

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan hierarki kebutuhan dasar Maslow meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan Fisiologis (*physiologie needs*)

Kebutuhan psikologis memiliki kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dahulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan dengan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urin dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual (Mubarak, 2015).

b. Kebutuhan Keselamatan dan rasa aman (*safety and security need*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara, angin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan cemas, beban dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing (Mubarak, 2015).

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial (Mubarak, 2015).

d. Kenutuhan harga diri (*self esteem needs*)

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain. Kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain (Mubarak, 2015).

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualization*)

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi tinggi dan sebaliknya (Mubarak, 2015).

Konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa puas, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan dasar ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis.

Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk berlebihan kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu (Stevens P.J.M, dkk dalam bentuk Mubarak 2015).

2. Pengertian Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah bahan organik dan anorganik yang terdapat dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh agar dapat berfungsi dengan baik. Nutrisi dibutuhkan oleh tubuh untuk memperoleh energy bagi aktivitas tubuh, membentuk sel dan jaringan tubuh, serta mengatur berbagai proses kimia didalam tubuh (Haswita &Reni, 2017).

Nutrisi adalah zat-zat atau zat-zat lain yang berhubungan dengan kesehatan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-

bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuh serta mengeluarkan sisanya. Nutrisi juga dapat diktakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat gizi dan zat-zat lain yang terkandung dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Tubuh memerlukan makanan untuk mempertahankan kelangsungan fungsinya. Kebutuhan nutrisi ini diperlukan sepanjang kehidupan manusia. Namun jumlah nutrisi yang diperlukan setiap orang berbeda sesuai dengan karakteristiknya, seperti jenis kelamin, usia, aktivitas dan lain-lain. Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan terhadap proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh (Hidayat, 2015).

3. Fungsi Nutrisi Dalam Tubuh

Tubuh kita terbentuk dari zat-zat yang berasal dari makanan. Oleh karena itu kita memerlukan masukan makanan yaitu untuk memperoleh zat-zat yang diperlukan tubuh. Zat-zat ini disebut nutrisi yang berfungsi membentuk dan memelihara jaringan tubuh, memperoleh tenaga, mengatur pekerjaan di dalam tubuh, dan melindungi tubuh terhadap serangan penyakit. Dengan demikian, fungsi utama nutrisi adalah memberikan energi bagi aktivitas tubuh, membentuk struktur kerangka dan jaringan tubuh serta mengatur berbagai proses kimiawi tubuh (Jauhari dan Nasution, 2013).

Untuk pertumbuhan tubuh diperlukan zat yang disebut protein, mineral dan juga air. Tenaga yang diperlukan untuk bekerja dan untuk menjalankan aktivitas di dalam tubuh yaitu pencernaan makanan, pernapasan dan peredaran darah diperoleh dari zat hidrat arang, lemak dan protein. Protein digunakan untuk menghasilkan tenaga terutama bila jumlah hidrat arang dan lemak tidak cukup. Zat-zat yang berfungsi memelihara mengatur kerja di dalam tubuh dan melindungi diri kita terhadap serangan penyakit adalah mineral dan vitamin (Jauhari dan Nasution, 2013).

4 Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Nutrisi

Menurut Craven dan Hirnle (2017), status nutrisi dipengaruhi oleh factor fisiologis, gaya hidup dan kebiasaan, budaya dan kepercayaan, sumber dana, obat-obatan dan interaksi nutrisi, jenis kelamin, pembedahan, kanker dan pengobatan kanker, penggunaan alcohol, serta status psikologis (Tarwoto & Wartonah, 2015).

a. Faktor fisiologis

Merupakan factor yang terkait dengan proses pencernaan atau intake makanan.

b. Gaya hidup dan kebiasaan

Kebiasaan makan seperti waktu makan pada jam tertentu, makan bersama, cara penyajian makanan, jenis makanan pasien, jika mengalami perubahan, maka dapat mempengaruhi selera dan intake makanan. Demikian juga gaya hidup pasien seperti kebiasaan makan, tinggi garam (natrium) juga mempengaruhi status nutrisi pasien.

c. Budaya dan keyakinan

Adanya budaya dan keyakinan yang salah dalam lingkungan masyarakat tertentu dalam mengonsumsi makanan menimbulkan tidak adekuatnya status nutrisi.

d. Kemampuan ekonomi atau tersedianya dana

Kemiskinan menimbulkan daya beli makanan menjadi berkurang dengan demikian intake makanan juga otomatis berkurang. Pemenuhan kebutuhan nutrisi juga akan terganggu.

e. Penggunaan Obat-obatan dan intake nutrisi.

Penggunaan obat-obatan dalam jangka lam menimbulkan komplikasi yang dapat menghambat intake makanan maupun absorpsi nutrisi.

f. Jenis kelamin

Pada usia tertentu pria membutuhkan lebih banyak zat gizi daripada wanita karena aktivitasnya atau karena ukuran tubuhnya yang lebih besar. Untuk zat gizi tertentu kadang wanita memerlukan lebih banyak daripada pria. (Haswati&Reni, 2017)

g. Pembedahan

Keadaan luka dan proses penyembuhan luka, membutuhkan lebih banyak nutrisi.

h. Kanker dan Pengobatan kanker

Kanker merupakan kondisi dimana sel-sel berpoliferasi dengan cepat dan tidak terkendali.

i. Penggunaan alcohol

Alkohol mempunyai efek tidak nafsu makan sehingga kebutuhan nutrisi akan berkurang.

j. Status psikologi

Respons stress pada individu berbeda, ada individu yang mengalami stress akan meningkatkan nafsu makan, namun juga sebaliknya tidak nafsu makan.

5. Status Nutrisi

Menurut Kemenkes 2015, Pengukuran status gizi dapat dilakukan dengan metode antropometri. Metode ini menggunakan pengukuran terhadap berat badan, tinggi badan dan tebal lapisan kulit. Pengukuran tersebut bervariasi menurut umur dan kebutuhan gizi. Antropometri dapat memberikan informasi tentang riwayat gizi masa lampau. Tingkat obesitas dapat dihitung menggunakan sebagai berikut:

a. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Rumus menghitung Indeks Massa tubuh (IMT)

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

Contoh :

Seorang pasien memiliki berat badan 90 kg dan tinggi badan 155 cm (1,55 m)

Berapa Indeks massa tubuhnya dan bagaimana status gizinya:

$$\begin{aligned} \text{IMT} &= \frac{90 \text{ kg}}{1,55\text{m} \times 1,55 \text{ m}} \\ &= \frac{90}{2,4} \\ &= 37,5 \end{aligned}$$

Paien dengan IMT 37.5, tergolong ke dalam status gizi Obesitas

Tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh Klasifikasi WHO

Klasifikasi	IMT
Berat badan kurang (undeweight)	<18,5
Berat badan normal	18,5-22,9
Kelebihan berat badan (Overweight)	23-24,9
Obesitas I	25-29,9
Obesitas II	>30

Sumber: WHO Western pacific region, 2000

Tabel 2.2 Indeks Massa Tubuh Klasifikasi Nasional

Klasifikasi	IMT
Kurus Berat	<17,0
Kurus Ringan	17,0-18,4
Normal	18,5-25,0
Gemuk Ringan	25,1-27,0
Gemuk Berat	>27

Sumber: PGN, 2014.

