehatan yang sesuai. T. Fasilitas pembelajaran : Meningkatkan Kemampuan untuk memproses dan

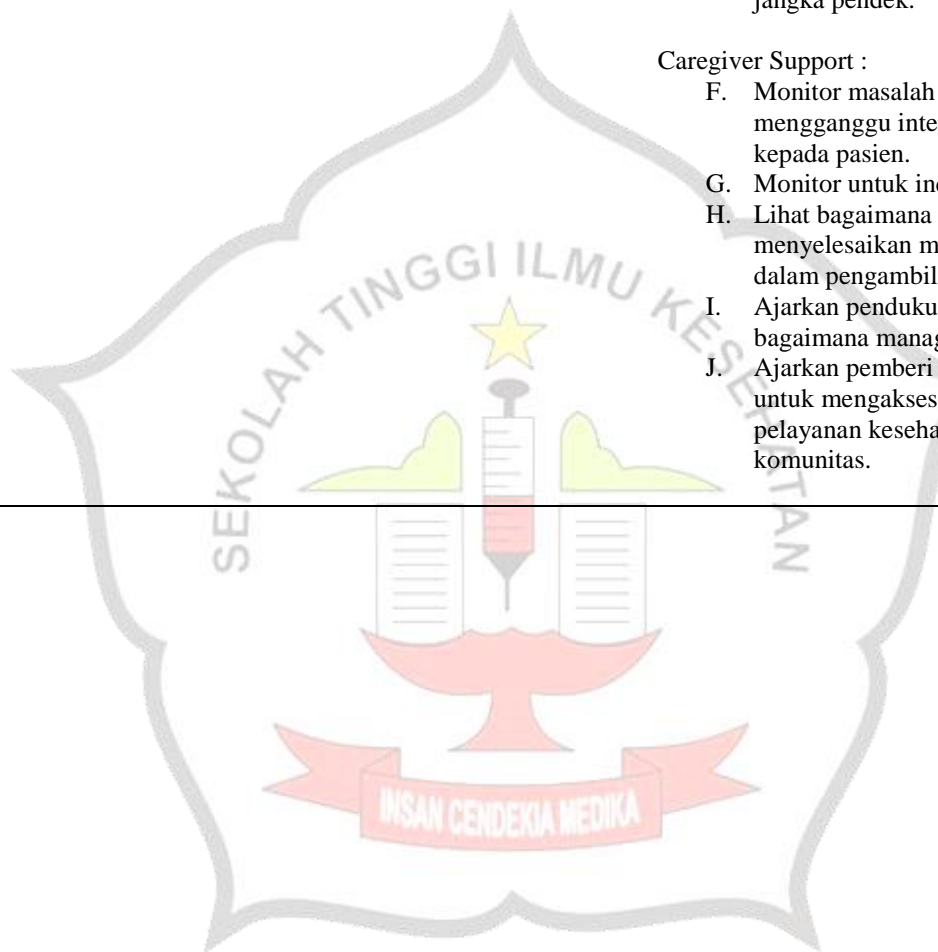
memahami informasi.

U. Membantu orang tua dan keluarga selain anak sakit kronis atau yang mengalami ketunandayaan kronis dalam memberikan pengalaman hidup normal untuk anak – anak dan keluarga mereka.

V. Rawat rehat : Memberikan perawatan jangka pendek.

Caregiver Support :

- F. Monitor masalah keluarga yang mengganggu interaksi untuk peduli kepada pasien.
- G. Monitor untuk indikasi stres.
- H. Lihat bagaimana pendukung/ keluarga menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam pengambilan keputusan.
- I. Ajarkan pendukung/keluarga bagaimana management stres.
- J. Ajarkan pemberi dukungan strategi untuk mengakses dan memaksimalkan pelayanan kesehatan dan kesehatan komunitas.



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan Mojoagung

Jombang tahun 2017.

No.	Tanggal	Diagnosa	Pukul	Tindakan	Paraf
1.	29 Maret 2017	Penurunan Koping Keluarga	10.00 10.15	1. Mengkaji pengetahuan tentang DM. 2. Mendiskusikan bersama keluarga tentang penyebab, tanda – tanda, dan cara pencegahan DM.	
2.	30 Maret 2017		09.30 10.00 10.15 10.20	1. Membimbing keluarga untuk menjelaskan ulang pengertian, penyebab, tanda – tanda dan cara pencegahan DM. 2. Memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya tentang hal yang belum diketahui. 3. Memberikan reinforcement positif terhadap pemahaman keluarga tentang DM. 4. Memberikan health education tentang pentingnya mengetahui berbagai masalah kesehatan.	
3.	01. April 2017		09.00 09.10 09.20 10.00	1. Mengkaji kembali pemahaman keluarga tentang DM, apa itu pengertian, penyebab, tanda – tanda serta bagaimana pencegahan dari DM. 2. Menjelaskan kepada keluarga tentang memaksimalkan fasilitas kesehatan yang bisa digunakan, seperti berkonsultasi ke Puskesmas terdekat bagaimana cara penanganan terbaik untuk penderita DM. 3. Mendiskusikan bersama tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga. 4. Melihat bagaimana pihak pendukung/keluarga mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.	
4.	02 April 2017		10.00 10.30 11.00	1. Mendiskusikan dengan pihak pendukung/keluarga sebenarnya apa yang mengganggu interaksi untuk peduli kepada klien atau anggota keluarga yang sakit. 2. Meminimalkan dampak dari gangguan proses keluarga melalui pengambilan keputusan yang terbaik setelah didiskusikan dengan tim kesehatan. 3. Menggunakan kekuatan keluarga untuk mempengaruhi kesehatan klien ke arah yang positif.	

5.	03 April 2017	09.00	1. Membantu pasien beradaptasi dengan ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntutan dan peran hidup.
		09.30	2. Mengajarkan pendukung/keluarga bagaimana management stres.

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.

