

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DIABETES MELITUS (DM)

1. Pengertian

DM adalah sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) dan kekurangan dalam produksi atau aksi insulin yang diproduksi oleh pankreas di dalam tubuh. DM merupakan penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal serta gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif. Pada umumnya ada 2 tipe diabetes, yaitu diabetes tipe 1 (tergantung insulin), dan diabetes tipe 2 (tidak tergantung insulin), tetapi ada pula diabetes dalam kehamilan yang biasa disebut diabetes gestasional.

DM merupakan penyebab hiperglikemia. Hiperglikemia disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemia paling sering disebabkan oleh DM. Pada DM gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormon insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (WHO, 2018).

2. Manifestasi Klinis

Manifestasi DM, (Black 2014) adalah peningkatan kadar gula darah, disebut hiperglikemia, mengarah kepada manifestasi klinis umum yang berhubungan dengan DM. Pada DM tipe 1, onset manifestasi klinis mungkin tidak ketara dengan kemungkinan situasi yang mengancam hidup yang biasanya terjadi (misal, ketoasidosis diabetikum).

Pada DM tipe 2, onset manifestasi klinis mungkin berkembang secara bertahap yang klien mungkin mencatat sedikit atau tanpa manifestasi klinis selama beberapa tahun. Menurut (Setiati 2019) manifestasi klinis DM adalah peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria), peningkatan rasa haus dan minum (polidipsi), dan karena penyakit berkembang, penurunan berat badan meskipun lapar dan peningkatan makan (poliphagi).

3. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes ada 4 jenis, antara lain :

1) DM Tipe 1

DM tipe 1 ditandai oleh destruksi sel beta pankreas, terbagi dalam dua sub tipe yaitu tipe 1A yaitu diabetes yang diakibatkan proses imunologi (*immune mediated diabetes*) dan tipe 1B yaitu diabetes idiopatik yang tidak diketahui penyebabnya. Diabetes 1A ditandai oleh destruksi autoimun sel beta. Sebelumnya disebut dengan *diabetes juvenile*, terjadi lebih sering pada orang muda tetapi dapat terjadi pada semua usia. Diabetes tipe 1 merupakan gangguan

metabolisme yang ditandai oleh kekurangan insulin absolut, peningkatan glukosa darah, dan pemecahan lemak dan protein tubuh.

2) DM Tipe 2

DM tipe 2 atau juga dikenal sebagai *Non-Insulin Dependent Diabetes* (NIDDM). Dalam DM tipe 2, jumlah insulin yang diproduksi oleh pankreas biasanya cukup untuk mencegah ketoasidosis tetapi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh total. Jumlahnya mencapai 90-95% dari seluruh pasien dengan diabetes, dan banyak dialami oleh orang dewasa tua lebih dari 40 tahun serta lebih sering terjadi pada individu obesitas. Kasus DM tipe 2 umumnya mempunyai latar belakang kelainan yang diawali dengan terjadinya resistensi insulin. Resistensi insulin awalnya belum menyebabkan DM secara klinis. Sel beta pankreas masih dapat melakukan kompensasi bahkan sampai overkompensasi, insulin disekresi secara berlebihan sehingga terjadi kondisi hiperinsulinemia dengan tujuan normalisasi kadar glukosa darah. Mekanisme kompensasi yang terus menerus menyebabkan kelelahan sel beta pankreas yang disebut dekompensasi, mengakibatkan produksi insulin yang menurun secara absolut. Kondisi resistensi insulin diperberat oleh produksi insulin yang menurun, akibatnya kadar glukosa darah semakin meningkat sehingga memenuhi kriteria diagnosa DM.

Resistensi insulin utamanya dihasilkan dari kerusakan genetik dan selanjutnya oleh faktor lingkungan. Ketika glukosa intrasel meningkat, maka asam lemak bebas (*Free Fatty Acid-FFAs*) disimpan, namun ketika glukosa menurun maka FFAs masuk ke sirkulasi sebagai substrat dari produksi glukosa. Pada kondisi normal, insulin memicu sintesa trigliserida dan menghambat lipolisis postprandial. Glukosa diserap ke dalam jaringan adiposa dan sirkulasi FFAs mempunyai efek yang bahaya pada produksi glukosa dan sensitifitas insulin, peningkatan glukosa darah pun ikut berperan. Pada tipe ini terjadi kehilangan sel beta pankreas lebih dari 50% .