6. Masalah Kebutuhan Nutrisi

Secara umum, gangguan kebutuhan nutrisi terdiri atas kekurangan dan kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, kanker, dan anoreksia nervosa (Hidayat, 2015).

a) Kekurangan nutrisi

Kekurangan nutrisi merupakan keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau risiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

b) Kelebihan nutrisi

Kelebihan nutrisi merupakan suatu keadaan yang dialami seseorang yang mempunyai risiko peningkatan berat badan akibat asupan kebutuhan metabolisme secara berlebih.

c) Obesitas

Obesitas merupakan masalah peningkatan berat badan yang mencapai lebih dari 20% berat badan normal. Status nutrisinya adalah melebihi kebutuhan

metabolisme karena kelebihan asupan kalori dan penurunan dalam penggunaan kalori.

d) Malnutrisi

Malnutrisi merupakan masalah yang berhubungan dengan kekurangan zat gizi pada tingkat seluler atau dapat dikatakan sebagai masalah asupan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh. Gejala umumnya adalah berat badan rendah dengan asupan makanan yang cukup atau asupan kurang dari kebutuhan tubuh, adanya kelemahan otot dan penurunan energi, pucat pada kulit, membran mukosa, konjungtiva, dan lain-lain.

e) Hipertensi

Hipertensi merupakan gangguan nutrisi yang juga disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi seperti penyebab dari adanya obesitas, serta asupan kalsium, natrium, dan gaya hidup yang berlebihan.

f) Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner merupakan gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokok. Saat ini, gangguan ini sering dialami karena adanya perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat, obesitas, dan lain-lain.

g) Kanker

Kanker merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang disebabkan oleh pengonsumsi lemak secara berlebihan.

h) Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa merupakan penurunan berat badan secara mendadak dan berkepanjangan, ditandai dengan adanya konstipasi, pembengkakan badan, nyeri abdomen, kedinginan, letargi, dan kelebihan energi.

i) Diabetes melitus

Diabetes melitus merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat akibat kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan. (Hidayat, 2015).

7. Kebutuhan Nutrisi Penderita Diabetes Melitus

Menurut Hidayat 2015, menu makanan untuk diabetes harus dapat membantu mencapai tujuan diet dalam mengatur kadar gula darah mendekati normal, menurunkan gula dalam urin menjadi negatif, dan mampu beraktivitas secara baik dengan cara menyesuaikan makanan dengan kesanggupan tubuh untuk menggunakannya, melalui cara 3 J, yaitu:

- a. Jadwal makan, yaitu 3 kali makanan pokok dan 3 kali makanan selingan.
- b. Jumlah kalori harus sesuai yang ditentukan oleh ahli gizi.
- c. Jenis makanan harus mematuhi jenis makanan yang boleh dikonsumsi tanpa batasan dan makanan yang harus dibatasi dan tidak diperbolehkan untuk dikonsumsi.

Jumlah makanan yang berlebihan, terutama karbohidrat dan lemak inilah yang memicu naiknya glukosa darah. Jumlah makanan dikatakan berlebihan apabila, kita makan melebihi dari kebutuhan kalori dalam sehari. Jenis makanan yang tidak bervariasi juga bukan pola makan yang sehat. Jenis makanan yang perlu diketahui adalah sumber karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, buah, dan susu. Setiap makanan mengandung nilai gizi utama yang berbeda dan semua zat gizi ada baiknya terpenuhi sesuai kebutuhan gizi sehari-hari, mengonsumsi makan yang lebih bervariasi dapat menghindari kita dari kebosanan. Jenis makan yang tinggi kadar indeks glikemik, tinggi lemak, dan tinggi garam yang bisa meningkatkan risiko diabetes. Makanan yang mengandung nilai indeks glikemik yang tinggi diantaranya nasi putih, donat, cup cake, semangka, burger, pizza, jelly beans, keripik, dan pancake.

Jam makan yang tidak teratur seperti melewatkan sarapan dan sering makan larut malam dapat mengganggu kesehatan kita. Sarapan pagi sangatlah penting, sarapan pagi berfungsi untuk memulihkan energi setelah kita tidak makan selama waktu tidur. Jika tidak sarapan, metabolisme tubuh akan berantakan dan organ tubuh akan rusak. Disamping itu, makan diwaktu larut malam juga dapat mengganggu metabolisme tubuh. Seharusnya pada malam hari sistem pencernaan tubuh beristirahat, namun

karena ada makan yang masuk maka sistem pencernaan terpaksa bekerja. Akibatnya lemak dari makanan tersebut tidak terbakar oleh aktivitas visik dan malah menumpuk didalam tubuh. Hal inilah yang memicu resistensi insulin.

Dalam penatalaksanaan diet diabetes mellitus, ahli gizi, dokter, ataupun dietisien akan menetapkan jenis diet sesuai dengan tipe diabetes melitus dan keadaan pasien misalnya diabetes dengan kondisi hamil, diabetes nonkomplikasi, dan diabetes dengan komplikasi serta seluruh terapi yang dijalankan. Menu makanan yang disajikan hendaknya memenuhi syarat dalam diet diabetes mellitus, antara lain:

- a. Jadwal makan dibagi menjadi 3 porsi besar, yaitu sarapan, makan siang, makan malam, serta 3 kali porsi kecil dalam snack atau selingan. Hal ini penting agar energi tetap cukup untuk mempertahankan berat badan normal ataupun hasil dalam menurunkan berat badan apabila diabetesi mengalami obesitas.
- b. Protein diperlukan sebesar 10-15% dari energi total.
- c. Kolesterol sangat dibatasi, maksimal 300 mg per hari dengan kebutuhan lemak pada batas sedang, yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total yang diperlukan oleh tubuh. Sebaiknya diperoleh dari lemak tak jenuh ganda dan tunggal sebesar lebih dari 10% dan kurang dari 10% dari lemak jenuh.
- d. Komposisi bahan makanan cukup mengandung vitamin dan mineral, agar daya tahan tubuh diabetesi dipertahankan baik tanpa komplikasi dan membaik jika dengan komplikasi.
- e. Diabetesi dengan hipertensi sangat dibatasi dalam konsumsi natrium berupa garam dapur atau disertai diet rendah garam dengan beberapa tingkatan tertentu, sementara diabetesi tanpa hipertensi diperbolehkan mengkonsumsi natrium dengan takaran maksimal 3000 mg/hari.
- f. Gula murni tidak diperbolehkan dalam makanan atau minuman pasien diabetes, kecuali dalam jumlah yang sangat sedikit, misalnya dalam penggunaan sebagai bumbu masakan sesuai tingkatan jenis diet diabetes mellitus.
- g. Gula alternatif pengganti gula murni sebaiknya dipilih dari jenis gula pengganti

bergizi, yaitu fruktosa misalnya sarbitol, manitol, dan silitol dengan pemakaian sangat terbatas, yaitu tidak lebih 20% dari kebutuhan energi total. Aspartam dan sakarin adalah gula pengganti tanpa nilai gizi.

- h. Jumlah karbohidrat yang diperlukan adalah 60-70% sesuai etiket diet yang disarankan oleh ahli gizi.
- i. Kebutuhan serat diupayakan 25 gram per hari yang berasal dari buah- buahan dan sayuran yang diperbolehkan.