No.	Tanggal	Diagnosa	Pukul	Tindakan	Paraf
1.	29 Maret 2017	Penurunan Koping Keluarga	08.30	3. Mengkaji pengetahuan tentang DM.	
			09.00	4. Mendiskusikan bersama keluarga tentang penyebab, tanda – tanda, dan cara pencegahan DM.	
2.	30 Maret 2017		15.00	5. Membimbing keluarga untuk menjelaskan ulang pengertian, penyebab, tanda – tanda dan cara pencegahan DM.	
			15.30	6. Memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya tentang hal yang belum diketahui.	
			15.45	7. Memberikan reinforcement positif terhadap pemahaman keluarga tentang DM.	
			16.00	8. Memberikan health education tentang pentingnya mengetahui berbagai masalah kesehatan.	
			11.00	5. Mengkaji kembali pemahaman keluarga tentang DM, apa itu pengertian, penyebab, tanda – tanda serta bagaimana pencegahan dari DM.	
3.	01. April 2017		11.10	6. Menjelaskan kepada keluarga tentang memaksimalkan fasilitas kesehatan yang bisa digunakan, seperti berkonsultasi ke Puskesmas terdekat bagaimana cara penanganan terbaik untuk penderita DM.	
			11.30	7. Mendiskusikan bersama tentang masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga.	
			12.00	8. Melihat bagaimana pihak pendukung/keluarga mengambil keputusan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.	

4.	02 April 2017	15.00	4. Mendiskusikan dengan pihak pendukung/keluarga sebenarnya apa yang mengganggu interaksi untuk peduli kepada klien atau anggota keluarga yang sakit.
		15.30	5. Meminimalkan dampak dari gangguan proses keluarga melalui pengambilan keputusan yang terbaik setelah didiskusikan dengan tim kesehatan.
		16.00 \	6. Penggunaan kekuatan keluarga untuk mempengaruhi kesehatan klien ke arah yang positif.
5.	03 April 2017	14.30	3. Membantu pasien beradaptasi dengan ancaman yang mengganggu pemenuhan tuntutan dan peran hidup.
		15.00	4. Mengajarkan pendukung/keluarga bagaimana management stres.

EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Keluarga I di Desa Miagan dan Keluarga II di Desa Jombok Mojoagung Jombang tahun 2017.

No.	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan Klien I	Klien II
1.	29 Maret 2017	Penurunan Koping Keluarga	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan sudah mengenal masalah kesehatan tentang DM. 2. Keluarga mengatakan mengetahui tentang pengertian dan penyebab serta pencegahan DM. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Keluarga dapat menjelaskan ulang pengertian, penyebab, tanda – tanda dan cara pencegahan DM. <p>A : Mau menerima informasi kesehatan yang diberikan.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tujuan pemahaman akan masalah kesehatan yang sudah tercapai. 10. Beri motivasi pada pihak pendukung/keluarga untuk lebih memperhatikan berbagai masalah kesehatan. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan sudah mengenal masalah kesehatan tentang DM. 2. Keluarga mengatakan mengetahui tentang pengertian dan penyebab serta pencegahan DM. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat menjelaskan ulang pengertian, penyebab, tanda – tanda dan cara pencegahan DM. <p>A : Mau menerima informasi kesehatan yang diberikan</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan tujuan pemahaman akan masalah kesehatan yang sudah tercapai. 2. Beri motivasi pada pihak pendukung/keluarga untuk lebih memperhatikan berbagai masalah kesehatan.

2. 30 Maret
2017

S :
1 . Keluarga mengatakan mau memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dan mau berkonsultasi dengan tenaga kesehatan bila ada anggota keluarga yang sakit.

O :
1. Keluarga memahami tentang pentingnya mengenal masalah kesehatan dan akan berdampak tidak bagus bila diabaikan.

A : Masalah teratasi sebagian.

P :
1. Pertahankan tujuan pemahaman akan masalah kesehatan yang sudah tercapai.

S :
1 . Keluarga mengatakan mau memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dan mau berkonsultasi dengan tenaga kesehatan bila ada anggota keluarga yang sakit.

O :
1. Keluarga memahami tentang pentingnya mengenal masalah kesehatan dan akan berdampak tidak bagus bila diabaikan.

A : Mau menerima saran kesehatan yang diberikan.

P :
1. Pertahankan tujuan pemahaman akan masalah kesehatan yang sudah tercapai.

3. 01 April
2017

S :
1. Keluarga mau mengatakan masalah apa yang sedang dihadapi sehingga kesulitan untuk mengatasi serta merawat anggota keluarga yang sakit.

O :
1. Kelelahan kapasitas individu pendukung.
2. Program diit yang tidak diikuti secara baik oleh klien.
3. Kondisi kesehatan klien diabaikan.

A : Keluarga mengambil keputusan terbaik setelah berdiskusi dengan tim pelayanan kesehatan.

P :
1. Pertahankan intervensi agar tidak terjadi kekambuhan berulang atau komplikasi.
2. Beri motivasi kedua belah pihak agar saling memahami apa kebutuhan klien dengan maksud yang ingin diberikan oleh individu pendukung.

S :
1. Keluarga mau mengatakan masalah apa yang sedang dihadapi sehingga kesulitan untuk mengatasi serta merawat anggota keluarga yang sakit.

O :
1. Kelelahan kapasitas individu pendukung.
2. Program diit yang tidak diikuti secara baik oleh klien.
3. Kondisi kesehatan klien diabaikan.

4. Keadaan ekonomi keluarga yang tidak menentu.

A : Keluarga mau menerima saran yang diberikan tim pelayanan kesehatan namun sulit untuk diterapkan melihat dari keadaan ekonomi keluarga.

P :
1. Beri motivasi kedua belah pihak agar saling memahami apa kebutuhan klien dengan maksud yang ingin diberikan oleh individu pendukung.

2. Minimalkan dampak dari gangguan proses keluarga melalui pengambilan keputusan yang terbaik setelah didiskusikan dengan tim

kehatan.

4. 02 April
2017

S :

1. Keluarga mengatakan sudah mengerti apa yang diinginkan klien dan klien juga memahami akan maksud dari individu pendukung.

O :

1. Keluarga mampu mengambil keputusan terbaik

A : Masalah teratasi.

P : Intervensi dihentikan.

S :

1. Keluarga mengatakan krisis ekonomi tetap menjadi masalah utama untuk mengatasi masalah kesehatan yang sekarang dihadapi.

O :

1. Kondisi kesehatan klien tetap kurang diperhatikan.

2. Klien tetap tidak mengikuti program diit yang dianjurkan.

3. Keadaan klien tidak kunjung membaik.

4. Keadaan ekonomi keluarga tidak menentu.

A : Masalah teratasi sebagian.