3) Diabetes pada kehamilan (Gestasional Diabetes)

Diabetes kehamilan terjadi pada intoleransi glukosa yang diketahui selama kehamilan pertama. Jumlahnya sekitar 2-4% kehamilan. Wanita dengan diabetes kehamilan akan mengalami peningkatan risiko terhadap diabetes setelah 5-10 tahun melahirkan.

4) DM tipe lain (*Other Specific Types*)

Merupakan gangguan endokrin yang menimbulkan hiperglikemia akibat peningkatan produksi glukosa hati atau penurunan penggunaan glukosa oleh sel. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau

pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali, atau *syndrom chusing*, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati.

4. Etiologi

Etiologi secara umum tergantung dari tipe Diabetes, yaitu:

1) Diabetes Tipe 1 (*Insulin Dependent Diabetes Melitus/IDDM*)

Diabetes tergantung insulin yang ditandai oleh penghancur sel-sel beta pankreas disebabkan oleh:

a. Faktor Keturunan (genetik)

Penderita DM tidak mewarisi DM tipe 1 itu sendiri tapi mewarisi suatu predisposisi/kecenderungan genetik ke arah terjadinya DM tipe 1. Ini ditemukan pada individu yang mempunyai tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplatasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor imunologi

Pada DM tipe 1 terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c. Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

2) Diabetes Tipe II (*Non Insulin Dependent Diabetes Melitus/NIDDM*)

Mekanisme yang tepat menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Diabetes tipe ini adalah gangguan heterogen yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang terkait dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang olahraga, dan stres serta penuaan. Selain itu terdapat faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan yaitu:

a. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin.

b. Obesitas

Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik. Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban

metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak. Menurut WHO, perhitungan IMT terbagi menjadi empat kategori, yaitu: Obesitas = IMT sama dengan atau di atas 30. Berat badan berlebih = IMT antara 25 – 29,9. Berat badan normal = IMT antara 18,5 – 24,9.



c. Riwayat keluarga

Pada anggota keluarga dekat pasien diabetes tipe II (dan pada kembar non identik), risiko menderita penyakit ini 5 hingga 10 kali lebih besar daripada subjek (dengan usia dan berat yang sama) yang tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarganya. Tidak seperti diabetes tipe 1, penyakit ini tidak berkaitan dengan gen HLA.

d. Gaya hidup (stres)

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin (Suhendra AD, 2020).

e. Faktor nutrisi

Nutrisi merupakan faktor yang penting untuk timbulnya DM. Gaya hidup yang kebarat-baratan dan hidup santai serta panjangnya angka harapan hidup merupakan faktor yang meningkatkan prevelensi DM (Pudiastuti, 2013).

f. Pola makan yang salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama risiko terkena DM. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja dan resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

g. Gestasional

DM dengan kehamilan DM Gestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang di sertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alami sementara selama masa kehamilan. Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali di dapat selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & suddarth, 2015).

h. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan istilah umum yang mencakup semua gerakan yang meningkatkan penggunaan energi (ADA, 2017). Aktifitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan diubah menjadi energi pada saat berkatifitas fisik. Aktifitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk kedalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM. Aktivitas fisik yang semakin jarang dilakukan bisa menyebabkan peningkatan resistensi insulin pada penderita diabetes melitus (Lemone *et all.*, 2015).

i. Kebiasaan merokok

Rokok mengandung zat adiktif yang bernama nikotin. Nikotin ini dapat mengakibatkan ketergantungan dan kehilangan kontrol. Merokok dapat mengakibatkan peningkatan sementara kadar glukosa darah, merokok juga dapat merusak sensitivitas organ dan jaringan terhadap aksi insulin. Asupan nikotin dapat meningkatkan kadar hormon, seperti kortisol, yang dapat mengganggu efek insulin.