Pengaturan makan merupakan pilar utama pengelolaan diabetes mellitus. Namun, diabetesi sering mendapat berbagai informasi tentang makanan dan DM dari berbagai sumber yang tidak selalu benar. Informasi yang kurang tepat sering kali merugikan diabetesi itu sendiri, antara lain tidak lagi dapat menikmati makanan kesukaan mereka. Sebenarnya anjuran makan pada diabetesi sama dengan anjuran makan sehat umumnya, yaitu makanan menu seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori masing-masing. Sebaliknya anjuran makan bagi diabetesi juga akan sangat baik untuk orang sehat yang non DM dan juga untuk mencegah penyakit salah gizi yang lainnya.

Tujuan makan sesuai kebutuhan kalori adalah agar dapat mencapai dan mempertahankan berat badan yang normal. Pada diabetesi yang gemuk, kadar gula darah sulit dikendalikan, sehingga berat badan perlu dibuat normal. Berat badan normal berkisar antara kurang dari 10% sampai lebih dari 10% dari berat badan idaman. Berat badan idaman adalah $90\% \times (\text{tinggi badan dalam cm dikurang } 100 \text{ kg})$. bila tinggi badan 160 cm, maka berat badan idamannya adalah $90\% \times (160-100) \text{ kg} = 54 \text{ kg}$. Berolahraga dengan teratur dapat membantu menurunkan berat badan dan mengendalikan kadar gula darah.

Selain perlu mencapai gula darah dan mempertahankan gula darah mendekati normal, diabetesi juga perlu mencapai dan mempertahankan lemak darah serta tekanan darah yang normal. Diabetesi tak perlu takut makan dan dianjurkan makan bersama anggota keluarga lainnya, yaitu menu makanan yang seimbang sesuai kebutuhan gizi.

Secara prinsip, pengaturan zat gizi pada penyandang diabetes diarahkan pada gizi seimbang serta pengaturan jumlah kalori, jenis makanan, dan jadwal makan. Keteraturan makan merupakan hal yang sangat penting bagi penyandang diabetes yang menggunakan obat hipoglikemik baik oral maupun injeksi. Kandungan zat gizi dalam makanan serta anjurannya untuk diabetesi sebagai berikut:

a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber tenaga utama untuk kegiatan sehari dan terdiri atas tepung-tepungan dan gula. Diabetesi dianjurkan mengkonsumsi padi-padian, sereal, buah dan sayuran karena mengandung serat tinggi, vitamin, dan mineral. Makanan yang perlu dibatasi adalah gula, madu, sirup, kue kukis, dodol, dan kue- kue manis lainnya. Karbohidrat sederhana seperti gula hanya mengandung karbohidrat saja tetapi tidak mengandung zat gizi penting lainnya sehingga kurang bermanfaat bagi tubuh. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

- 1) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% dari total asupan kalori.
- 2) Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan.
- 3) Makanan mengandung karbohidrat terutama yang mengandung serat tinggi.
- 4) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5 dari total asupan kalori.
- 5) Pemanis alternative dapat digunakan sebagai pengganti gula asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian.
- 6) Makan 3 kali sehari atau lebih, namun kalorinya tidak melebihi kebutuhan tubuh. Kalau perlu ada selingan makanan yang kalorinya telah diperhitungkan

b. Protein

Protein adalah zat gizi yang penting untuk pertumbuhan dan penggantian jaringan yang rusak. Oleh karena itu perlu makan protein setiap hari. Sumber protein banyak terdapat dalam ikan, ayam, daging, tahu, tempe, dan kacang-kacangan. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

- 1) Dibutuhkan sebesar 10-20% total asupan kalori.
- 2) Sumber protein antara lain sea food, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan seperti juga tahu dan tempe.
- 3) Bila ada nefropati, perlu dilakukan pembatasan protein seperti anjuran medis.

c. Lemak

Lemak juga sumber tenaga. Bagi diabetesi makanan jangan terlalu banyak digoreng, sebaiknya lebih banyak dimasak menggunakan sedikit minyak seperti dipanggang, dikukus, dibuat sup, direbus, atau dibakar. Batasi makanan tinggi kolesterol seperti otak, jeroan. Komposisi makanan yang dianjurkan seperti:

- 1) Asupan lemak yang dianjurkan sekitar 20-25% dari total kebutuhan kalori.
- 2) Lemak jenuh <7% dari total kebutuhan kalori.
- 3) Lemak tidak jenuh ganda <10%, selebihnya dari lemak tidak jenuh tinggal.
- 4) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain daging berlemak dan susu penuh (whole milk).
- 5) Anjuran konsumsi kolesterol <300 mg/hari.

d. Vitamin dan mineral

Vitamin dan mineral terdapat pada sayuran dan buah-buahan, berfungsi untuk membantu melancarkan kerja tubuh. Apabila kita makan- makanan yang bervariasi setiap harinya maka tidak perlu lagi vitamin tambahan.

e. Natrium

Diabetesi perlu mencapai dan mempertahankan tekanan darah yang normal. Oleh karena itu perlu membatasi konsumsi natrium. Hindari makanan tinggi garam dan vetsin. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

- 1) Anjurkan asupan natrium <3000 mg atau sama dengan 6-7 gram (1 sendok teh) garam dapur.
- 2) Bagi yang hipertensi, pembatasan natrium sampai 2400 mg garam dapur.

f. Serat

Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari:

- 1) Dianjurkan asupan makanan dengan serat yang tinggi. Dalam 1000 kkal/hari dianjurkan serat mencapai 25 gram.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Sumirah dalam Konsep Dasar Keperawatan, 2016) .

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan klien yang dapat diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang.

1) Anamnesa

a) Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk RS dan diagnosa medis

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan adalah keluhan berat badan berlebih,

kelelahan, keterbatasan gerak yang menyebabkan keterbatasan mobilitas fisik, gula darah yang tidak stabil, IGT dan IFG abnormal.

c) Riwayat kesehatan sekarang

Isinya mengenai kapan terjadinya, penyebab terjadinya serta upaya yang telah dilakukan oleh klien untuk mengatasinya.

d) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya penyakit DM atau penyakit yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas, jantung, obesitas, tindakan medis dan obat-obatan yang pernah di dapat

e) Riwayat kesehatan keluarga

Terdapat salah satu keluarga yang menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi

f) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit klien

2) Pemeriksaan fisik

a) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan klien, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

b) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, penglihatan kabur, lensa mata keruh.

c) Sistem integument

Kaji warna kulit, keadaan rambut, kulit kepala bersih atau tidak. Kaji kelembaban kulit dan turgor kulit.

d) System pernapasan

Ada sesak, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi.

e) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis.

f) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen, obesitas.

g) System urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

h) System musculoskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri.

i) System neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, letargi, mengantuk, reflex lambat, kacau mental.

3) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

- a) Pemeriksaan darah Pemeriksaan darah meliputi GDS > 200 mg/dl. Gula darah puasa > 126 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.
- b) Urine Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urin.
- c) Kultur pus Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotic yang sesuai dengan jenis kuman.

b. Analisa data

Data dasar adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya. Data focus adalah

data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatan lainnya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan terhadap klien (Potter & Perry, 2015).

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang pasien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan pasien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi pasien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah pasien. Pengumpulan data dimulai sejak pasien masuk kerumah sakit (initial assesment) (Potter & Perry, 2015).