P :

1. Beri motivasi kedua belah pihak agar saling memahami apa kebutuhan klien dengan maksud yang ingin diberikan oleh individu pendukung.

2. Minimalkan dampak dari gangguan proses keluarga melalui pengambilan keputusan yang terbaik setelah didiskusikan dengan tim kesehatan.

5. 03 April
2017

S :

1. Keluarga mengatakan krisis ekonomi tetap menjadi masalah utama untuk mengatasi masalah kesehatan yang sekarang dihadapi.

O :

1. Komunikasi efektif dengan klien kurang.

2. Klien tetap tidak mengikuti program diit yang dianjurkan.

3. Keadaan klien tidak kunjung membaik.

4. Keadaan ekonomi keluarga tidak menentu.

A : Masalah teratasi sebagian.

P :

1. Beri motivasi kepada pasien agar mau mengubah sikap dan pola perilakunya dan tetap mau mengikuti program



diit dari pelayanan kesehatan agar kondisinya mejadi lebih baik.

2. Ajarkan orang terdekat/pendukung keluarga pasien agar tetap mau merawat dan memperhatikan dari perawatan sampai kondisi kesehatan klien dengan musyawarah keluarga yang baik.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada Keluarga I di Desa Miagan dan Keluarga II di Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang daerah binaan Puskesmas Mojoagung pada kasus Diabetes Melitus dengan masalah Penurunan Koping Keluarga didapatkan hasil pengkajian pada keluarga I tanggal 29 Maret 2017 yaitu, suami dari klien I mengatakan tidak tahu kalau klien I menderita Diabetes Melitus dan hanya meminta klien I untuk istirahat ketika mengetahui klien I sering merasa pusing dan mudah lelah ketika melakukan aktifitas ringan. Begitupun dengan klien I yang tidak mengetahui kalau beliau menderita Diabetes Melitus. Namun setelah klien I beberapa kali merasakan gejala yang sama kemudian ke Dokter setempat untuk cek kesehatan, klien I dan suami baru mengetahui kalau klien I mengalami Diabetes Melitus.

Suami dan klien I mengakui kalau mereka tidak mengenal apa dan bagaimana tanda serta gejala ketika seseorang menderita Diabetes Melitus. Setelah suami dan anggota keluarga yang lain mengetahui dan mengerti

apa itu Diabetes Melitus tidak jarang suami dari klien I sempat merasa lelah ketika klien I sulit diingatkan untuk menjaga diet sehat serta mematuhi apa anjuran Dokter yang sering dilanggar, namun klien I mengatakan bahwa beliau bukan bermaksud untuk tidak mematuhi anjuran dari tim pelayanan kesehatan, beliau hanya ingin merasakan kembali misalnya beberapa makanan yang sekarang harus dijaga agar tidak melebihi program dietnya.

Sedangkan untuk keluarga II pada tanggal yang sama 29 Maret 2017 namun tempat dan waktu yang berbeda yaitu, anak dari klien II mengatakan bahwa beliau mengetahui akan sakit Diabetes Melitus yang diderita oleh klien II, beliau juga mengerti dan mengenal apa tanda dan gejala serta komplikasi dari Diabetes Melitus tersebut. Beberapa kali klien II rutin dibawa kontrol dan cek kesehatan di Rumah Sakit serta mengkonsumsi obat rutin dan menjaga dietnya, namun ketika keadaan ekonomi keluarga mengalami penurunan kondisi klien II mulai kurang diperhatikan.

Anak dari klien II mengatakan beliau bingung antara membagi biaya perawatan kesehatan dari klien II dengan kebutuhan keluarga dan biaya anak – anaknya yang masih menempuh pendidikan. Klien II mengatakan anggota keluarga seperti menarik diri mengurangi perhatian terhadap kondisi kesehatan beliau seperti ketika tiba waktu klien untuk cek kesehatan rutin serta membeli obat terkadang terlambat dan bahkan tidak diupayakan. Mengetahui hal tersebut klien II seperti tidak lagi

memperdulikan apa anjuran program diet dari Dokter untuk menjaga kesehatannya serta juga jarang minum obat.

Dalam mengatasi masalah yang terjadi mekanisme koping dari setiap individu berbeda, apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan, luka, kehilangan, atau ancaman. Mekanisme koping lebih mengarah pada yang orang lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau yang membangkitkan emosi. Penyesuaian diri dalam menghadapi stres, dalam konsep kesehatan mental dikenal dengan istilah koping. Jadi mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku (Siswanto dan Lubis, 2006).

Menurut peneliti peran anggota keluarga sangat penting dalam pengambilan keputusan mekanisme koping seperti apa yang dilakukan dalam mengatasi masalah pemeliharaan dan perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit. Keluarga adalah pihak pertama kali yang memberikan pertolongan bila salah satu anggota keluarga ada yang mengalami masalah kesehatan. Ketika keluarga mengenal masalah kesehatan yang diderita oleh anggota keluarga, sejauh mana keluarga mengerti sifat dan luasnya penyakit yang diderita, mengetahui apa yang diinginkan oleh anggota keluarga yang sakit dan bagaimana cara terbaik yang ditempuh keluarga serta upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan oleh keluarga mulai dari pemeliharaan kesehatan salah satunya memperhatikan kepatuhan diet sehat anggota keluarga yang mengalami diabetes melitus serta waktu

untuk minum obat dan dukungan positive akan mampu membantu anggota keluarga yang sakit menjadi lebih baik.

Pada keluarga I masalah yang dihadapi adalah kurangnya pengetahuan akan informasi kesehatan, hal tersebut yang memicu kurang dipedulikannya kondisi kesehatan dari klien yang sebenarnya mulai menurun. Ketika tingkat pemahaman anggota keluarga membaik karena mendapat penjelasan dari tim pelayanan kesehatan, sikap dan perilaku dari klien I yang kurang mematuhi program diet yang dianjurkan membuat anggota keluarga merasa lelah. Upaya yang dilakukan anggota keluarga dirasa mendapat hasil yang mengecewakan. Namun ketika terjadi koordinasi yang baik antara anggota keluarga dan klien. Kesadaran dari klien akan penyakit yang diderita serta bahaya yang ditimbulkan ketika tidak mematuhi program kesehatan yang dianjurkan juga meningkat, maka masalah yang dihadapi di keluarga I akan membaik.

