

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. A DENGAN  
DIABETES MELLITUS TIPE II PADA NY. S DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS RUMBAI PESISIR PEKANBARU**

**KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS**

**RENIKA SIMAMORA  
NIM. P031714401064**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN RIAU  
2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. A DENGAN  
DIABETES MELLITUS TIPE II PADA NY. S DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS RUMBAI PESISIR PEKANBARU**

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

**RENIKA SIMAMORA  
NIM. P031714401064**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN RIAU  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :Renika Simamora

NIM :P031714401064

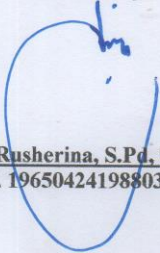
Program Studi :D III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri; bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Pembimbing II

  
**Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes**  
NIP. 196504241988032002

Pekanbaru, 29 Mei 2020  
Yang Membuat Pernyataan

  
**Renika Simamora**  
NIM. P0317144010164

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh **Renika Simamora, P031714401064** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pekanbaru, 17 April 2020  
Pembimbing I



**Idavanti, S.Pd, M.Kes**  
**NIP. 196910221994032002**

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh **Renika Simamora, P031714401064** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 29 Mei 2020.

Penguji Ketua



**Idavanti, S.Pd, M.Kes**  
NIP. 196910221994032002

Penguji I



**H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes**  
NIP. 196406091989031003

Penguji II



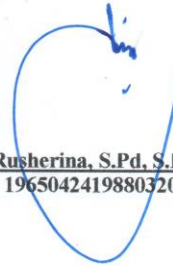
**Ns. Syafrisari Meri Agritubella, M.Kep**  
NIP. 198702192018012001

Mengetahui

Ketua

Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau



**Hj. Ruserina, S.Pd, S.Kep, M.Kes**  
NIP. 196504241988032002

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama :Renika Simamora  
NIM :P031714401064  
Tempat/Tanggal Lahir :Pekanbaru, 7 September 1998  
Alamat :Jl. Palas Pastoran  
Nama Orang Tua  
Ayah :Jerman Simamora  
Ibu :Marsaulina Sihotang  
Riwayat Pendidikan :

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1	TK Santa Veronika Pekanbaru	Pekanbaru	2005
2	SD Santa Veronika Pekanbaru	Pekanbaru	2011
3	SMP Santa Veronika Pekanbaru	Pekanbaru	2013
4	SMAN 3 Pekanbaru	Pekanbaru	2017
5	Poltekkes Kemenkes Riau	Pekanbaru	2020

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita ucapkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini tepat pada waktunya dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. A dengan Diabetes Mellitus Tipe II pada Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru”**.

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Diploma III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Riau.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dapat terlaksana dengan baik berkat dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak H.Husnan, S.Kp, MKM selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
2. Ibu Hj.Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Sekaligus pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing penulis selama menyusun Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
3. Ibu Idayanti, S.Pd, M.Kes selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Sekaligus pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing penulis selama menyusun Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
4. Ibu Dince Safrina, SST selaku Kepala Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru yang telah memberikan izin dalam melakukan asuhan keperawatan.

5. Bapak H.R.Sakhnan, SKM, M.Kes selaku penguji I pada saat ujian Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus.
6. Ibu Ns. Syafrisari Meri Agritubella, M.Kep selaku penguji II pada saat ujian Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus.
7. Bapak/Ibu Dosen khususnya Jurusan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah membekali penulis dengan beberapa disiplin ilmu yang berguna.
8. Teristimewa untuk kedua orang tua tercinta, Ayahanda Jerman Simamora dan Ibunda Marsaulina Sihotang yang selalu mendoakan dan senantiasa memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik dari segi moril maupun material kepada saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini. Dan juga untuk adik-adik saya Nelpa, Annisa, dan Fadlan yang telah memberikan semangat untuk saya dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
9. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Prodi D III Keperawatan angkatan 2017 Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau, yang telah banyak berdiskusi dan bekerja sama dengan penulis selama masa pendidikan.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Pekanbaru, 29 Mei 2020

Penulis



## ABSTRAK

Renika Simamora (2020). Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. A dengan Diabetes Mellitus Tipe II pada Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D III Keperawatan, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Pembimbing (I) Idayanti, S.Pd, M.Kes, (II) Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes.

Diabetes mellitus tipe II merupakan tipe diabetes yang paling sering ditemukan di dunia. DM tipe II meliputi 90-95% dari semua populasi DM yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah. Salah satu aspek terpenting dari perawatan DM untuk mencegah komplikasi dengan penekanan pada unit keluarga. Peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien DM di rumah. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan asuhan, kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga. Tujuan dari KTI ini mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan keluarga yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan pada 11-14 Maret 2020. Metode yang dilakukan dalam pengambilan data dengan wawancara dan observasi. Hasil studi kasus menunjukkan Ny. S mengalami DM dengan dua masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan gula darah dan kerusakan integritas kulit. Kesimpulan yang penulis temukan adalah secara keseluruhan keluarga mampu mengenal penyakit DM, merawat anggota keluarga dengan DM dengan pengaturan menu diet DM dan perawatan luka DM, memutuskan tindakan tepat, menggunakan fasilitas kesehatan, dan memodifikasi lingkungan untuk anggota keluarga terutama pada anggota keluarga yang sakit. Saran untuk penulis selanjutnya agar meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan komprehensif kepada klien dan keluarga.