Tujuan Pengumpulan Data

- a) Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien.
- b) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien.
- c) Untuk menilai keadaan pasien.
- d) Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

Tipe Data :

a) Data Subjektif

Data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh perawat, mencakup persepsi, perasaan, ide pasien tentang status kesehatannya. Misalnya tentang nutrisi(Potter & Perry,2015)

b) Data Objektif

Data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, edema, berat badan, tingkat kesadaran. (Potter& Perry, 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon klien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (SDKI: 2016).

Diagnosa keperawatan untuk diabetes melitus berdasarkan analisa data menurut PPNI (2016), ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Berat badan berlebih.
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
3. Perfusi perifer tidak efektif
4. Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif
5. Risiko perfusi perifer tidak efektif
6. Obesitas
7. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa
8. Gangguan integritas kulit

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Tim Pokja DPP PPNI, 2018 dengan masalah keperawatan :

- a. Berat badan berlebih

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Berat badan berlebih	– Konseling Nutrisi	Observasi – Identifikasi kebiasaan makan dan perilaku makan yang akan diubah. – Identifikasi kemajuan modifikasi diet secara reguler. – Monitor intake dan output cairan, nilai hemoglobin, tekanan darah, kenaikan

			<p>berat badan, dan kebiasaan membeli makanan</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan terapeutik - Sepakati lama waktu pemberian konseling - Tetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis - Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan - Pertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi (mis. usia, tahap pertumbuhan dan perkembangan, penyakit) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasi perlunya modifikasi diet (mis. Penurunan atau penambahan berat badan, pembatasan natrium atau cairan, pengurangan kolesterol) - Jelaskan program gizi dan persepsi pasien terhadap diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk pada ahli gizi, jika perlu.
--	--	--	--

Sumber: SIKI, 2018.

4. Implementasi

Merupakan tindakan yang sudah diencanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan dengan keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan

akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menemukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit Diabetes Melitus

1. Definisi Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes melitus tipe II adalah penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin akan sedikit menurun atau berada dalam rentang yang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pada pankreas, maka DM Tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes melitus. Tipe ini muncul pada orang yang berusia diatas 30 tahun. (Corwin, 2018).

Menurut American Diabetes Association (ADA) 2016, Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Diabetes melitus tipe 2 terjadi jika insulin hasil produksi pancreas tidak cukup atau sel lemak dan otot tubuh menjadi kebal terhadap insulin, sehingga terjadilah gangguan pengiriman gula ke sel tubuh. Diabetes Tipe 2 ini merupakan tipe diabetes yang paling umum dijumpai, juga sering disebut diabetes yang dimulai pada masa dewasa, dikenal sebagai NIDDM (Non-insulin-dependent diabetes melitus).

2. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II

DM Tipe II disebabkan oleh gangguan dari resistensi insulin dan sekresi insulin. Resistensi insulin ini terjadi karena reseptor yang berikatan dengan insulin tidak

sensitif sehingga ini mengakibatkan menurunnya kemampuan insulin dalam merangsang pengambilan glukosa dan menghambat produksi glukosa oleh sel pada hati. Gangguan sekresi insulin ini terjadi karena sel beta pankreas tidak mampu untuk mensekresikan insulin sesuai dengan kebutuhan (Smeltzer & Bare, 2015).

Penyebab diabetes berdasarkan tipenya (Rendy & Margareth, 2017).

DM tipe II (Diabetes Mellitus tak tergantung insulin/DMTTI):

- a. Usia: (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)
- b. Obesitas: obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh: insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik
- c. Riwayat keluarga
- d. Kelompok etnik

Hasil pemeriksaan glukosa darah 2 jam pasca pembedahan dibagi menjadi 3 yaitu: (Sudoyo Aru, dkk 2009)

- a. < 140 mg/dl ->normal.
- b. 140 – 200 mg/dl -> toleransi glukosa terganggu.
- c. Lebih dari 200 mg/dl ->diabetes.

3. Tanda Dan Gejala Diabetes Melitus Tipe II

Rendy & Margareth (2017) seseorang dapat dikatakan menderita diabetes mellitus apabila menderita dua dari tiga gejala yaitu:

- a. Keluhan TRIAS: Banyak minum, banyak kencing dan penurunan berat badan.
- b. Kadar glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120 mg/dl.
- c. Kadar glukosa darahdua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl Keluhan yang sering terjadi pada penderita diabetes mellitus adalah: Poliuria, polidipsia, polifagia, berat badan menurun, lemah, kesemutan, gatal, visus menurun, bisul/ luka, keputihan.

4. Manifestasi Klinis Diabetes Tipe II

Manifestasi DM dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin Price & Wilson (2014).

- a. Kadar glukosa puasa tidak normal.
- b. Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin dan timbul rasa haus.
- c. Rasa lapar yang semakin besar, BB berkurang.
- d. Lelah dan mengantuk.
- e. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva.

Kriteria diagnosis Diabetes Melitus (Sudoyo Aru, dkk 2013)

- a. Gejala klasik DM+glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L);
- b. Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu;
- c. Gejala klasik DM+glukosa plasma >126 mg/dl (7,0 mmol/L), puasa diartikan pasien tidak mendapatkan kalori tambahan sedikitnya 8 jam;
Glukosa plasma 2 jam pada TTGO >200 mg/dl (11,1 mmol/L) TTGO dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang standar dengan 75 gram glukosa anhidrus dilarutkan di dalam air.