Sedangkan untuk masalah kesehatan yang dihadapi pada keluarga II adalah krisis ekonomi keluarga yang tentu tidak bisa diselesaikan sendiri. Kerabat serta saudara dari klien II seharusnya ikut membantu merawat dan memberi dukungan positif kepada klien II bukan melakukan hal yang sama yaitu menjauhi dan membiarkan begitu saja tanpa peduli bagaimana akibat yang ditimbulkan dari sikap yang mereka ambil dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga. Ada baiknya komunikasi efektif yang bagus juga tetap dijaga antara pihak pendukung/anggota keluarga dengan klien II. Hal tersebut bertujuan untuk tetap memberi dukungan moral agar kondisi psikis dari klien II juga tidak

ikut menurun. Komunikasi efektif antara kedua belah pihak juga dapat memungkinkan mengetahui sebenarnya apa dan bagaimana kemauan dari kedua belah pihak, hal apa yang diupayakan oleh individu pendukung namun sebenarnya juga klien II berat untuk melakukan. Sehingga dapat diketahui dan dimusyawarahkan bersama bagaimana cara terbaik untuk tetap membantu merawat klien II tanpa harus mengabaikannya.

4.2.2 Diagnosis

Berdasarkan hasil penelitian keluarga I dan keluarga II didapatkan diagnosa penurunan koping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus.

Menurut Herdman, Kamitsuru, (2015-2017), penurunan koping keluarga bisa terjadi dikarenakan diantaranya kurangnya informasi yang didapat dari individu pendukung, penyakit lama yang melelahkan kapasitas individu pendukung, situasi penyerta yang memengaruhi individu pendukung, kurangnya dukungan timbal balik dan krisis situasi yang dihadapi oleh individu pendukung.

Menurut peneliti dari data pengkajian yang didapat dan diperoleh diagnosis penurunan koping keluarga, keluarga I mengalami penurunan koping keluarga dikarenakan kurangnya pemahaman informasi kesehatan dari individu pendukung serta kelelahan kapasitas individu pendukung dalam merawat anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus. Untuk keluarga II didapatkan diagnosis penurunan koping keluarga karena krisis situasi yang dihadapi oleh individu pendukung yaitu dari keuangan

keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus.

4.2.3 Intervensi

Berdasarkan intervensi keluarga I dan keluarga II selama 5 hari yang mengalami Penurunan Koping Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus, maka intervensi yang diberikan adalah memberikan informasi kesehatan yaitu mengenalkan kepada keluarga tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarga dari penyebab, tanda gejala dan bagaimana cara pencegahannya. Kemudian memberikan HE kepada keluarga tentang pentingnya pengambilan keputusan terbaik dalam merawat anggota keluarga yang sakit ketika ada masalah yang mengganggu interaksi untuk peduli kepada keluarga yang sakit melalui tingkat pemahaman antara kedua belah pihak dan komunikasi yang terjaga dengan baik.

Menurut Eva Rahayu, Ridlwan Kamaluddin dan Made Sumarwati (2014), rencana tindakan yang diberikan pada keluarga dengan Penurunan Koping Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus adalah bantu keluarga mengenal masalah kesehatan tentang pengertian penyakit, penyebab, tanda gejala dan cara penanganan serta berikan motivasi kepada keluarga untuk merubah koping yang selama ini dilakukan.

Menurut peneliti intervensi yang diberikan pada keluarga I lebih ditekankan kepada pemberian informasi kesehatan dengan mengenalkan

dan memberi penjelasan terhadap masalah kesehatan apa yang sedang dihadapi. Karena dari data pengkajian yang didapat keluarga I pertama kali kurang memperhatikan kondisi klien I dikarenakan dari pihak keluarga belum mengenal apa tanda dan gejala Diabetes Melitus, jadi anggota keluarga dari klien I tidak mengetahui kalau klien I menderita Diabetes Melitus.

Untuk intervensi yang diberikan kepada keluarga II lebih diutamakan kepada HE, support dan dukungan positif serta pemberian motivasi. Hal tersebut dikarenakan dari pemahaman informasi dan pengetahuan tentang penyakit yang diderita oleh klien II dari pihak keluarga sudah memahamai. Namun yang menjadi masalah yang perlu dipecahkan yaitu krisis ekonomi dalam keluarga yang membuat pihak keluarga mulai kurang memperhatikan dalam merawat klien II. Upaya yang ditempuh dan diupayakan oleh pihak keluarga mulai dari bermusyawarah dengan saudara, management keuangan keluarga juga sudah dirubah namun tidak begitu menunjukkan perubahan yang signifikan terhadap kondisi ekonomi keluarga.

Jadi menurut peneliti intervensi yang diberikan kepada anggota keluarga yang mengalami Penurunan Koping Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus adalah memberi motivasi dan mengenalkan masalah kesehatan. Mengenalkan masalah kesehatan dengan memberi penjelasan tentang penyebab, tanda gejala, serta bagaimana cara pencegahan penyakit Diabetes Melitus, karena tingkat pemahaman pengetahuan tentang informasi kesehatan yang baik

akan membuat keluarga tepat dalam mengambil keputusan yang akan dilakukan. Serta memberikan HE dan motivasi tentang pentingnya peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan diantaranya tetap menjaga komunikasi yang baik antara klien dan keluarga agar saling mengerti apa yang diinginkan, tidak terjadi kesalahpahaman antara klien dan keluarga, membuat klien tidak tertekan akan keadaan yang sedang dihadapi, dan juga dapat mengurangi dampak dari gangguan masalah yang terjadi dalam keluarga sehingga koping keluarga diharapkan dapat meningkat.

4.2.4 Implementasi

Berdasarkan hasil penelitian bahwa keluarga I dan keluarga II membutuhkan pemahaman tentang pentingnya peran keluarga dalam pengambilan keputusan terbaik untuk merawat anggota keluarga yang sakit serta mengenal penyakit yang diderita oleh anggota keluarga. Intervensi yang diimplementasikan kepada keluarga yaitu mengenalkan masalah kesehatan serta memberikan motivasi kepada keluarga dengan memberi penjelasan tentang pengertian dan penyebab Diabetes Melitus, tanda dan gejala Diabetes Melitus, cara penanganan penyakit Diabetes Melitus, memberikan Health Education (HE) tentang pentingnya pengambilan keputusan terbaik dikaitkan dengan 5 fungsi perawatan kesehatan (mengetahui masalah kesehatan, mengambil keputusan kesehatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara/memodifikasi lingkungan yang sehat serta menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat).