Kata Kunci: Diabetes Mellitus, Ketidakstabilan, Integritas Kulit

## **ABSTRACT**

*Renika Simamora (2020). Nursing Care in the Family Tn. A with Type II Diabetes Mellitus in Ny. S in the Working Area of Rumbai Pesisir Public Health Center Pekanbaru. Scientific Writing Case Study, D III Nursing Study Program, Nursing Major, Ministry of Health of the Riau Health Polytechnic. Supervisor (I) Idayanti, S.Pd, M.Kes, (II) Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes.*

*Type II diabetes mellitus is the type of diabetes most often found in the world. Type II DM covers 90-95% of all DM population which can cause various complications in the eyes, kidneys, nerves and blood vessels. One of the most important aspects of DM treatment is to prevent complications with emphasis on family units. The role of the family is very supportive in achieving successful care of the DM clients at the home. In the provision of the health services, nurse must pay attention to the values that exist in the family so that in the implementation of care, the presence of the nurse can be accepted by the family. The purpose of this KTI is students are able to conduct family nursing care which includes assessment, diagnose, intervention, implementation, and evaluation conducted on 11-14 March 2020. The method used in data collection by interview and observation. Case study result show that DM has two nursing problems namely blood sugar instability and damage to skin integrity. The conclusion that the author found was that the whole family was able to recognize the disease DM, treat family members with DM by setting the DM diet and wound care, decide on the right course of action, use health facilities, and modify the environment for family members, especially in sick family member. Suggestion for futher writer to improve their abilities and knowledge in providing optimal and comprehensive nursing care to client and familiy.*

*Keywords: Diabetes Mellitus, Instability, Skin Integrity*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK DALAM BAHASA INDONESIA .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK DALAM BAHASA INGGRIS.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SKEMA.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	5
1.4 Manfaat Penulisan .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus	
2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus.....	7
2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus.....	7
2.1.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus.....	9
2.1.4 Klasifikasi Diabetes Mellitus .....	12
2.1.5 Patofisiologi Diabetes Mellitus .....	13
2.1.6 Pathway Diabetes Mellitus.....	15
2.1.7 Komplikasi Diabetes Mellitus .....	16
2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus .....	26
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Mellitus.....	31
2.2 Konsep Dasar Keluarga	
2.2.1 Definisi Keluarga.....	33
2.2.2 Tipe-Tipe Keluarga .....	33
2.2.3 Struktur Dalam Keluarga.....	38
2.2.4 Fungsi Dalam Keluarga .....	43
2.2.5 Tahap Perkembangan Keluarga.....	47
2.2.6 Peran Perawat Komunitas .....	51
2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus Tipe II	
2.3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	54
2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga .....	64
2.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	68
2.3.4 Implementasi Keperawatan Keluarga .....	92
2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	92

<b>BAB 3 TINJAUAN STUDI KASUS</b>	
3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	94
3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga.....	108
3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	112
3.4 Implementasi Keperawatan Keluarga.....	124
3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	128
<b>BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil Studi Kasus.....	134
4.1.1 Gambaran Kasus.....	134
4.1.2 Interpretasi Hasil Studi Kasus.....	134
4.2 Pembahasan Kasus.....	143
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan.....	154
5.2 Saran.....	156
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>158</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN.....</b>	<b>160</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1	Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga..... 66
Tabel 2.2	Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga.. ..... 69
Tabel 3.1	Komposisi Keluarga Tn. A. .... 94
Tabel 3.2	Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Tn. A.. ..... 104
Tabel 3.3	Analisa Data Masalah Keperawatan Keluarga. .... 106
Tabel 3.4	Skoring Masalah Keperawatan Keluarga 1. .... 109
Tabel 3.5	Skoring Masalah Keperawatan Keluarga 2. .... 110
Tabel 3.6	Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga ..... 111
Tabel 3.7	Intervensi Keperawatan Keluarga. .... 112
Tabel 3.8	Implementasi Keperawatan Keluarga. .... 124
Tabel 3.9	Evaluasi Keperawatan Keluarga.. ..... 128

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Pathway Penyakit Diabetes Mellitus Tipe II .....	15

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.A. ....	94
Gambar 3.2 Denah Rumah Keluarga Tn. A. ....	98

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Formulir Kesiediaan Pembimbing 1. .... 160
Lampiran 2	Formulir Kesiediaan Pembimbing 2 . .... 161
Lampiran 3	Formulir Penentuan Judul KTI. .... 162
Lampiran 4	Lembar Konsultasi Pembimbing 1..... 163
Lampiran 5	Lembar Konsultasi Pembimbing 2 ..... 165
Lampiran 6	Lembar Revisi Penguji 2. .... 166
Lampiran 7	Leaflet Penyakit Diabetes Mellitus. .... 167
Lampiran 8	Dokumentasi Foto. .... 168
Lampiran 9	SOP Pemeriksaan Gula Darah dan TTV..... 169
Lampiran 10	Lembar Revisi Penguji 1..... 173
Lampiran 11	..Lembar Revisi Penguji 2..... 174



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah (ADA dalam R.A.Oetari, dkk, 2019). Kelainan tersebut menyebabkan abnormalitas dalam metabolisme, karbohidrat, lemak, dan protein. Penyakit diabetes mellitus (DM) dikenal sebagai penyakit gula darah adalah golongan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah melebihi 180 mg/dl, di mana batas normal gula darah adalah 70-150 mg/dl, sebagai akibat adanya gangguan sistem metabolisme dalam tubuh, di mana organ pankreas tidak mampu memproduksi hormon insulin sesuai kebutuhan tubuh (Ernawati, dalam R.A.Oetari, dkk, 2019).

Banyak orang pada awalnya tidak tahu bahwa mereka menderita diabetes. Catatan dari *International Diabetes Federation* (IDF) 2015 adalah, dari 415 juta pengidap diabetes dewasa usia 20-79 tahun di seluruh dunia, ada 193 juta (hampir 50 %) yang tidak tahu bahwa dirinya terkena diabetes. Bahkan, diperkirakan ada 318 juta orang dewasa lainnya yang sebenarnya sudah mengalami gangguan toleransi gula, atau yang dinamakan prediabetes, calon pengidap diabetes. Jumlah di atas melampaui populasi penduduk di negara kita. Di negara-negara Asia, lebih dari 50% (bahkan ada yang mencapai 85%)

penderita diabetes mengalami hal yang serupa. Khusus di Singapura yang pelayanan kesehatannya sudah maju, angkanya hanya mencapai 20%. Ketidaktahuan ini disebabkan karena kebanyakan penyakit diabetes terus berlangsung tanpa keluhan sampai beberapa tahun, setelah timbul komplikasi barulah mereka memeriksakan diri ke dokter (Hans Tandra, 2018).