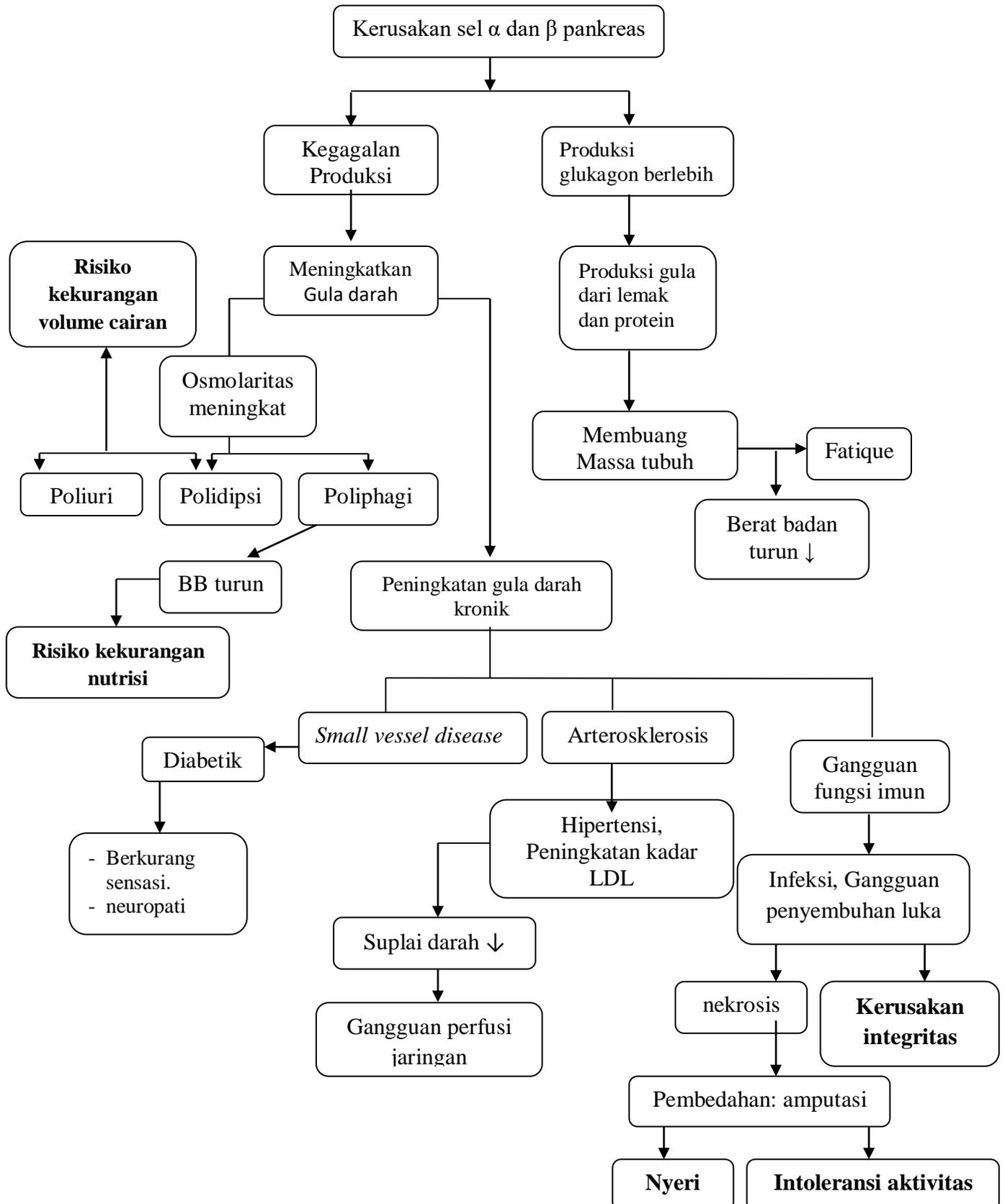
5. Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe II

Menurut Brunner & Suddarth (2016), Patogenesis DM tipe II berbeda signifikan dari DM tipe I. Respon terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampaknya menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespon peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai *desensitiasi*, dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Rasio *proinsulin* (prekursor insulin) terhadap insulin tersekresi juga meningkat. Proses patofisiologi kedua dalam DM tipe 2 adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik dihati maupun jaringan perifer.

Keadaan ini disebut sebagai *resistensi insulin*. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas namun ini nampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel. Insulin adalah hormon pembangun (anabolik). Tanpa insulin tiga masalah metabolik mayor terjadi: penurunan pemanfaatan glukosa, peningkatan metabolisme lemak, dan peningkatan pemanfaatan protein.

6. Patway Diabetes Melitus

Gambar 2.1 Patway Diabetes Melitus



7. Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Tipe II

Tabel 2.4 Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)

Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)		
Kadar glukosa darah sewaktu	DM	Belum pasti DM
Plasma vena	>200	100-200
Darah kapiler	>200	80-100
Kadar gula darah puas (mg/dl)		
Kadar glukosa darah puasa	DM	Belum pasti DM
Plasma vena	>120	110-120
Darah kapiler	>110	90-110

Sumber: World Health Organization, 2014

1. Kriteria dignostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan:
 - a. Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L).
 - b. Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L).
 - c. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) >200 mg/dl).
2. Tes laboratorium DM

Jenis tes pada pasien DM dapat berupa tes saring, tes diagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.
3. Tes saring

Tes-tes saring pada pasien DM:

 - a. GDP, GDS.
 - b. Tes glukosa urin: tes konvensional (metode reduksi atau benedict) dan tes carik celup (metode glucose oxidase atau hexokinase).
4. Tes diagnostik

Tes-tes diagnostik pada DM adalah: GDP, GDS, GD2PP (glukosa darah 2 jam post prandial), glukosa jam ke-2 TTGO.
5. Tes monitoring terapi

Tes-tes monitoring terapi DM adalah:

 - a. GDP: plasma vena, darah kapiler.
 - b. GD2PP: plasma vena.

- c. A1c: darah vena, darah kapiler.
- 6. Tes untuk mendeteksi komplikasi
Tes-tes untuk mendeteksi komplikasi adalah:
 - a. Mikroalbuminuria: urin.
 - b. Ureum, creatini, asam urat.
 - c. Kolesterol total: plasma vena (puasa).
 - d. Kolesterol LDL: plasma vena (puasa).
 - e. Trigliserida: plasma vena (puasa).
- 7. Pemeriksaan HbA1c

HbA1c merupakan reaksi antara glukosa dengan hemoglobin, yang tersimpan dan bertahan dalam sel darah merah selama 120 hari sesuai dengan umur eritrosit. Kadar HbA1c bergantung dengan kadar glukosa dalam darah, sehingga HbA1c menggambarkan rata-rata kadar gula darah selama 3 bulan. Sedangkan pemeriksaan gula darah hanya mencerminkan saat diperiksa, dan tidak menggambarkan pengendalian jangka panjang. Pemeriksaan gula darah diperlukan untuk pengelolaan diabetes terutama untuk mengatasi komplikasi akibat perubahan kadar glukosa yang berubah mendadak.

Tabel 2.5 kategori HbA1c yaitu:

HbA1c <6,5%	Kontrol glikemik baik
HbA1c 6,5-8%	Kontrol glikemik sedang
HbA1c >8%	Kontrol glikemik buruk

Sumber: Jurnal Ibnu Sina,2017.

8. Komplikasi Diabetes Melitus Tipe II

Menurut Tandra (2018) beberapa komplikasi dari diabetes mellitus adalah:

- 1) Akut
 - a) Hipoglikemia dan hiperglikemia
 - b) Penyakit makrovaskuler: mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner, (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).
 - c) Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati,

nefropati.

d) Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstremitas), saraf otonom berpengaruh pada gastro intestinal, kardiovaskuler.

2) Komplikasi menahun diabetes mellitus

- a) Neuropati diabetik
- b) Retinopati diabetik
- c) Nefropati diabetik
- d) Proteinuria
- e) Kelainan koroner
- f) Ukus gangrene

9. Penatalaksanaan Diabetes Melitus Tipe II

a. Pengelolaan (kontrol)

Dalam mengelola diabetes melitus jangka pendek tujuannya adalah menghilangkan keluhan/gejala diabetes melitus dan mempertahankan rasa nyaman dan sehat. Untuk jangka panjang, tujuannya lebih jauh lagi yaitu mencegah penyulit, baik makroangiopati, mikroangiopati, maupun neuropati, dengan tujuan akhir menurunkan morbiditas dan mortalitas diabetes melitus. Mengingat mekanisme dasar kelainan diabetes melitus tipe 2 adalah terdapatnya faktor genetik, resistensi insulin dan insufisiensi sel beta pankreas, maka cara-cara untuk memperbaiki kelainan dasar tersebut harus tercermin pada langkah pengelolaan. Pilar utama pengelolaan diabetes melitus yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat berkhasiat hiperglikemik dan penyuluhan/edukasi Beck (2013).

b. Terapi diet

Tujuan Menurut Beck (2013), tujuan terapi diet yaitu :

- 1) Memulihkan dan mempertahankan kadar glukosa darah dalam kisaran nilai yang normal sehingga mencegah terjadinya glikosuria beserta gejala-gejalanya.
- 2) Mengurangi besarnya perubahan kadar glukosa darah postprandial. Tindakan ini, bersama-sama dengan normalisasi kadar glukosa darah, akan

membantu mencegah terjadinya komplikasi lanjut yang mencakup penyakit kardiovaskuler.