5. Tanda Gejala

Menurut PERKENI gejala dan tanda DM dapat digolongkan menjadi 2 yaitu:

1) Gejala akut penyakit DM

Gejala penyakit DM bervariasi, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apapun sampai saat tertentu. Pemulaan gejala yang ditunjukkan yang ditunjukkan meliputi:

a. Lapar yang berlebihan atau makan banyak (poliphagi)

Pada diabetes, karena insulin bermasalah pemasukan gula ke dalam sel sel tubuh kurang sehingga energi yang dibentuk pun kurang itu sebabnya orang menjadi lemas. Oleh karena itu, tubuh berusaha meningkatkan asupan makanan dengan menimbulkan rasa lapar sehingga timbulah perasaan selalu ingin makan.

b. Sering merasa haus (polidipsi)

Dengan banyaknya urin keluar, tubuh akan kekurangan air atau

dehidrasi untuk mengatasi hal tersebut timbulah rasa haus sehingga orang ingin selalu minum dan ingin minum manis, minuman manis akan sangat merugikan karena membuat kadar gula semakin tinggi.

c. Jumlah urin yang dikeluarkan banyak (poliuri)

Jika kadar gula melebihi nilai normal, maka gula darah akan keluar bersama urin. Urin yang keluar mengandung gula, tak terlalu pekat karena tubuh akan menarik air sebanyak mungkin ke dalam urin sehingga volume urin yang keluar dan kencing pun lebih sering. Jika tidak diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam 2-4 minggu), mudah lelah dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual.

2) Gejala kronik penyakit DM

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM (PERKENI, 2015) adalah:

- a. Kesemutan
- b. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum
- c. Rasa tebal dikulit
- d. Kram
- e. Mudah mengantuk
- f. Mata kabur

- g. Biasanya sering ganti kacamata
- h. Gatal disekitar kemaluan terutama pada wanita
- i. Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- j. Kemampuan seksual menurun
- k. Para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg.

6. Komplikasi

Menurut (Laurentia, 2015) komplikasi yang timbul pada DM adalah :

- a. Penderita diabetes memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit jantung, stroke, aterosklerosis, dan tekanan darah tinggi.
- b. Kerusakan saraf atau neuropati.

Kadar gula darah yang berlebihan dapat merusak saraf dan pembuluh darah halus. Kondisi ini bisa menyebabkan munculnya sensasi kesemutan atau perih yang biasa berawal dari ujung jari tangan dan kaki, lalu menyebar ke bagian tubuh lain. Neuropati pada sistem pencernaan dapat memicu mual, muntah, diare, atau konstipasi.

- c. Kerusakan mata, salah satunya dibagian retina.

Retinopati muncul saat terjadi masalah pada pembuluh darah di retina yang dapat mengakibatkan kebutaan jika dibiarkan. Glaukoma dan katarak juga termasuk komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita DM.

d. Gangren

(Sulistriani, 2013) menyatakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian gangren pada penderita DM diantaranya adalah neuropati, tidak terkontrol gula darah (hiperglikemi yang berkepanjangan akan menginisiasi terjadinya hiperglisolia (keadaan dimana sel kebanjiran masuknya glukosa akibat hiperglikemia kronik), hiperglisolia kronik akan mengubah homeostasis biokimiawi sel yang kemudian berpotensi untuk terjadinya perubahan dasar terbentuknya komplikasi DM.

Gangren adalah rusak dan membusuknya jaringan, daerah yang terkena gangren biasanya bagian ujung-ujung kaki atau tangan. Gangren kaki diabetik luka pada kaki yang merah kehitam-hitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi dipembuluh darah sedang atau besar ditungkai, luka gangren merupakan salah satu komplikasi kronik DM. Proses timbulnya gangren diabetik pada kaki dimulai dari edema jaringan lunak pada kaki, pembentukan fisura antara jari-jari kaki atau didaerah kaki kering, atau pembentukan kalus. Jaringan yang terkena awalnya berubah warna menjadi kebiruan dan terasa dingin bila disentuh. Kemudian jaringan akan mati, menghitam dan berbau busuk. Rasa sakit pada waktu cidera tidak akan terasa oleh pasien yang rasa kepekaannya telah menghilang dan cidera yang terjadi bisa berupa cidera termal, cidera kimia atau cidera traumatik. Tanda-tanda pertama pada

gangren adalah keluar nanah, dan kemerahan (akibat selulitis) (Washilah, 2013).