Atlas Diabetes edisi ke-7 tahun 2015 dari IDF menyebutkan bahwa dari catatan 220 negara di seluruh dunia, jumlah penderita diabetes diperkirakan akan naik dari 415 juta orang di tahun 2015 menjadi 642 juta pada tahun 2040. Hampir setengah dari angka tersebut berada di Asia, terutama India, China, Pakistan, dan Indonesia. Fakta yang mengerikan adalah terdapat 1 orang per 6 detik atau 10 orang per menit yang meninggal akibat diabetes. Diabetes telah merenggut nyawa 5 juta orang dewasa di tahun 2015. Angka ini jauh melebihi catatan WHO 2013 untuk penyakit lainnya misalnya kematian lantaran HIV/AIDS 1,5 juta, karena tuberkulosa paru-paru juga 1,5 juta dan 500.000 kematian akibat malaria (Hans Tandra, 2018).

Diabetes mellitus tipe II merupakan tipe diabetes yang paling sering ditemukan di dunia. DM tipe II meliputi 90 hingga 95% dari semua populasi DM. DM tipe II disebut juga DM tidak tergantung insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Pengelolaan terapeutik yang teratur melalui perubahan gaya hidup pasien yang tepat, tegas, dan permanen sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi DM tipe II (Fuji Rahmawati, dkk, 2018).

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan penderita DM terbanyak keempat di dunia setelah

India, Cina, dan Amerika Serikat, dengan jumlah penderita sebanyak 12 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 (Sonta Imelda, 2018). Di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada Riskesdas tahun 2018 provinsi yang paling banyak menderita DM adalah provinsi DKI Jakarta sebanyak 2,6% penduduk. Pada tahun 2016, angka kejadian DM di kota Pekanbaru sebanyak 15.233 kasus dan di Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru, penyakit DM merupakan penyakit kedua terbesar di Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2016). Serta Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) melaporkan tahun 2018, prevalensi DM berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur sebanyak 1,3% penduduk Riau terdiagnosis diabetes mellitus.

Riau merupakan salah satu dari 17 provinsi yang dikategorikan memiliki prevalensi penderita diabetes mellitus tipe II, tahun 2013 prevalensi diabetes mellitus tipe II sebesar 1,5% dan pada tahun 2018 memiliki prevalensi yang lebih tinggi sebesar 1,8%. Hal ini membuktikan adanya kenaikan angka diabetes mellitus tipe II dari tahun 2013-2018 sebesar 0,3% (Riskesdas, 2018).

Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanan pada unit keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok, dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit dapat menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga. Secara

empiris, dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapatkan dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai dan budaya yang ada pada keluarga sehingga dalam pelaksanaan kehadiran perawat dapat diterima oleh keluarga (Sulistyo Andarmoyo, 2012).

Menurut Friedman, dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012 salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan akan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga. Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Oleh karena itu peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien DM di rumah.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus diabetes melitus tipe II pada keluarga dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tn. A dengan Diabetes Mellitus Tipe II pada Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru”**

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini adalah **“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan**

**pada Keluarga Tn. A dengan Diabetes Mellitus Tipe II pada Ny. S di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru?‘‘**

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk mengetahui hasil pengkajian keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.
2. Untuk mengetahui diagnosa keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.
3. Untuk mengetahui intervensi keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.
4. Untuk mengetahui pelaksanaan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.
5. Untuk mengetahui evaluasi keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.

## 1.4 Manfaat Penulisan

### 1.4.1 Teoritis

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.

### 1.4.2 Praktisi

#### a. Institusi Puskesmas

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya pada keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pekanbaru.

#### b. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan informasi dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru.

#### c. Bagi Pembaca

Untuk memperoleh pengetahuan tentang perawatan pada keluarga Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II pada Ny. S di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus**

##### **2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus**

Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemi kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes mellitus klinis adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya (M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019).

##### **2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus**

Etiologi diabetes mellitus menurut M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019 yaitu:

- 1) Diabetes mellitus tergantung insulin (DM tipe I)
  1. Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi oleh proses imun lainnya.

## 2. Faktor imunologi

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

## 3. Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta pankreas sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel beta pankreas.

Faktor lingkungan diyakini memicu perkembangan DM tipe I. Pemicu tersebut dapat berupa infeksi virus (campak, rubela, atau koksakievirus B4) atau bahkan kimia beracun, misalnya yang dijumpai di daging asap dan awetan. Akibat pajanan terhadap virus atau bahan kimia, respon autoimun tidak normal terjadi ketika antibody merespon sel beta islet normal seakan-akan zat asing sehingga akan menghancurkannya (Priscilla LeMone, dkk, 2016).

## 2) Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (DM tipe II)

Secara pasti penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktivitas, penyakit, obat-obatan dan penambahan usia. Pada kegemukan, insulin mengalami penurunan kemampuan untuk mempengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot



rangka, dan jaringan adiposa. DM tipe II yang baru didiagnosis sudah mengalami komplikasi.

Menurut Priscilla LeMone, dkk, 2016 adapun faktor-faktor resiko DM tipe II yaitu:

1. Riwayat DM pada orang tua dan saudara kandung. Meski tidak ada kaitan HLA yang teridentifikasi, anak dari penyandang DM tipe II memiliki peningkatan resiko dua hingga empat kali menyandang DM tipe II dan 30% resiko mengalami, intoleransi aktivitas (ketidakmampuan memetabolisme karbihodrat secara normal).
2. Kegemukan, didefinisikan kelebihan berat badan minimal 20% lebih dari berat badan yang diharapkan atau memiliki indeks massa tubuh (IMT) minimal 27 kg/m. Kegemukan, khususnya visceral (lemak abdomen ) dikaitkan dengan peningkatan resistensi insulin.
3. Tidak ada aktivitas fisik.
4. Ras/etnis.
5. Pada wanita, riwayat DM gestasional, sindrom ovarium polikistik atau melahirkan bayi dengan berat lebih dari 4,5 kg.
6. Hipertensi ( $\geq 130/85$  pada dewasa), kolesterol HDL  $\geq 35$  mg/dl dan atau kadar trigliserida  $\geq 250$  mg/dl.