- 3) Memberikan masukan semua jenis nutrient yang memadai sehingga memungkinkan pertumbuhan normal dan perbaikan jaringan.
- 4) Memulihkan dan mempertahankan berat badan yang normal.

Menurut Maulana (2014) perencanaan makan (meal planning) bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa darah senormal mungkin dan mengusahakan agar berat badan mencapai batas normal. Pada dasarnya mengelola penyakit Diabetes Melittus sebenarnya mudah asal penderita bisa mendisiplinkan diri dan melakukan olahraga secara teratur, menuruti saran dokter dan tidak mudah patah semangat. Dalam merencanakan makan untuk pasien diabetes pertama-tama haruslah dipikirkan secara matang apakah diet itu dipatuhi atau tidak. Jalan terbaik adalah dengan membuat perencanaan makan yang cocok untuk setiap pasien, artinya harus dilakukan individualisasi, sesuai dengan cara hidupnya, pola jam kerjanya latar belakang kulturnya, tingkat pendidikannya, penghasilannya dan lain-lain.

c. Prinsip Diet

Prinsip diet Diabetes Melitus menurut Tjokroprawiro (2016) adalah tepat jadwal, tepat jumlah dan tepat jenis :

1) Tepat jadwal

Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya yang dibagi menjadi enam waktu jam makanan, yaitu tiga kali makanan utama dan tiga kali makanan selingan. Penderita Diabetes Melitus hendaknya mengonsumsi makanan dengan jadwal waktu yang tetap sehingga reaksi insulin selalu selaras dengan datangnya makanan dalam tubuh. Makanan selingan berupa snack penting untuk mencegah terjadinya hipoglikemia (menurunnya kadar glukosa darah). Jadwal makan terbagi menjadi enam bagian makan (3 kali makan besar dan 3 kali makan selingan) sebagai berikut:

- a) Makan pagi pukul 06.00-07.00
- b) Selingan pagi pukul 09.00-10.00

- c) Makan siang pukul 12.00-13.00
- d) Selingan siang pukul 15.00-16.00
- e) Makan malam pukul 18.00-19.00
- f) Selingan malam pukul 21.00-22.00

2) Tepat jumlah

Menurut PERKENI (2018), pengelolaan diet dan pencegahan diabetes melitus adalah memperhatikan jumlah makan yang dikonsumsi. Jumlah makan (kalori) yang dianjurkan bagi penderita Diabetes Melittus adalah makan lebih sering dengan porsi kecil, sedangkan yang tidak dianjurkan adalah makan dalam porsi banyak/besar sekaligus. Tujuan cara makan seperti ini adalah agar jumlah kalori terus merata sepanjang hari, sehingga beban kerja organ-organ tubuh tidak berat, terutama organ pankreas. Cara makan yang berlebihan (banyak) tidak menguntungkan bagi fungsi pankreas. Asupan makanan yang berlebihan merangsang pankreas bekerja lebih keras. Penderita Diabetes Melittus, diusahakan mengonsumsi asupan energi yaitu kalori basal 25-30 kkal/kgBB normal yang ditambah kebutuhan untuk aktivitas dan keadaan khusus, protein 10-20% dari kebutuhan energi total, lemak 20-25% dari kebutuhan energi total dan karbohidrat sisa dari kebutuhan energi total yaitu 45-65% dan serat 25 g/hari (PERKENI, 2018).

3) Tepat jenis

Setiap jenis makanan mempunyai karakteristik kimia yang beragam dan sangat menentukan tinggi rendahnya kadar glukosa dalam darah ketika mengonsumsinya atau mengkombinasikannya dalam pembuatan menu sehari-hari. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari: Karbohidrat merupakan sumber tenaga utama untuk kegiatan sehari-hari dan terdiri atas tepung-tepungan dan gula. Diabetisi dianjurkan mengonsumsi padi-padian, sereal, buah dan sayuran karena mengandung serat tinggi, juga vitamin dan mineral. Makanan yang perlu dibatasi adalah gula, madu, sirup, dodol dan kue-kue manis lainnya. Karbohidrat sederhana seperti gula hanya mengandung karbohidrat saja, tetapi tidak mengandung zat gizi penting

lainnya sehingga kurang bermanfaat bagi tubuh.

- a) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Terutama karbohidrat yang berserat tinggi.
- b) Pembatasan karbohidrat total < 7 % kebutuhan kalori - lemak tidak jenuh ganda < 10 % - selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal.
- c) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain: daging berlemak dan susu fullcream.
- d) Konsumsi kolesterol dianjurkan < 200 mg/hari. - Protein Protein adalah zat gizi yang penting untuk pertumbuhan dan pengganti jaringan yang rusak, selain itu juga konsumsi protein juga mengurangi atau menunda rasa lapar sehingga dapat menghindarkan penderita diabetes dari kebiasaan makanan yang berlebihan yang memicu timbulnya kegemukan. Oleh karena itu perlu mengonsumsi protein setiap hari.
- e) Kebutuhan protein sebesar 10 – 20% total asupan energi.
- f) Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.
- g) Pada pasien dengan nefropati diabetik perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB perhari atau 10% dari kebutuhan energi, dengan 65% diantaranya bernilai biologik tinggi. Kecuali pada penderita DM yang sudah menjalani hemodialisis asupan protein menjadi 1-1,2 g/kg BB perhari.

Vitamin dan mineral Vitamin dan mineral terdapat pada sayuran dan buah-buahan, berfungsi untuk memabntu melancarkan kerja tubuh. Apabila kita makan makanan yang bervariasi setiap harinya, maka tidak perlu lagi vitamin tambahan. Penderita diabetes perlu mencapai dan mempertahankan tekanan darah yang normal. Oleh karena itu perlu membatasi konsumsi natrium. Hindari makanan tinggi garam dan vetsin. Anjuran makan garam dapur sehari kira-kira 6-7 gram (satu sendok teh).

Serat Konsumsi serat, terutama serat larut air pada sayur-sayuran dan

buah-buahan. Serat ini dapat menghambat lewatnya glukosa melalui dinding saluran pencernaan menuju pembuluh darah sehingga kadarnya dalam darah tidak berlebihan. Selain itu, serat dapat membantu memperlambat penyerapan glukosa dalam darah dan memperlambat pelepasan glukosa dalam darah. American Diabetes Association merekomendasikan kecukupan serat bagi penderita Diabetes Mellitus adalah 20- 35 gram per hari, sedangkan di Indonesia asupan serat yang dianjurkan sekitar 25 g/hari. Serat banyak terdapat dalam sayur dan buah, untuk sayur dibedakan menjadi dua golongan, yaitu golongan A dan golongan B. Sayur golongan A bebas dikonsumsi yaitu oyong, lobak, selada, jamur segar, mentimun, tomat, sawi tauge, kangkung, terung, kemang kol, kol, lobak dan labu air. Sementara itu yang termasuk sayur golongan B diantaranya buncis, daun melinjo, daun pakis, daun jagung muda, genjer, kacang kapri, jantung pisang, dan beluntas, bayam, kacang panjang dan wortel. Untuk buah-buahan seperti manga, sawo manila, rambutan, duku, durian, semangka dan nanas termasuk jenis buah-buahan yang kandungan HA diatas 10 gr/100 gr bahan mentah.

d. Konseling gizi

Pengertian Salah satu cara untuk menyadarkan masyarakat tentang gizi adalah melalui konseling gizi. Secara umum, definisi konseling adalah suatu proses komunikasi interpersonal/dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi. Dalam definisi ini, ada dua unsur yang terlibat, yaitu konselor dan klien. Konseling gizi adalah serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, serta perilaku sehingga membantu klien atau pasien mengenali dan mengatasi masalah gizi melalui pengaturan makan dan minuman (Persagi, 2014).