Menurut Komang Ayu tahun 2012 dalam mengatasi masalah yang terjadi di dalam keluarga diperlukan pemberdayaan keluarga, yaitu pemberian kekuatan atau dorongan sehingga membentuk interaksi transformatif kepada keluarga. Pemberdayaan keluarga merupakan upaya untuk memobilisasi keluarga agar mampu berperan dalam pengambilan keputusan dan tindakan strategis, juga merupakan usaha fasilitas agar keluarga mengenal masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi keluarga sesuai kebutuhannya.

Menurut peneliti pemberian dukungan kekuatan dan dorongan dari pihak keluarga baik moral untuk meningkatkan kondisi psikis klien maupun sikap dan perilaku tindakan langsung untuk merawat anggota keluarga yang sakit sangat diperlukan. Namun, perlu melakukan pendekatan kepada keluarga agar keluarga sadar bahwa mereka mempunyai masalah yang harus dipecahkan, dengan cara meminta keluarga untuk mendiskusikan masalahnya dan merumuskan apa serta bagaimana pemecahannya dalam suasana kebersamaan. Tidak lupa juga peran tim pelayanan kesehatan untuk membantu mengidentifikasi masalah yang paling menekan sehingga mengganggu interaksi yang baik antara anggota keluarga dan klien, membangun rasa saling percaya antara kedua belah pihak, dan mengorganisir kekuatan dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan keluarga untuk meningkatkan keluarga lebih mandiri dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi.

Seperti masalah kesehatan yang sedang dihadapi oleh keluarga I yaitu kurangnya pemahaman tentang informasi kesehatan dan kelelahan dari kapasitas individu pendukung karena sikap dan perilaku klien I yang kurang baik, implementasi yang telah diberikan dari pengenalan dan pemberian informasi kesehatan cukup baik bisa diterima dan dipahami oleh pihak keluarga dan klien.

Namun perlu ditekankan lagi tentang pengaturan program diit untuk klien karena klien mengatakan tidak bisa kalau untuk meninggalkan dan tidak melakukan lagi kebiasaan yang dulu seperti mengkonsumsi makanan yang di suka. Di sini keluarga sebaiknya berkonsultasi kepada tim pelayanan kesehatan. Mulai dari merencanakan ulang program diit yang diikuti, pemberian obat atau vitamin tambahan bagi klien, sehingga karena kebiasaan klien yang sedikit kurang baik bukan membuat keluarga tidak memperdulikan sama sekali tetapi tetap diupayakan demi kesembuhan dari klien dan keharmonisan dalam keluarga.

Pada keluarga II implementasi yang diberikan cukup bisa diterima dan dimengerti oleh anggota keluarga, support dan dukungan positif yang termasuk intervensi bagi keluarga bisa diimplementasikan dengan bagus dari pihak keluarga kepada klien. Namun setelah pihak keluarga mengetahui akan apa yang diinginkan dan dimaksudkan dari klien begitupun sebaliknya, anggota keluarga tetap merasa bingung akan keadaan krisis ekonomi yang sebenarnya kembali menjadi permasalahan utama untuk merawat klien II yang dirasa oleh keluarga tidak bisa diselesaikan sendiri dan perlu kerabat atau saudara untuk membantu,

bukan dari segi ekonomi jika dari pihak keluarga lain juga merasa berat untuk biaya pengeluaran yang tidak sedikit namun lebih untuk memanfaatkan sumber daya yang sedikit tetapi bisa dapat dimanfaatkan lebih maksimal.

4.2.5 Evaluasi

Berdasarkan catatan perkembangan keluarga I dan keluarga II mengalami perkembangan yang cukup signifikan, karena keluarga juga kooperatif dan apresiasi dalam melakukan apa yang dianjurkan oleh peneliti. Sesuai dengan kriteria hasil yang terdapat dalam intervensi keperawatan ada beberapa poin yang dievaluasi yaitu keluarga tidak mengalami penurunan coping, hubungan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan adekuat, kesejahteraan emosi pemberi asuhan kesehatan keluarga, coping keluarga meningkat, normalisasi keluarga yang memuaskan.

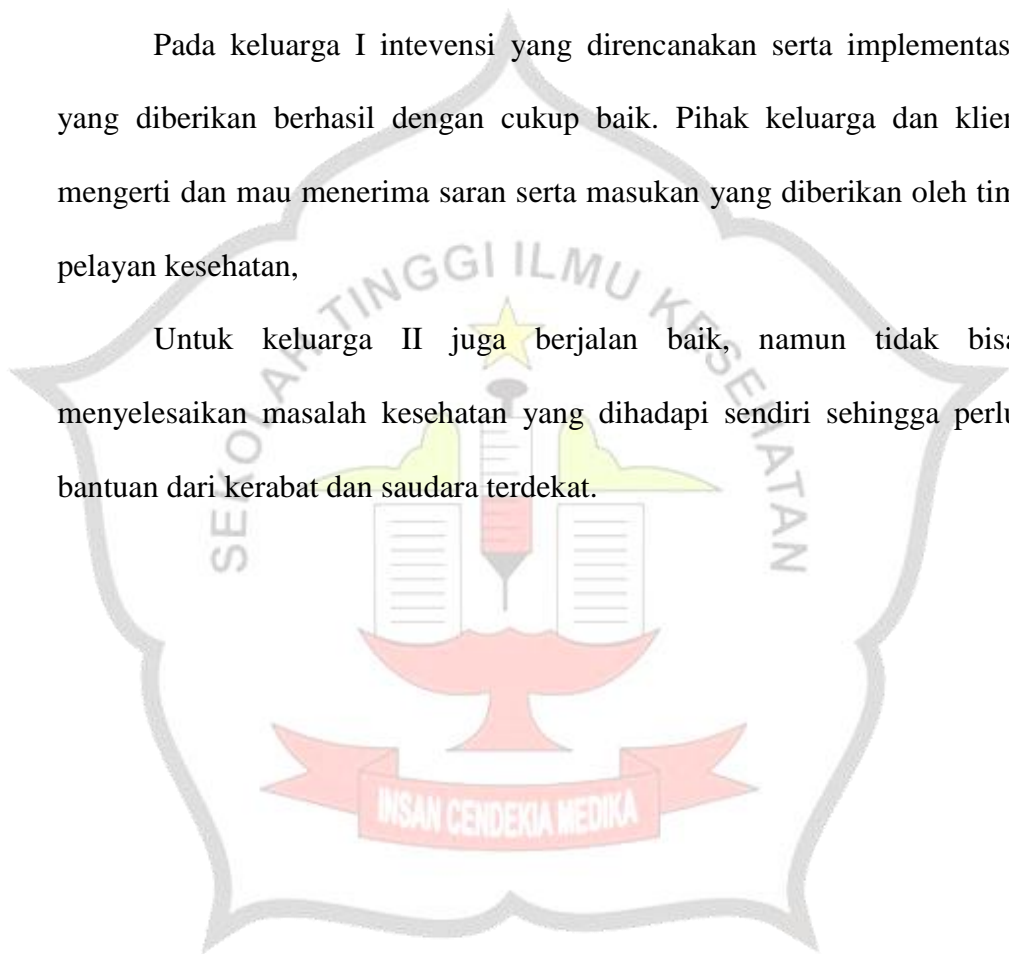
Menurut Komang Ayu (2012), keberhasilan pemberdayaan keluarga dapat dipengaruhi oleh lingkungan, termasuk kelompok yang diajak untuk bekerja sama, situasi sosial politik yang mendukung dan pengalaman keluarga menghadapi masalah. Adanya hubungan saling percaya, saling menghormati, ketertarikan anggota terhadap manfaat dan kemampuan mengambil langkah kompromi dari keluarga. Ketersediaan sumber daya manusia yang terampil, adanya ketersediaan sumber dana, memiliki tujuan yang jelas dengan peran masing – masing anggota serta adanya keterlibatan pengambil kebijakan serta bagaimana strategi yang dilakukan dalam upaya perbedayaan keluarga antara