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Glukosa Darah Sewaktu (GDS)

Tes gula darah ini dapat dilakukan kapan saja tanpa perlu berpuasa dan tanpa memerhatikan kapan terakhir makan. Tes ini dapat dilakukan untuk memantau kadar gula darah penderita DM, atau untuk menilai tinggi-rendahnya kadar gula darah orang yang lemas atau pingsan.

b. Glukosa Darah Puasa (GDP)

Ini merupakan tes gula darah yang mengharuskan untuk berpuasa (biasanya 8 jam) sebelum melakukan tes, agar hasilnya tidak dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi. Tes gula darah puasa ini umumnya digunakan sebagai tes pertama untuk mendiagnosa penyakit DM.

c. Tes toleransi glukosa (GDPP)

Sepuluh menit setelah makan, kadar gula darah akan mulai mengalami kenaikan dan mencapai puncaknya setelah 2 jam. Setelah 2-3 jam, gula darah akan turun kembali ke kondisi normal. Tes gula darah *post prandial* (pp) dilakukan 2 jam setelah pasien makan, dan biasanya dikerjakan setelah tes gula darah puasa. Tes ini dapat menggambarkan kemampuan tubuh dalam mengontrol kadar gula dalam darah, yang terkait dengan jumlah serta sensitivitas

insulin didalam tubuh. Kriteria diagnostik menurut WHO untuk DM pada sedikitnya 2x pemeriksaan:

- 1) Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
- 2) Glukosa plasma puasa > 140 mg/dL (7,8 mmol/L)
- 3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dL

8. Penatalaksanaan

Kadar glukosa tinggi maka harus diturunkan menjadi dalam batas normal. Bagitu pula sebaliknya apabila kadar glukosa darah turun harus ditingkatkan agar menjadi normal. Penatalaksanaan hiperglikemia dimulai dengan diet, latihan, jasmani, penyuluhan dan terapi insulin atau obat oral.

Diet dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan glukosa pada tubuh. Manfaat latihan jasmani adalah untuk mengurangi resistensi insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin. Penyuluhan dilakukan agar masyarakat atau klien DM tipe 2 bisa lebih memahami mengenai penyakitnya sehingga mampu mencegah komplikasi.

Obat anti hiperglikemia oral dapat diberikan sebagai terapi tunggal atau kombinasi. Pada keadaan emergency dengan dekompensasi metabolik berat, misalnya: ketoasidosis, stress berat, berat badan yang menurun dengan cepat, atau adanya keton uria, harus segera dirujuk ke pelayanan kesehatan sekunder atau tersier.

9. Patofisiologi

Menurut Smeltzer, DM tipe 1 terdapat ketidak mampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dihati meskipun tetap berada dalam darah menimbulkan hiperglikemia prospandial. Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urine (glikosuria). Ketika glukosa yang berlebih dieksresikan ke dalam urine, eksresi ini akan disertai pengelaran cairan dan elektrolit yang berlebih, keadaan ini dinamakan diuresis osmotik, sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebih, pasien akan mengalami peningkatan berkemih (poliurea), dan rasa haus (polidipsi). (Smeltzer 2015 dan Bare, 2015).

Defisien insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dalam lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya kelelahan dan kelemahan, dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang tersimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam amino dan substansi lain). Namun, pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih

lanjut akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi bahan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebih. Ketoasidosis yang di sebabkan dapat menyebabkan tanda-tanda gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersenut dan mengatasi gejala hiperglikemia serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting (Smeltzer, 2015 dan Bare, 2015).

DM tipe 2, merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemia kronik. Meskipun pula pewarisnya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendah aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer, 2015 dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya DM tipe 2 umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terkait dengan reseptor khusus pada permukaan sel, sebagai akibat terikatnya insulin dengan

reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin DM Tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intra sel.

Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebih dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel B tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadinya DM tipe 2.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya, karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe 2. Meskipun demikian, jika DM tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom hiperglikemik. Jika gejala yang dialami pasien tersebut sering bersifat ringan, seperti kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi) (Smeltzer, 2015 dan Bare, 2015).

B. KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

1. Pengertian

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Zakaria, 2017). Sedangkan menurut DEPKES RI, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung.

2. Fungsi

Fungsi keluarga menurut (Nadira, 2018) yaitu:

a. Fungsi afektif dan koping

Dimana keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas, dan mempertahankan saat terjadi stres.