- 1) Tujuan konseling gizi Secara umum, tujuan konseling adalah membantu klien dalam upaya mengubah perilaku yang berkaitan dengan gizi, sehingga status gizi dan kesehatan klien menjadi lebih baik. Perilaku yang dirubah

meliputi ranah pengetahuan, ranah sikap, dan ranah keterampilan di bidang gizi. Perilaku negative di bidang gizi, diubah menjadi perilaku positif.

Beberapa tujuan dari konseling gizi yaitu :

- a) Mengikuti kemauan/saran konselor.
- b) Mengadakan perubahan perilaku secara positif.
- c) Mengikuti kemauan/saran konselor.
- d) Mengikuti kemauan/saran konselor.
- e) Mengadakan perubahan perilaku secara positif.
- f) Melakukan pemecahan masalah.
- g) Melakukan pengambilan keputusan, pengembangan kesadaran dan pengembangan pribadi.
- h) Mengembangkan penerimaan diri.

Membeikan pengukuhan peran keluarga sangat penting dalam keberhasilan konseling gizi. Anggota keluarga yang lain dapat mendukung pelaksanaan perubahan pola makan, di samping ikut memantau tentang aturan dan disiplin makan klien. Pada akhirnya, klien dapat menerapkan pola makan yang baik sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Manfaat Menurut Persagi (2014) dalam Penuntun Konseling Gizi, manfaat konseling gizi adalah sebagai berikut :

- a) Membantu klien untuk mengenali masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi.
- b) Membantu klien memahami penyebab terjadi masalah.
- c) Membantu klien untuk mencari alternatif pemecahan masalah.
- d) Membantu klien untuk memilih cara pemecahan masalah yang paling sesuai baginya.
- e) Membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan gizi klien.

e. Langkah-langkah konseling gizi

- 1) Membangun dasar konseling Langkah pertama disini dengan mengenalkan konselor dan klien serta memahami tujuan kedatangan dan menjelaskan

tujuan serta proses konseling gizi yang akan dijalani. Sangat penting untuk membangun hubungan yang positif berdasarkan rasa percaya, keterbukaan dan kejujuran. Konselor harus dapat menunjukkan dirinya dapat dipercaya dan kompeten untuk membantu klien.

2) Mengkaji permasalahan Pada bagian ini yaitu dengan mengumpulkan data dan fakta dari semua aspek dengan melakukan asesmen atau pengkajian gizi menggunakan data antropometri, biokimia, klinis dan fisik, riwayat makan serta personal. Dari data-data tersebut sehingga dapat menunjang dan mencapai tujuan dari konseling gizi sesuai dengan permasalahan klien.

3) Menegakan diagnose gizi

Melakukan identifikasi masalah penyebab dan tanda atau gejala yang disimpulkan dari uraian hasil pengkajian gizi dengan komponen PES (Problem, Etiologi, Symptom).

4) Intervensi

a) Memilih rencana Bekerjasama dengan klien untuk memilih alternatif upaya perubahan perilaku diet yang dapat diimplementasikan seperti mengatur proses perencanaan pelaksanaan dan evaluasi intervensi yang dilaksanakan.

b) Memperoleh komitmen untuk melaksanakan perlakuan diet, menjelaskan tujuan, prinsip diet dan ukuran porsi makan dan membuat kesepakatan antara konselor dan klien dalam bentuk komitmen untuk melaksanakan preskripsi diet dan aturannya.

5) Monitoring dan evaluasi

Tujuan monitoring dan evaluasi adalah mengetahui pelaksanaan intervensi sesuai komitmen dan mengetahui tingkat keberhasilannya. Pada langkah ini mengulangi dan tanyakan kembali apakah kesimpulan dari konseling dapat dimengerti oleh klien dan membuat perjanjian pada kunjungan berikutnya lihat proses dan dampaknya.

6) Terminasi (mengakhiri konseling)

Sasaran konseling Sasaran konseling dapat ditinjau dari berbagai sudut pandang. Dari sudut pandang siklus dalam daur kehidupan atau umur,

sasaran konseling adalah anak, remaja, orang dewasa dan orang lanjut usia. Perlu disadari bahwa yang memerlukan konseling gizi bukan hanya individu yang mempunyai masalah gizi, tetapi juga individu yang sehat atau individu yang mempunyai berat badan ideal agar kesehatan optimal tetap dapat dipertahankan serta bagaimana mencegah penyakit-penyakit yang berkaitan dengan gizi.

Persagi (2014) menyatakan bahwa sasaran konseling gizi adalah :

- a) Klien yang mempunyai masalah kesehatan yang terkait dengan gizi
- b) Klien yang ingin melakukan tindakan pencegahan
- c) Klien yang ingin mempertahankan dan mencapai status gizi optimal.

f. Pengaruh Konseling Gizi

Terhadap Tingkat Konsumsi dan Kadar Gula Darah Menurut Mulyani (2015), Konseling gizi juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi asupan karbohidrat pasien Diabetes Melittus. Tujuan dari seorang pasien Diabetes Melittus melakukan konsultasi gizi adalah supaya penderita mudah memperoleh keterangan yang jelas tentang Diabetes Melittus baik mengenai penanganan maupun obatnya, serta mengenai anjuran makanan yang boleh dikonsumsi dan pantangannya. Faktor lain yang mempengaruhi asupan karbohidrat adalah pola makan yang salah sehingga menyebabkan meningkatnya asupan karbohidrat. Kesalahan pola makan dapat terjadi karena seseorang kurang pemahaman akan bagaimana pola makan yang baik. Salah satu cara yang digunakan untuk meningkatkan pemahaman seseorang adalah dengan melakukan kegiatan konseling. Selain pada tingkat konsumsi, juga dapat mengetahui makanan apa saja yang menyebabkan kadar gula darah naik dan mereka juga dapat mengetahui bagaimana cara agar dapat menurunkan kadar gula darah yang meningkat. Kadar gula darah pada prinsipnya menerangkan beberapa banyak jumlah kandungan gula (glukosa) yang terdapat dalam darah. Penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit dimana meningkatnya kadar gula dalam darah yang disebabkan oleh meningkatnya asupan karbohidrat akibat salahnya pola makan. Kejadian ini terjadi akibat

seseorang kurang mendapat pengetahuan dan pemahaman akan pola makan yang baik. Dengan adanya kegiatan konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman seseorang akan bagaimana pola makan yang baik dapat menurunkan kadar gula dalam darah.