### **2.1.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus**

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 darah dua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl

Keluhan yang sering terjadi pada penderita diabetes mellitus adalah *poliuria*, *polidipsi*, *polifagia*, berat badan menurun, lemah, kesemutan gatal, visus menurun, bisul/luka, keputihan (M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019).

Adapun manifestasi klinis DM menurut Priscilla LeMone, dkk 2016 yaitu:

#### 1. Manifestasi klinis DM tipe I

Manifestasi DM tipe I terjadi akibat kekurangan insulin untuk menghantarkan glukosa menembus membran sel ke dalam sel. Molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah mengakibatkan hiperglikemia. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, yang menarik air dari ruangan intra seluler ke dalam sirkulasi umum. Peningkatan volume darah meningkatkan aliran darah ginjal dan hiperglikemia bertindak sebagai diuretik osmosis. Diuretik osmosis yang dihasilkan meningkatkan haluaran urin. Kondisi ini disebut *poliuria*. Ketika kadar glukosa darah melebihi ambang batas glukosa biasanya sekitar 180 mg/dL, glukosa dieksresikan ke dalam urin, suatu yang disebut glukosuria. Penurunan volume intraseluler dan peningkatan haluaran urine yang menyebabkan dehidrasi. Mulut menjadi kering dan sensor haus diaktifkan yang menyebabkan orang tersebut minum jumlah air yang banyak (*polidipsia*).

Karena glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tanpa insulin, produksi energi menurun. Penurunan energi sel menstimulasi rasa lapar dan orang makan lebih banyak (*polifagia*). Meski asupan makanan meningkat, berat badan orang tersebut turun saat tubuh kehilangan air dan memecah protein dan lemak sebagai upaya memulihkan sumber energi. Malaise dan keletihan menyertai penurunan energi. Penglihatan yang buram juga umum terjadi akibat pengaruh osmotik yang menyebabkan pembengkakan lensa mata.

Oleh sebab itu, manifestasi klasik meliputi *poliuria*, *polidipsi*, dan *polifagia* disertai dengan penurunan berat badan, malaise, dan keletihan. Bergantung pada tingkat kekurangan insulin, manifestasinya bervariasi dari ringan sampai berat. Orang dengan DM tipe I membutuhkan sumber insulin untuk mempertahankannya hidup

## 2. Manifestasi klinis DM tipe II

Penyandang DM tipe II mengalami awitan, manifestasi yang lambat dan sering kali tidak menyadari penyakit sampai mencari perawatan kesehatan untuk beberapa masalah lain. *Polifagia* jarang dijumpai dan penurunan berat badan tidak terjadi. Manifestasi lain juga akibat hiperglikemi, penglihatan buram, keletihan, parastesia, dan infeksi kulit.

#### 2.1.4 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi diabetes mellitus dari *National Diabetes Data Group Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucosa Intolerance*.

##### 1. Klasifikasi klinis

###### a) Diabetes Mellitus

- 1) Tipe tergantung insulin (DMTI), tipe I
- 2) Tipe tidak tergantung insulin (DMTTI), tipe II
  - a. DMTTI yang tidak mengalami obesitas
  - b. DMTTI dengan obesitas

###### b) Gangguan Toleransi Glukosa (GTG)

###### c) Diabetes Kehamilan (GDM)

##### 2. Klasifikasi risiko statistik

- a) Sebelumnya pernah menderita kelainan toleransi glukosa
- b) Berpotensi menderita kelainan toleransi glukosa

Pada Diabetes mellitus tipe I sel-sel beta pankreas yang secara normal menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh proses autoimun, sebagai akibatnya penyuntikan insulin diperlukan untuk mengendalikan kadar glukosa darah. Diabetes mellitus tipe I ditandai oleh awitan mendadak yang biasanya terjadi pada usia 30 tahun. Diabetes mellitus tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin.

### 2.1.5 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Patofisiologi diabetes mellitus (Brunner &Suddarth, 2013)

#### a. DM tipe I

Pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan pankreas menghasilkan insulin karena hancurnya sel-sel beta pankreas telah dihancurkan dengan proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* (sesudah makan).

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

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

Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukosaneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain), namun pada

penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Di samping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produksi samping pemecahan lemak.