menumbuhkembangkan potensi yang ada di keluarga seoptimal mungkin untuk mengatasi masalah keluarga dan meningkatkan status kesehatan keluarga.

Menurut peneliti perkembangan keluarga I dan keluarga II sudah cukup bagus karena keluarga juga kooperatif sehingga kriteria hasil yang diharapkan bisa tercapai.

Pada keluarga I intervensi yang direncanakan serta implementasi yang diberikan berhasil dengan cukup baik. Pihak keluarga dan klien mengerti dan mau menerima saran serta masukan yang diberikan oleh tim pelayan kesehatan,

Untuk keluarga II juga berjalan baik, namun tidak bisa menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi sendiri sehingga perlu bantuan dari kerabat dan saudara terdekat.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah penurunan koping keluarga pada keluarga I di Desa Miagan dan keluarga II di Desa Jombok Kecamatan Mojoagung Kabupaten Jombang.

5.1 Kesimpulan

- a. Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada keluarga I didapatkan perbedaan data bahwa anggota keluarga I mengeluh tidak mengetahui kalau klien I menderita Diabetes Melitus, sedangkan untuk keluarga II mengatakan kalau bingung antara membagi biaya perawatan dengan kebutuhan sehari – hari.
- b. Kedua keluarga mengalami Diagnosa Keperawatan yang sama yaitu Penurunan Koping Keluarga namun dengan masalah keperawatan yang berbeda, keluarga I tidak mengenal masalah kesehatan sedangkan keluarga II mengalami krisis situasi ekonomi dalam keluarga.
- c. Intervensi keperawatan kepada keluarga disesuaikan dengan NOC yang melihat bagaimana respon dan kondisi dari tiap keluarga mengenal dan menghadapi masalah kesehatan. Tidak ada perbedaan untuk pemberian intervensi keperawatan kepada kedua keluarga.
- d. Implementasi keperawatan keluarga I dan keluarga II dilakukan secara observasi, edukasi dan kolaborasi memfokuskan pada masalah apa yang

mengganggu sehingga koping keluarga menurun. Terdapat perbedaan implementasi keperawatan pada kedua keluarga, keluarga I lebih menekankan kepada pemberian informasi kesehatan sedangkan untuk keluarga II lebih meningkatkan kepada support dan dukungan positive yang ditunjukkan kepada klien.

- e. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada kedua keluarga menunjukkan sudah cukup memenuhi harapan serta kriteria hasil yang sudah ditentukan bisa cukup tercapai. Namun pada keluarga II membutuhkan dukungan dari pihak saudara atau kerabat pendukung lain karena krisis situasi ekonomi yang dialami menjadi masalah yang membutuhkan musyawarah bersama antara keluarga ataupun pihak pendukung lain dari klien II.

5.2 Saran

- a. Bagi Keluarga

Diharapkan tingkat pengetahuan akan masalah kesehatan bisa meningkat serta kesadaran tentang pentingnya peran keluarga dalam pengambilan keputusan terbaik dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit Diabetes Melitus tidak semakin menurun. Keluarga diharapkan mau berkonsultasi dengan tim pelayanan kesehatan dan lebih memaksimalkan untuk ikut kegiatan rutin seperti cek kesehatan dan paguyuban penyakit Diabetes Melitus.