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan diatur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

2. Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan 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 merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu

mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

d. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

3. Tugas Perkembangan Keluarga

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga berikut tugas perkembangannya.

a. Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Tugas baru/pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua).
- 4) Menetapkan tujuan bersama.

- 5) Persiapan menjadi orang tua.
 - 6) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).
- b. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*) Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:
- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap.
 - 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan keluarga.
 - 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
 - 4) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek.
 - 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
 - 6) Konseling KB post partum 6 minggu.
 - 7) Menata ruang untuk anak.
 - 8) Menyiapkan biaya child bearing.
 - 9) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
 - 10) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- c. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan - 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga :
- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
 - 2) Mensosialisasikan anak
 - 3) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua – anak) serta hubungan diluar keluarga
 - 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - 6) Pembagian tanggung jawab

7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6 – 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
- 4) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- 5) Menyediakan aktivitas untuk anak.

e. Keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13 – 20 tahun.

Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- 2) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak- anak
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

f. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan anggota keluarga :

- a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya.
- b. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- c. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- d. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
- e. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak

- f. Menciptakan lingkungan rumah dan dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.
- g. Tahap usia pertengahan (*middle age family*). Tugas perkembangan keluarga :
 - 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
 - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak
 - 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
 - 4) Persiapan masa tua/ pensiun.
- h. Tahap keluarga lanjut usia. Tugas keperawatan keluarga :
 - 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
 - 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
 - 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
 - 4) Mempertahankan hubungan perkawinan
 - 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
 - 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
 - 7) Melakukan life review masa lalu. (Padila, 2015).

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Achjar (2012) Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidak mampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat 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, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, 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 untuk 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.

5. Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, implementasi dan evaluasi (Padila, 2015).

a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/ model *Family Center Nursing* Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

1) Data umum

a) Identitas kepala keluarga

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK) :
- 2) Umur (KK) :
- 3) Pekerjaan Kepala Keluarga (KK) :
- 4) Pendidikan Kepala Keluarga (KK) :
- 5) Alamat dan Nomor telpon :

b) Komposisi anggota keluarga

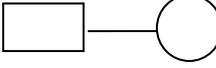
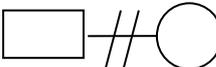
Tabel 2.6 Komposisi anggota keluarga

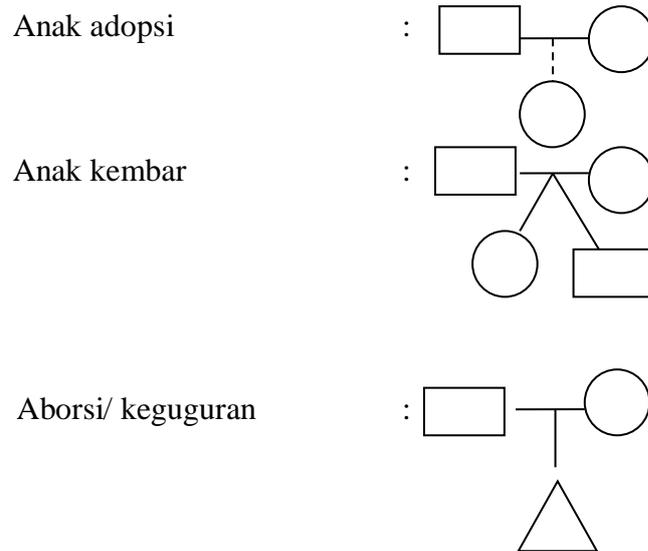
Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	pendidikan	pekerjaan	Keterangan

Sumber: Padila, 2015.

a) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2018) seperti :

- Laki-laki : 
- Perempuan : 
- Meninggal dunia :  
- Tinggal serumah : 
- Pasien yang diidentifikasi : 
- Kawin : 
- Cerai : 



b) Tipe keluarga

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

c) Suku bangsa

- 1) Asal suku bangsa keluarga
- 2) Bahasa yang dipakai keluarga
- 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f) Agama :

- 1) Agama yang dianut keluarga
- 2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

g) Status sosial ekonomi keluarga :

- 1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- 2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- 3) Tabungan khusus kesehatan
- 4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

h) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
- b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- c) Riwayat keluarga inti:
 - 1) Riwayat terbentuknya keluarga inti
 - 2) Penyakit yang pernah diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit tidak menular di keluarga)
- d) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri) :
 - 1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
 - 2) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang memengaruhi kesehatan.

3) Lingkungan

- a) Karakteristik rumah :
 - 1) Ukuran rumah (luas rumah)
 - 2) Kondisi dalam dan luar rumah
 - 3) Kebersihan rumah
 - 4) Ventilasi rumah
 - 5) Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL)
 - 6) Air bersih
 - 7) Pengelolaan sampah
 - 8) Kepemilikan rumah
 - 9) Kamar mandi/ wc
 - 10) Denah rumah
- b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal :
 - 1) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - 2) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - 3) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
- c) Mobilitas geografis keluarga :
 - 1) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - 2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)

- d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - 1) Perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh keluarga
 - 2) Digambarkan dalam ecomap.

4) Struktur keluarga

- a) Sistem pendukung keluarga
 - Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.
- b) Pola komunikasi keluarga :
 - 1) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
 - 2) Cara keluarga memecahkan masalah
- c) Struktur kekuatan keluarga :
 - 1) Respon keluarga bila ada anggota masalah keluarga yang mengalami masalah
 - 2) Power yang digunakan keluarga.
- d) Struktur peran (formal dan informal) :
 - 1) Peran seluruh anggota keluarga
- e) Nilai dan norma keluarga.

5) Fungsi keluarga

- a) Fungsi afektif :
 - 1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
 - 2) Perasaan saling memiliki
 - 3) Dukungan terhadap anggota keluarga
 - 4) Saling menghargai, kehangatan
- b) Fungsi sosialisasi :
 - 1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
 - 2) Interaksi dan hubungan dengan keluarga
- c) Fungsi perawatan kesehatan :

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/ promosi). Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah,

mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, modifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan), yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
 - a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negative terhadap masalah kesehatan
 - e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - f) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidak mampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
 - a) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygiene sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
 - a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik

e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

6) Stress dan koping keluarga

- a) Stresor jangka panjang dan stresor jangka pendek serta kekuatan keluarga.
- b) Respon keluarga terhadap stress
- c) Strategi koping yang digunakan
- d) Strategi adaptasi yang disfungsiional :
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptive.

7) Pemeriksaan fisik (head to toe)

- a) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- b) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- c) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata mulut THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia
- d) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik.

8) Harapan keluarga

- a) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).

b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

1) Diagnosis sehat/*wellness*

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

2) Diagnosis ancaman (risiko)

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

3) Diagnosis nyata/gangguan

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

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

Tabel 2.7 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman Kesehatan c. Kritis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Dengan Mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi Masalah untuk diubah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Padila, 2015.

Skoring

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Diagnosa yang mungkin muncul :

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada keluarga bapak X khususnya an. Y berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat pasien malnutrisi.

c. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010). (Terlampir).

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a) Memberikan informasi.
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.

- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan
- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
 - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Padila, 2015).

e. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya: keluarga mengatakan mengerti cara merawat anak yang malnutrisi.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan

intervensi keperawatan, misalnya: BB sesuai IMT.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila, 2015).