b. DM tipe II

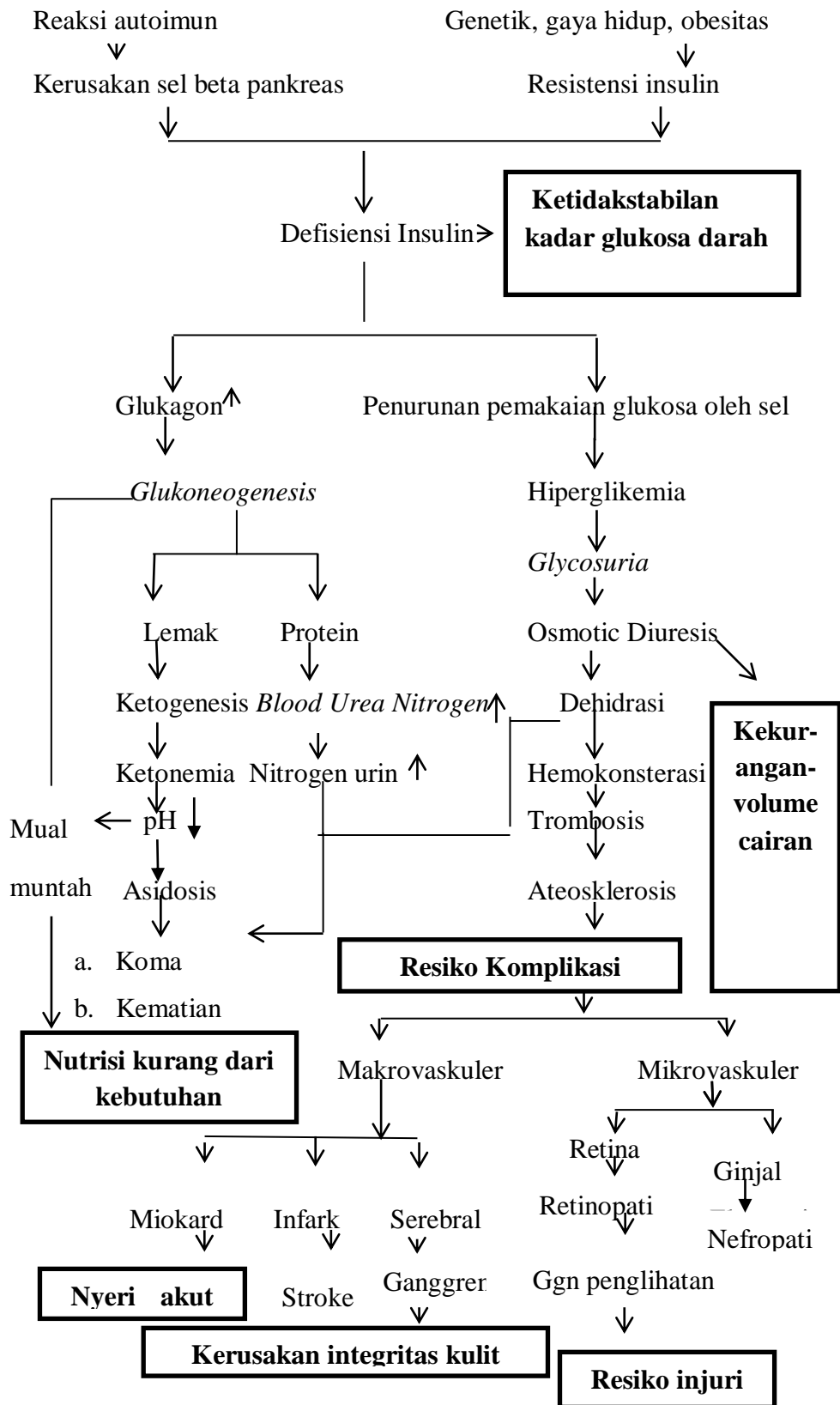
Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

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

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin yang mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II.

### 2.1.6 Pathway Diabetes Mellitus Tipe II

Skema 2.1 Pathway penyakit DM Tipe II



Sumber: Padila (2019)

### 2.1.7 Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut Priscilla LeMone, dkk, 2016 penyandang DM apapun tipenya, berisiko tinggi mengalami komplikasi yang melibatkan banyak sistem tubuh yang berbeda. Perubahan kadar glukosa darah, perubahan sistem kardiovaskuler, neuropati, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan penyakit periodontal umum terjadi. Selain itu, interaksi dari beberapa komplikasi dapat menyebabkan masalah kaki. Pembahasan tiap komplikasi adalah sebagai berikut:

#### A. Komplikasi akut: perubahan kadar glukosa darah

##### 1. Hiperglikemia

Masalah utama akibat hiperglikemia pada penyandang DM adalah DKA dan HHS. Dua masalah lain adalah fenomena fajar dan fenomena somogy.

Fenomena fajar adalah kenaikan glukosa darah jam 4 pagi dan jam 8 pagi yang bukan merupakan respon terhadap hipoglikemia. Kondisi ini terjadi pada penyandang DM baik tipe I maupun tipe II. Fenomena somogy adalah kombinasi hipoglikemia selama malam hari dengan pantulan kenaikan glukosa darah di pagi hari terhadap kadar hiperglikemia. Hiperglikemia menstimulasi hormon kontraindulator, yang menstimulasi glukoneogenesis dan glikogenolisis dan juga menghambat pemakaian glukosa perifer. Ini dapat menyebabkan resistensi insulin selama 12-48 jam.



## 2. Ketoasidosis diabetik

Ketika patofisiologi DM tipe I yang tidak diobati berlanjut, kekurangan insulin menyebabkan cadangan lemak dipecah untuk menyediakan energi, yang menghasilkan hiperglikemia berkelanjutan dan mobilisasi asam lemak dengan ketosis bertahap. Ketoasidosis diabetik (DKA) terjadi bila terdapat kekurangan insulin mutlak dan peningkatan hormon kontraindikasi terstimulasi (kortisol). Produksi glukosa oleh hati meningkat, pemakaian glukosa perifer berkurang, mobilisasi lemak meningkat, dan ketogenesis (pembentukan keton) dirangsang. Peningkatan kadar glukagon mengaktifkan jalur glukoneogenesis.

Pada keadaan kekurangan insulin, produksi berlebihan beta-hidroksibutirat dan asam asetoasetat (badan keton) oleh hati menyebabkan peningkatan konsentrasi keton dan peningkatan asam lemak bebas. Sebagai akibat dari kehilangan bikarbonat (yang terjadi bila terbentuk keton), penyangga bikarbonat tidak terjadi, dan terjadi asidosis metabolik, disebut DKA. Depresi sistem saraf pusat (SSP) akibat penumpukan keton dan asidosis yang terjadi dapat menyebabkan koma dan kematian jika tidak ditangani.

DKA juga dapat terjadi pada orang yang terdiagnosis DM saat kebutuhan tenaga meningkat selama stress fisik atau emosi. Keadaan stres memicu pelepasan hormon glukoneogenik, yang menghasilkan pembentukan karbohidrat dari protein atau lemak.

Orang yang sakit menderita infeksi (penyebab tersering DKA), atau yang mengurangi atau melewatkan dosis insulin sangat beresiko mengalami DKA.