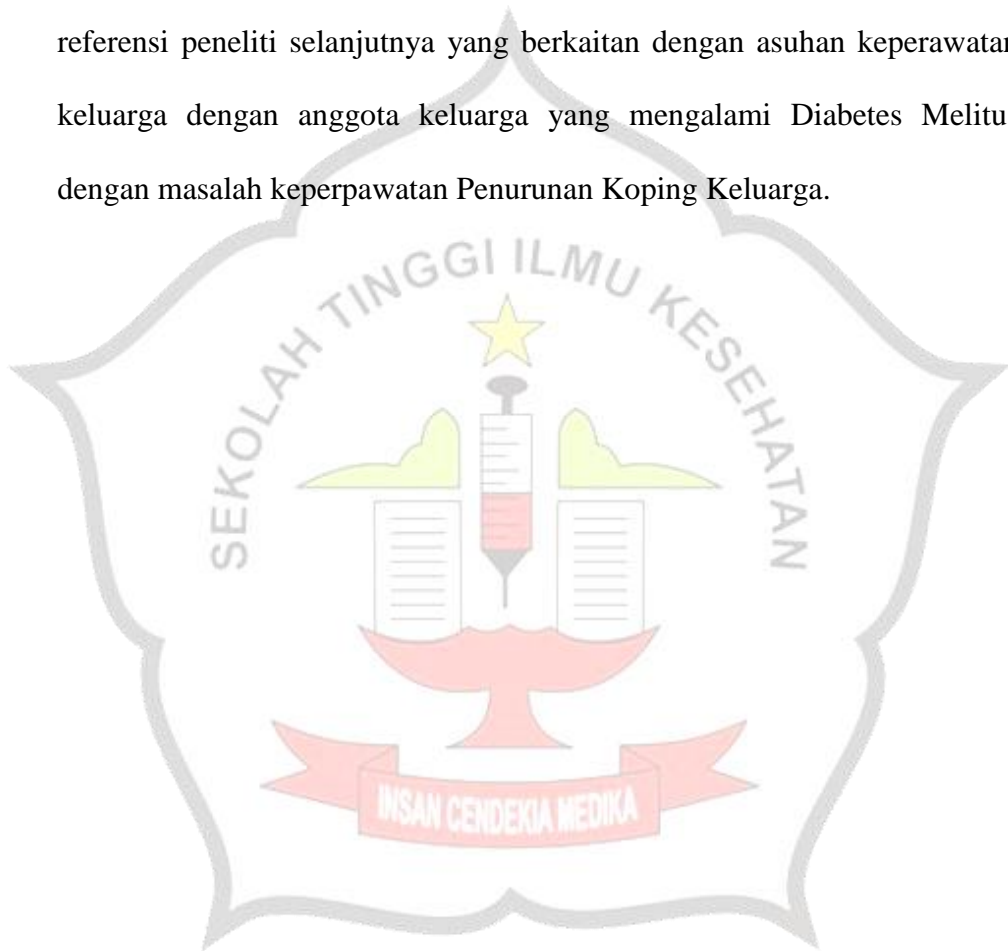
- b. Bagi Perawat Puskesmas

Perawat komunitas lebih meningkatkan lagi dalam pemberian edukasi baik mengenai informasi kesehatan, mengenal masalah, penyebab dan faktor – faktor yang dapat mengganggu dalam keluarga dan membantu mengatasi

masalah kesehatan yang dihadapi keluarga. Perawat komunitas juga lebih aktif dan memaksimalkan lagi dalam kegiatan pelayanan kesehatan seperti senam Diabetes pada penderita Diabetes Melitus sehingga keluarga dan masyarakat juga lebih aktif dalam mengikuti.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil laporan kasus dapat digunakan sebagai bahan informasi dan referensi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah keperawatan Penurunan Koping Keluarga.



Daftar Pustaka

- Achjar,SKM, Mkep, SpKom, (2012), *Asuhan Keperawatan Keluarga* : Asuhan Keperawatan Keluarga, Alih Bahasa : Hariyanto, Jakarta : Sagung Seto
- Dr.Hasdianah H.R, (2012), *Mengenal Diabetes Melitus*, Alih Bahasa : Halikhi, Yogyakarta : Nuha Medika
- Ermawati, S.Kep, Ns, (2010), *Etika Keperawatan : Hak-hak Pasien/Klien*, Alih Bahasa Agus Setiawan, Jakarta : TIM
- Herdman, Kamitsuru, (2015-2017), *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*, Alih Bahasa Budi Anna Keliat, Jakarta : EGC
- Iwan, A, Mukhtiharjo, K 2013, 'Perberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Meningkatkan Koping Keluarga,' *Jurnal Ilmu Keperawatan*, vol 1, no. 2, hal 141-148.
- Kementerian Kesehatan Riskesdes 2007,2013, Dit.Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementarian Kesehatan
- Konsep Dasar Mekanisme Koping 30 Agustus 2014, Ilmu Kedokteran, dilihat 20 Desember 2016, <http://karyatulisilmiah.com/konsep-dasar-mekanisme-koping/default.htm>
- Padila, S.Kep, Ns, (2012), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Diabetes Melitus*, Alih Bahasa : Halikhi, Yogyakarta : Nuha Medika
- Pratiwi, 2014, 'Hubungan Koping Keluarga Dengan Tingkat Ketaatan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas I Denpasar Barat', Universitas Udayana
- Restyana, N 2015, 'Diabetes Melitus Tipe 2, 'J Majority, vol 4, no. 5, hal 93-101.
- Moorhead, Sue, dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) measurement Of Health Outcomes*. Missouri: ELSEVIER
- Nursalam.2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam.2014. *Metoologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tri, Maharani, dkk. 2016. *Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan*. Jombang : STIKes ICME.
- Wijaya, A & Putri, Y. 2013. *KMB I Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

**JADWAL KEGIATAN KARVA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2017**

No	Jadwal Kegiatan	Bulan																															
		September				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																																
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																																
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																																
4	Ujian Proposal Studi Kasus																																
5	Revisi Proposal Studi Kasus																																
6	Pengambilan dan pengolahan data																																
7	Pembimbingan Hasil																																
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																																
9	Ujian Sidang Studi Kasus																																
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																																

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth.Pasien

Di_

Dengan segala hormat,

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai salah satu tugas pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Insan Cendekia Medika Jombang, maka dengan ini saya mohon kesediaan ibu/bapak untuk menjadi responden pada penelitian yang akan saya lakukan.

Adapun judul penelitian ini adalah **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga”**

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi ibu/bapak sebagai responden, semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Apabila ibu/bapak menyetujui maka saya mohon untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan yang telah tersedia. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,


Mohammad Hadi Prasetyo

NIM : 141210025

Lampiran 3

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini :

No.Responden : 01

Bersedia untuk menjadi responden penelitian.

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Masalah Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga

Peneliti : Mohammad Hadi Prasetyo

NIM : 141210025

Saya diminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian ini. Oleh peneliti saya diminta memberikan pernyataan – pernyataan pada lembar angket.

Apabila ada pertanyaan yang menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada saya untuk mengundurkan diri dari penelitian tanpa resiko apapun.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya digunakan untuk keperluan pengelolaan data dan bila tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang tahu rahasia data.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan dari siapapun. Saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Jombang, 29 Maret 2017

Responden
(*Sumah*)

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini :

No.Responden : 02

Bersedia untuk menjadi responden penelitian.

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Masalah Diabetes Melitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga

Peneliti : Mohammad Hadi Prasetyo

NIM : 141210025

Saya diminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian ini. Oleh peneliti saya diminta memberikan pernyataan – pernyataan pada lembar angket.