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga menjadi guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan *feedback* dan saran dalam penyelesaian masalah.

c. Fungsi reproduksi

Dimana keluarga melanjutkan garis keturunannya dengan melahirkan anak.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.

e. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat jua penyembuhan dari sakit.

Fungsi keluarga menurut (Wirhdhana et al, 2013) yaitu:

1) Fungsi keagamaan

Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seprang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.

2) Fungsi sosial budaya

Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggotanya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

3) Fungsi cinta dan kasih sayang

Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama berseminya

kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

4) Fungsi perlindungan

Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tenang serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.

3. Tugas

Tugas kesehatan keluarga menurut (Bsilon dan Maglalaya, 2012):

a. Mengenal masalah kesehatan

Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga, dan sejauh mana keluarga mengenal dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Hal ini meliputi sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan, menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan terjadi penyakit, adalah sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, dan apakah keluarga mendapatkan informasi benar/salah dalam tindakan mengatasi masalah kesehatan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui beberapa hal seperti keadaan penyakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, finansial, fasilitas fisik, psikososial), dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Hal-hal yang harus diketahui oleh keluarga untuk memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat yaitu sumber-sumber keluarga yang dimiliki, manfaat dan keuntungan memelihara lingkungan, pentingnya dan sikap keluarga terhadap *hygiene* sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Hal-hal yang harus diketahui keluarga untuk merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan yaitu keberadaan fasilitas keluarga, keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga dan adanya pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, fasilitas yang dapat terjangkau oleh keluarga.

4. Peran

Peranan keluarga menggambarkan pola perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam situasi dan posisi tertentu. Adapun macam peranan keluarga antara lain (Istiati, 2014):

a. Peran ayah

Sebagai seorang suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, ayah berperan sebagai kepala keluarga, pendidik, pelindung, mencari nafkah, serta pemberi rasa aman bagi anak dan istrinya dan juga sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai masyarakat di lingkungan di mana dia tinggal.

b. Peran ibu

Sebagai seorang istri dari suami dan ibu dari anak-anaknya, dimana peran ibu sangat penting dalam keluarga antara lain sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, sebagai pelindung dari anak-anak saat ayahnya sedang tidak ada di rumah, mengurus rumah tangga, serta dapat juga berperan sebagai pencari nafkah. Selain itu, ibu juga berperan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosial serta sebagai anggota masyarakat di lingkungan dimana dia tinggal.

c. Peran anak

Peran anak yaitu melakukan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial maupun

spiritual.

5. Tahapan Keluarga Sejahtera

Tingkat kesehatan kesejahteraan keluarga menurut (Amin Zakaria, 2017) adalah:

a. Keluarga prasejahtera

Keluarga yang belum bisa memenuhi kebutuhan dasar minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, sandang, papan, pangan dan kesehatan. Dengan kata lain tidak bisa memenuhi salah satu atau lebih indikator keluarga sejahtera tahap I.

b. Keluarga sejahtera tahap I

Keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, tapi belum bisa memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, seperti pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, lingkungan sosial dan transportasi. Indikator dalam keluarga tahap I yaitu melaksanakan ibadah menurut kepercayaan masing-masing, makan dua kali sehari, pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan, lantai rumah bukan dari tanah, kesehatan (anak sakit, KB dibawa ke pelayanan kesehatan).

c. Keluarga sejahtera tahap II

Pada tahap II ini keluarga sudah mampu memenuhi kebutuhan dasar minimal, dapat memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan perkembangan (kebutuhan menabung dan memperoleh informasi). Indikator

keluarga tahap II adalah seluruh indikator tahap I ditambah dengan melaksanakan kegiatan agama secara teratur, makan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk minimal satu tahun terakhir, luas lantai rumah perorang 8m², kondisi anggota keluarga sehat dalam 3 bulan terakhir, keluarga usia 15 tahun keatas memiliki penghasilan tetap, anggota keluarga usia 15-60 tahun mampu membaca dan menulis, anak usia 7-15 tahun bersekolah semua dan dua anak atau lebih PUS menggunakan Alkon.

d. Keluarga sejahtera tahap III

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, setelah memenuhi keseluruhan kebutuhan psikososial, dan memenuhi kebutuhan perkembangan, tetapi belum bisa memberikan sumbangan secara maksimal pada masyarakat dalam bentuk material dan keuangan dan belum berperan serta dalam lembaga kemasyarakatan.