DKA melibatkan empat masalah metabolik

- 1) Hiperosmolaritas akibat hiperglikemia dan dehidrasi.
  - 2) Asidosis metabolik akibat penumpukan asam ketoat.
  - 3) Penurunan volume ekstraseluler akibat diuresis osmotik.
  - 4) Ketidakseimbangan elektrolit (misalnya kehilangan kalium dan natrium) akibat diuresis osmotik.
3. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah (kadar glukosa rendah) umum terjadi pada penyandang DM tipe I dan terkadang terjadi pada penyandang DM tipe II yang diobati dengan agens hipoglikemik tertentu. Kondisi ini sering kali disebut syok insulin, reaksi insulin, atau penurunan pada pasien DM tipe I. Hipoglikemia terutama disebabkan oleh ketidaksesuaian antara asupan insulin (mis, kesalahan dosis insulin), aktivitas fisik, dan kurang tersedianya karbohidrat (mis, melewatkan makanan). Asupan alkohol dan obat-obatan seperti kloramfenikol (Chloromycetin), Coumadin, Inhibitor monoamin oksidase (MAO), probenesid (Benemid), salisilat dan sulfonamid juga dapat menyebabkan hipoglikemia.

Manifestasi hipoglikemia terjadi akibat respons kompensatorik sistem saraf otonom (SSO), dan akibat kerusakan fungsi serebral akibat penurunan ketersediaan glukosa yang dapat dipakai oleh

otak. Manifestasi berbeda-beda, khususnya pada lansia. Awitannya mendadak dan glukosa darah biasanya kurang dari 45-60 mg/dl. Hipoglikemia berat dapat menyebabkan kematian.

Penyandang DM tipe 1 selama 4-5 tahun gagal menyekresikan glukagon sebagai respon terhadap penurunan glukosa darah. Mereka bergantung pada epineprin yang berfungsi sebagai respon kontaregulator terhadap hipoglikemia. Namun respons kompensatorik ini dapat menghilang atau tumpul. Orang tersebut kemudian mengalami sindrom yang disebut ketidaksadaran akan hipoglikemia.

## B. Komplikasi kronik

### 1. Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Makrosirkulasi (pembuluh darah besar) pada penyandang DM mengalami perubahan akibat aterosklerosis, trombosit, sel darah merah dan faktor pembekuan yang tidak normal, serta perubahan dinding arteri. Telah ditetapkan bahwa aterosklerosis mengalami peningkatan insidensi dan usia awitan penyandang DM menjadi lebih dini. Faktor resiko lain yang menimbulkan perkembangan penyakit markovaskuler pada DM adalah hipertensi, hiperlipidemia, merokok dan kegemukan. Perubahan sistem vaskular meningkatkan resiko komplikasi jangka panjang penyakit arteri koroner, penyakit arteri koroner, penyakit vaskular serebral, dan penyakit vaskular perifer.

Perubahan mikrosirkulasi pada penyandang DM melibatkan kelainan struktur di membran basalis pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan ini menyebabkan membran basalis kapiler menebal, akhirnya mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Efek perubahan pada mikrosirkulasi mempengaruhi semua jaringan tubuh tetapi paling utama dijumpai pada mata dan ginjal.

## 2. Penyakit arteri koroner

Merupakan faktor resiko utama terjadinya infark miokard pada penyandang DM, khususnya pada penyandang DM tipe II usia paruh baya hingga lansia. Penyakit arteri koroner merupakan penyebab terbanyak kematian pada penyandang DM tipe II. Penyandang DM yang mengalami infark miokard lebih rentan terhadap terjadinya gagal jantung kongestif sebagai komplikasi infark dan juga cenderung bertahan hidup pada periode segera setelah mengalami infark.

## 3. Hipertensi

Hipertensi merupakan komplikasi umum pada DM. Ini menyerang 75% penyandang DM dan merupakan faktor resiko utama pada penyakit kardiovaskuler dan komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati dan nefropati.

## 4. Stroke (cedera serebrovaskular)

Penyandang DM, khususnya lansia dengan DM tipe II, dua hingga empat kali lebih sering mengalami stroke. Meskipun hubungan pasti antara DM dan penyakit vaskular serebral tidak

diketahui, hipertensi (salah satu faktor resiko stroke) merupakan masalah kesehatan umum yang terjadi pada penyandang DM. Selain itu, aterosklerosis pembuluh darah serebral terjadi pada usia lebih dini dan semakin ekstensif pada penyandang DM.

#### 5. Penyakit vaskular perifer

Penyakit vaskular perifer di ekstremitas bawah menyertai kedua tipe DM, tetapi insidennya lebih besar pada penyandang DM tipe II. Aterosklerosis pembuluh darah tungkai pada penyandang DM mulai pada usia dini, berkembang dengan cepat dan frekuensinya sama pada pria dan wanita. Kerusakan sirkulasi vaskular perifer menyebabkan insufisiensi vaskular perifer dengan klaudikasi (nyeri) intermiten di tungkai bawah dan ulkus pada kaki.

#### 6. Retinopati diabetik

Adalah nama untuk perubahan di retina yang terjadi pada penyandang DM. Struktur kapiler retina mengalami perubahan aliran darah, yang menyebabkan iskemia retina dan kerusakan retina-darah. Retinopati diabetik merupakan penyebab terbanyak kebutaan pada orang yang berusia 20 dan 74 tahun.

#### 7. Perubahan pada sistem saraf perifer dan otonom

Neuropati perifer dan viseral adalah penyakit pada saraf perifer dan sistem saraf otonom. Pada penyandang DM, penyakit sering kali disebut neuropati diabetik. Etiologi neuropati diabetik mencakup (1) penebalan dinding pembuluh darah yang memasok saraf, yang menyebabkan penurunan nutrisi; (2) demielinasi sel-

sel schwann yang mengelilingi dan menyekat saraf, yang memperlambat hantaran saraf; dan (3) pembentukan dan penumpukan sorbitol dalam sel-sel schwan yang merusak hantaran saraf.