Apabila ada pertanyaan yang menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada saya untuk mengundurkan diri dari penelitian tanpa resiko apapun.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya digunakan untuk keperluan pengelolaan data dan bila tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang tahu rahasia data.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan dari siapapun. Saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Jombang, 29 Maret 2017

Responden

(Raka Pratya Ratna Sari)

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '020/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data, Studi Pendahuluan

Jombang, 05 Januari 2017

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre Survey data, Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **MOHAMMAD HADI PRASETYO**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0025
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Keluarga pada Anggota Keluarga yang Mengalami Diabetes Melitus dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

Tembusan :

- Kepala Puskesmas Mojoagung

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA Prodi D3 Keperawatan Sekretariat : a) Jl. Kemuning No. 57 Jombang, ☎ 0321-865446 b) Jl. Dr. Soetomo 58 – Jombang, ☎ 0321-864903
---	---

SURAT PERMOHONAN PENELITIAN

Saya mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang, mohon untuk dibuatkan surat atas nama tersebut dibawah ini :

Nama : MOHAMMAD HADI PRASETYO
NIM : 141210025
Semester : V
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA
KELUARGA YANG MENGALAMI DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH PENURUNAN KOPING KELUARGA
Tujuan Surat : Kepala Dinas Kesehatan Jombang
Alamat Surat : Jl. KH. Wahid Hasyim No. 131, Kepanjen, Kec. Jombang
Kab. Jombang, Jawa Timur 61419

Jenis surat : 1. Pre survey data 2. Studi pendahuluan 3. Ijin penelitian

Demikian surat permohonan ini kami buat, terima kasih atas perhatiannya.

17 Januari 2017

Jombang,

Mahasiswa,



Mohammad Hadi Prasetyo

Tembusan Untuk

: Kepala Puskesmas Mojogirang

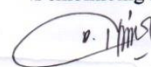
Mengetahui,

Pembimbing I,



Inayatur Roszidah, S.Kep.Ns, M.Kep

Pembimbing II,



Dwi Puji Wijayanti, S.Kep.Ns



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
Website : www.jombangkab.go.id

Jombang, 23 Januari 2017

Nomor : 07010507/415.17/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

K e p a d a
Yth. Kepala Puskesmas Mojoagung
Kecamatan Mojoagung
di
J o m b a n g

Menindaklanjuti Surat dari Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Nomor : 020/KTI-D3 KEP/K31/073127/1/2017 tanggal 5 Januari 2017 perihal izin penelitian. Maka **mohon berkenan** Puskesmas Saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : **Mohammad Hadi Prasetyo**
Nomor Induk : 141210025
Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Koping Keluarga
Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan
- Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Pt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG



Dr. INNA SILESTYOWATI, M. Kes

Pembina
NIP. 196906232002122001

Tembusan Yth.:

1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
2. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 8



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MOJOAGUNG

Jl. Raya Miagan Nomor 327 Kec. Mojoagung
Kabupaten Jombang Kode Pos : 61482
Telp. (0321) 495048 Email : puskesmas.mojoagung@gmail.com
Website : www.puskesmasmojoagung.wordpress.com

Mojoagung, 4 Januari 2017

Nomor : 045.2 /317 / 415.17.19/ 2017
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian

Kepada,
Yth. Stikes Icme Jombang

di - Jombang

Menindaklanjuti surat dari STIKES ICME Jombang tertanggal 5 Januari 2017 dengan No. 020/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 perihal pada pokok surat. Pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa D 3Keperawatan Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendikia Medika Jombang melakukan penelitian di Puskesmas Mojoagung.

Adapun nama mahasiswanya adalah:

Nama : Mohammad Hadi Prasetyo
NIM : 141210025
Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga yang mengalami Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Koping Keluarga
Catatan : Bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian pada tanggal 29 Maret s/d 03 April 2017 di Puskesmas Mojoagung

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.



H. Kepala UPTD Puskesmas Mojoagung

Dr. Maimrotus Sa'diyah.M.Kes
NIP. 197112142005012006

Tembusan Yth:
1. Ketua STIKES ICME Jombang
2. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 9

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : MOHAMMAD HADI PRASETYO
 NIM : 141210025
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Penurunan Koping Keluarga
 PEMBIMBING I : Inayahur Rosyidah s.Kep.Ns,M.Kep

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	7/12/2016	Perencanaan awal, ke awal kejurut bab I.	gk
	13/12/2016	Revisi Bab I paragraf 1, gushyfes satu + cari jurnal	gk
	14/12/2016	Revisi paragraf 2 & satu	gk
	16/12/2016	Revisi bab I	gk
	19/12/2016	- paragraf 1 of, paragraf 2 tambahkan kard skor, paragraf 5 of, par 4 solusi awal & tambahkan. kejurut bab II	gk
	27/12/2016	- Bab I ke bab II tambahkan ts dari DM dan penerapan koping	gk
	6/1/2017	- Cek penulisan bab II, Revisi NIC kejurut bab II	gk
	9/1/2017	- BAB I ke cek penulisan revisi bab III	gk
	12/1/2017	- Revisi penulisan & BAB III	gk
	15/1/2017	Revisi bab III, cek kejurut, persent via	gk
	17/1/2017	ke proposal, siap uji	
	4/5/2017	Revisi Analisa bab 8/ persua	gk
	16/5/2017	kejurut penulisan	gk

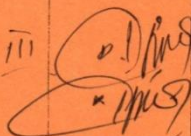
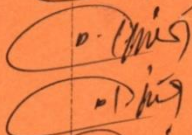
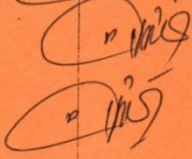
NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	14/2017 6	Bab 10 aco, bab 0 Refisi Struktur Kelengkapan	JL.

Lampiran 11

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : MOHAMMAD HADI PRASETTO
 NIM : 141210025
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Anggota Keluarga yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Pemantauan Keping Keluarga
 PEMBIMBING II : Dwi Puji S. Kep. Ns

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	6-1-2017	pengajuan judul. - " - GAG I, II, III Revisi.	
	10-9-2017	Penulisan GAG I, II, III. Revisi.	
	16-6-2017	Pengajuan GAG 4. + 5 Revisi penulisan. Acc mayu Plasi 1.	

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : MOHAMMAD HADI PRASTYO

NIM : 141210025

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



MOHAMMAD HADI PRASTYO

NIM : 141210025