e. Keluarga sejahtera tahap III plus

Memenuhi indikator keluarga tahap sebelumnya ditambah dengan upaya keluarga menambah pengetahuan tentang agama, makan bersama minimal satu kali sehari, ikut serta dalam kegiatan masyarakat, rekreasi sekurangnya dalam 6 bulan, dapat memperoleh berita dari media cetak maupun media elektronik, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

6. Tipe

Menurut (Nadirawati, 2018) tipe keluarga adalah:

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti (*The Nuclear Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah. Tipe keluarga inti diantaranya:

a) Keluarga tanpa anak (*The Dyad Family*) yaitu keluarga dengan suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah

b) The Childless Family yaitu keluarga tanpa anak dikarenakan terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya disebabkan mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

c) Keluarga adopsi yaitu keluarga yang mengambil tanggung jawab secara sah dari orang tua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.

d) Keluarga Duda/janda (Single Family) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.

2) Keluarga besar (*The Extended Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti *nuclear family* disertai paman, tante, kakek, dan nenek.

- a) Keluarga orang tua tunggal (*The Singel-Parent Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi karena perceraian, kematian atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
- b) *Commuter Family* yaitu kedua orang tua (suami-istri) bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan yang berkerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir minggu, bulan atau pada waktu-waktu tertentu.
- c) *Multigeneration Family* yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama satu rumah.
- d) *Kin-Network Family* yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contohnya seperti kamar mandi, dapur, televisi dan lain-lain.
- e) Keluarga campuran (*Blended Family*) yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.
- f) Dewasa lajang yang tinggal sendiri (*The Singel Adult Living Alone*) yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang

hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.

g) *Foster Family* yaitu pelayanan untuk suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya jika orang tua dinyatakan tidak merawat anak-anak mereka dengan baik. Anak tersebut akan dikembalikan kepada orang tuanya jika orang tuanya sudah mampu untuk merawat.

b. Keluarga non tradisional

1) *The Unmarried Teenage Mother* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *The Step Parent Family* yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune Family* yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4) Keluarga kumpul kebo heteroseksual (*The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*) yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melakukan pernikahan.

5) *Gay and Lesbian Family* yaitu seseorang yang mempunyai peramaan seks hidup bersama sebagaimana '*marital partners*'.

6) *Cohabiting Family* yaitu orang dewasa yang tinggal bersama di luar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.

- 7) *Group-Marriage Family* yaitu beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa menikah satu dengan lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.
- 8) *Group Network Family* yaitu keluarga inti yang dibatasi aturan/nilai-nilai. Hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 9) *Foster Family* yaitu keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
- 10) *Homeless Family* yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau masalah kesehatan mental.
- 11) *Gang* yaitu bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

7. Tahap Perkembangan

Salah satu teori perkembangan keluarga adalah keluarga berkembang dari waktu ke waktu dengan pola secara umum dan dapat diprediksi (Zakaria, 2017). Paradigma siklus kehidupan ialah menggunakan tingkat usia, tingkat sekolah dan anak paling tua sebagai tonggak untuk interval siklus kehidupan (Duvall dan Miller, 1987 dalam Zakaria, 2017).

Menurut (Asni Harisni, 2020) 8 tahap perkembangan keluarga yaitu:

- a. Tahap pasangan menikah dan belum memiliki anak (*beginning family*)

Pada tahap ini, pria dan wanita akan saling melakukan penyesuaian atas sifat dari masing-masing individu yang baru menjalin pernikahan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim memuaskan
- 2) Mendiskusikan visi dan misi keluarga, termasuk rencana memiliki anak atau menundanya
- 3) Menjalinkan hubungan baik dengan masing-masing keluarga dari suami maupun istri

- b. Tahap kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Tahap ini terjadi ketika pasangan suami istri tengah menantikan kelahiran anak pertamanya. Tahap perkembangan keluarga ini berlangsung hingga anak kemudian lahir dan berusia 30 bulan. Tugas perkembangan pada fase ini adalah:

- 1) Mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua
- 2) Melakukan adaptasi menyusul peran sebagai orang tua
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan

c. Keluarga dengan anak sekolah (families with preschoolers)