Neuropati perifer (juga disebut *neuropati somatik*) mencakup polineuropati dan mononeuropati. Polineuropati, tipe terbanyak neuropati yang dikaitkan dengan DM merupakan gangguan sensorik bilateral. Manifestasi pertama kali terlihat pada jari kaki dan kaki yang bergerak ke atas. Jari tangan dan tangan juga dapat terkena, tetapi biasanya hanya pada stadium lanjut DM. Manifestasi polineuropati bergantung pada serabut saraf yang terkena. Kurangnya sensasi mencegah kewaspadaan akan cedera dan untuk alasan ini, penderita diabetes harus diberitahu untuk memeriksa kaki dan tungkai mereka setiap hari, melihat tanda-tanda cedera.

#### 8. Neuropati viseral

- 1) Juga disebut gangguan berkeringat, dengan tidak ada keringat (anhidrosis) di telapak tangan dan telapak kaki dan peningkatan keringat di wajah dan batang tubuh.
- 2) Fungsi pupil tidak normal, yang paling banyak ditemukan adalah pupil mengecil yang membesar secara perlahan di dalam gelap neuropati otonom menyebabkan berbagai manifestasi tergantung pada SSO yang terkena.

#### 9. Perubahan *mood*

Penyandang DM, baik tipe I maupun tipe II, menjalani ketegangan kronik hidup dengan perawatan diri kompleks dan beresiko tinggi mengalami depresi dan distress emosional spesifik karena DM. Depresi mayor dan gejala depresi mempengaruhi 20% penyandang DM yang membuatnya menjadi dua kali sering terjadi di kalangan penyandang DM dibanding populasi umum.

#### 10. Peningkatan kerentanan terhadap infeksi

Penyandang DM mengalami peningkatan resiko terhadap infeksi, hubungan pasti antara infeksi dan DM tidak jelas, tetapi banyak gangguan yang terjadi akibat komplikasi diabetik memicu seseorang mengalami infeksi. Kerusakan vaskuler dan neurologis, hiperglikemia dan perubahan fungsi neutrofil dipercaya menjadi penyebabnya. Penyandang DM dapat mengalami penurunan sensorik yang mengakibatkan tidak menyadari adanya trauma dan penurunan vaskular yang mengurangi vaskular yang mengalami sirkulasi ke daerah yang cedera, akibatnya respon inflamasi normal berkurang dan penyembuhan lambat.

#### 11. Penyakit periodontal

Meskipun penyakit periodontal tidak terjadi lebih sering pada penyandang DM, tetapi dapat memburuk dengan cepat, khususnya jika DM tidak dikontrol dengan baik. Dipercayai bahwa penyakit ini disebabkan oleh mikroangiopati dengan perubahan pada vaskularisasi gusi.

## 12. Komplikasi yang mengenai kaki

Tingginya insiden baik amputasi maupun masalah kaki pada pasien DM merupakan akibat angiopati, neuropati dan infeksi. Penyandang DM beresiko tinggi mengalami amputasi di ekstremitas bawah, dengan peningkatan risiko pada mereka yang sudah menyandang DM lebih dari 10 tahun, jenis kelamin pria, memiliki kontrol glukosa yang buruk, atau mengalami komplikasi kardiovaskuler, retina, atau ginjal.

Perubahan vaskular di ekstremitas bawah pada penyandang DM mengakibatkan arteriosklerosis. Arteriosklerosis yang diinduksi DM cenderung terjadi pada usia yang lebih muda, kejadiannya hampir sama pada pria dan wanita, biasanya bilateral, dan berkembang dengan cepat. Pembuluh darah yang sering kali terkena terletak di bawah lutut. Sumbatan terbentuk di arteri besar, sedang, dan kecil tungkai bawah dan kaki. Sumbatan multiple dengan penutupan aliran darah mengakibatkan manifestasi penyakit vaskular perifer.

Neuropati diabetik pada kaki menimbulkan berbagai masalah. Karena sensasi sentuhan dan persepsi nyeri tidak ada, penyandang DM dapat mengalami beberapa tipe trauma kaki tanpa menyadarinya. Orang tersebut beresiko tinggi mengalami trauma di jaringan kaki menyebabkan terjadinya ulkus.



Beberapa komplikasi dari diabetes mellitus menurut M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019 yaitu:

- a) Akut
  1. Hipoglikemia dan hiperglikemia.
  2. Penyakit makrovaskuler: mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).
  3. Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati.
  4. Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstremitas), saraf otonom berpengaruh pada gastrointestinal, kardiovaskuler.
- b) Komplikasi menahun diabetes mellitus
  1. Neuropati diabetik.
  2. Retinopati diabetik.
  3. Nefropati diabetik.
  4. Proteinuria.
  5. Kelainan koroner.
  6. Ulkus/gangren.

Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain:

1. Grade 0: tidak ada luka
2. Grade 1: kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit.
3. Grade 2: kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
4. Grade 3: terjadi abses
5. Grade 4: gangren pada kaki bagian distal

6. Grade 5: gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

### 2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia), tanpa terjadi hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien.

Ada lima komponen dalam penatalaksanaan DM yaitu:

#### I. Diet

Syarat diet DM hendaknya dapat:

1. Memperbaiki kesehatan umum penderita.
2. Mengarahkan pada berat badan normal.
3. Menormalkan pertumbuhan DM dewasa muda.
4. Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik.
5. Memberikan modifikasi diet sesuai dengan keadaan penderita.

Prinsip diet DM adalah:

1. Jumlah sesuai kebutuhan.
2. Jadwal diet ketat.
3. Jenis: boleh dimakan/tidak.

Diit DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalornya

1. Diit DM I: 1100 kalori
2. Diit DM II: 1300 kalori

3. Diit DM III: 1500 kalori
4. Diit DM IV: 1700 kalori
5. Diit DM V : 1900 kalori
6. Diit DM VI: 2100 kalori
7. Diit DM VII: 2300 kalori
8. Diit DM VIII: 2500 kalori

Diit I s/d III: diberikan kepada penderita yang terlalu gemuk.

Diit IV s/d V: diberikan kepada penderita dengan berat badan normal.

Diit VI s/d VIII: diberikan kepada penderita kurus, diabetes remaja dan diabetes komplikasi.

Dalam melaksanakan diit diabetes sehari-hari, hendaklah diikuti pedoman 3

J yaitu:

J I: jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah.