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Di fase ini, beberapa keluarga juga mulai memiliki anak kedua sehingga orang tua harus membagi fokus antara menyiapkan keperluan anak sekolah dengan kebutuhan anak kedua yang masih bayi. Pada fase ini, tugas sebagai orang tua adalah:

- 1) Memastikan rasa aman setiap anggota keluarga
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan bayi baru lahir sambil memenuhi kebutuhan anak lain
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik didalam keluarga maupun dengan masyarakat
- 5) Pembagian waktu individu, pasangan, dan anak

d. Keluarga dengan anak sekolah (families with children)

Tahap keluarga ini bisa dibilang sebagai tahap perkembangan dengan aktivitas paling sibuk. Saat ini, anak tertua akan berusia 6-12 tahun dengan aktivitas yang padat, begitu pula orang tua yang harus bekerja atau beraktivitas dengan agendanya

sendiri.

Tugas orang tua pada fase ini mirip dengan tahap keempat, misalnya membantu anak beradaptasi dengan lingkungan dan menjaga keintiman dengan pasangan. Sedangkan tugas tambahan lainnya adalah menyiapkan kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat.

e. Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Remaja disini adalah anak yang berusia mulai dari 13 tahun hingga 19-20 tahun. Tahap perkembangan keluarga ini bisa singkat jika anak pertama yang beranjak remaja memutuskan hidup terpisah dengan orang tua, misalnya melanjutkan pendidikan di luar kota.

Selain bertugas menjaga keharmonisan keluarga, tahap perkembangan keluarga ini juga menantang orang tua untuk membangun komunikasi yang baik dengan anak. Orang tua wajib memberi kebebasan pada anak, namun juga memberi tanggung jawab sesuai usia dan kemampuan anak

f. Keluarga dengan anak dewasa (*launching center families*)

Tahap perkembangan keluarga ini dimulai saat anak pertama memutuskan keluar dari rumah orang tua. Oleh karena itu, orang tua bertugas membantu anak untuk mandiri sambil menata kembali peran mereka didalam rumah tangga dengan anggota keluarga yang masih ada.

g. Keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahap keluarga ini memasuki masa-masa akhir ketika anak terakhir telah meninggalkan rumah atau orang tua menjelang waktu pensiun. Pada fase ini, tugas utama anda adalah menjaga kesehatan dengan pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup, sambil tetap menjaga keharmonisan dengan pasangan.

h. Keluarga usia lanjut

Terakhir, tahap perkembangan keluarga akan masuk kategori usia lanjut saat suami istri telah pensiun hingga salah satunya meninggal dunia. Disaat inilah suami istri bertugas untuk saling merawat dan mempertahankan hubungan baik dengan anak dan sosial masyarakat.

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

1. Asuhan Keperawatan Secara Umum

a. Pengkajian

Pengkajian adalah usaha yang dilakukan oleh perawat menangani permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 4 tahap kegiatan meliputi, pengumpulan data, analisa data, sistematik data, dan penentuan masalah. Adapula yang menambahkan dengan kegiatan dokumentasi data (Muttagin, Arif, 2020).

b. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu tindakan yang dibuat untuk membantu individu (klien) dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan. Intervensi (perencanaan), yaitu kegiatan dalam keperawatan yang meliputi tujuan pada klien, menetapkan hasil apa yang dicapai serta memilih intervensi keperawatan agar dengan mudah mencapai tujuan.

c. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana Asuhan Keperawatan ke dalam bentuk Intervensi Keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan perawat yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, dan kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan edukasi dan kemampuan evaluasi (Sulistiawan, 2014).

d. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan,

rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

Tujuannya untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

- 1) S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien.
- 2) O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap klien.
- 3) A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- 4) P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

2. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

a. Pengertian

Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga (PPNI, 2016).

b. Penyebab

- 1) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- 2) Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- 3) Konflik pengambilan keputusan
- 4) Kesulitan ekonomi
- 5) Banyak tuntutan
- 6) Konflik keluarga

c. Tanda dan gejala

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif:

(1) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita

(2) Mengungkapkan kesulitan menjalani perawatan yang ditetapkan

b) Objektif:

(1) Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat

(2) Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif: -

b) Objektif:

(1) Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.

Bagan 2.1

Pathways