J II: jadwal diit harus sesuai dengan intervalnya.

J III: jenis makanan yang manis harus dihindari.

Penentuan jumlah kalori diit diabetes melitus harus disesuaikan dengan gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung *percentage of relative body weight* (BBR=berat badan normal ) dengan rumus

$$\text{BBR} = \text{BB (Kg)} \times 100\%$$

- a. Kurus (underweight):  $\text{BBR} < 90\%$
- b. Normal (ideal):  $\text{BBR} 90-110\%$
- c. Gemuk (overweight):  $\text{BBR} > 110\%$
- d. Obesitas, apabila:  $\text{BBR} > 120\%$ 
  1. Obesitas ringan:  $\text{BBR} 120-130\%$

2. Obesitas sedang: BBR 130-140%
3. Obesitas berat: BBR 140-200%
4. Morbid: BBR > 200%

Sebagai pedoman jumlah kalori yang diperlukan sehari-hari untuk penderita DM yang bekerja biasa adalah:

- a. Kurus:  $BB \times 40-60$  kalori sehari.
- b. Normal:  $BB \times 30$  kalori sehari.
- c. Gemuk:  $BB \times 20$  kalori sehari.
- d. Obesitas:  $BB \times 10-15$  kalori sehari.

## II. Latihan

Beberapa kegunaan latihan teratur setiap hari bagi penderita DM adalah:

1. Meningkatkan kepekaan insulin (*glukosa uptake*), apabila dikerjakan setiap 1 ½ jam sesudah makan, berarti pula mengurangi insulin resisten pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya.
2. Mencegah kegemukan apabila ditambah latihan pagi dan sore.
3. Memperbaiki aliran perifer dan menambah supply oksigen..
4. Menurunkan kolesterol (total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik.

## III. Penyuluhan

Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMPS) merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita

DM melalui bermacam-macam atau media misalnya leaflet, poster, TV, kaset, video, diskusi kelompok, dan sebagainya.

#### IV. Obat

##### a. Tablet OAD (Oral Antidiabetes)

###### 1) Mekanisme kerja sulfanilurea

- a. Kerja OAD tingkat preseptor: pankreatik, ekstra pankreas.
- b. Kerja OAD tingkat reseptor.

###### 2) Mekanisme kerja Biguanida

Biguanida tidak mempunyai efek pankreatik, tetapi mempunyai efek lain yang dapat meningkatkan efektifitas insulin, yaitu:

- a. Biguanida pada tingkat prereseptor ekstra pankreatik
  - a) Menghambat absorpsi karbohidrat.
  - b) Menghambat glukoneogenesis di hati.
  - c) Meningkatkan afinitas pada reseptor insulin.
- b. Biguanida pada tingkat reseptor: meningkatkan jumlah reseptor insulin.
- c. Biguanida pada tingkat pascareseptor: mempunyai efek intraseluler.

##### b. Insulin

###### 1) Indikasi penggunaan insulin:

DM tipe I, DM tipe II yang pada saat tertentu tidak dapat dirawat dengan OAD, DM kehamilan, DM dan gangguan faal hati yang berat, DM dan infeksi akut (selulitis, gangren), DM

dan TBC paru akut, DM dan koma lain pada DM, DM operasi, DM patah tulang, DM dan *underweight*, dan DM dan penyakit graves.

## 2) Beberapa cara pemberian insulin

### a. Suntikan insulin subkutan

Insulin reguler mencapai puncak kerjanya pada 1-4 jam, sesudah suntikan subkutan, kecepatan absorpsi di tempat suntikan tergantung pada beberapa faktor antara lain:

#### (1) Lokasi suntikan

Ada 3 tempat suntikan yang sering dipakai yaitu dinding perut, lengan, dan paha. Dalam memindahkan suntikan (lokasi) janganlah dilakukan setiap hari tetapi lakukan rotasi tempat suntikan setiap hari 14 hari agar tidak memberikan perubahan kecepatan absorpsi setiap hari.

#### (2) Pengaruh latihan pada absorpsi insulin

Latihan akan mempercepat absorpsi apabila dilaksanakan dalam waktu 30 menit setelah insulin karena itu pergerakan otot yang berarti, hendaklah dilaksanakan 30 menit setelah suntikan.

#### (3) Pemijatan (massage)

Pemijatan juga akan mempercepat absorpsi insulin.

## (4) Suhu

Suhu kulit tempat suntikan (termasuk mandi akan mempercepat absorpsi insulin).

## (5) Dalamnya suntikan

Makin dalam suntikan makin cepat puncak kerja insulin dicapai. Ini berarti suntikan intramuskular akan lebih cepat efeknya daripada subkutan.

## (6) Konsentrasi insulin

Apabila konsentrasi insulin berkisar 40-100 u/ml tidak terdapat penurunan dari u-100 ke u-10 maka efek insulin dipercepat.

## b. Suntikan intramuskular dan intravena

Suntikan intramuskular dapat digunakan pada kasus diabetik atau pada kasus-kasus dengan degradasi lemak suntikan subkutan. Sedangkan suntikan intravena dosis rendah digunakan untuk terapi koma diabetik.

## V. Cangkok pankreas

Pendekatan terbaru untuk cangkok pankreas segmen dari donor hidup saudara kembar identik. (M. Clevo Rendy dan Margareth Th, 2019)

**2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik Untuk Memantau Penatalaksanaan DM**

Pemeriksaan diagnostik yang digunakan untuk mendiagnosis dan memantau DM mencakup glukosa darah puasa, pemeriksaan toleransi glukosa oral, dan hemoglobin terglikolisasi. Pemeriksaan albumin

dalam urine digunakan untuk mendeteksi awitan awal kerusakan ginjal.

1. Pemantauan glukosa darah

Penyandang DM harus dipantau kondisinya setiap hari dengan memeriksa kadar glukosa darah. Tersedia dua tipe pemeriksaan. Tipe pertama, yang digunakan jauh sebelum adanya alat yang dapat mengukur glukosa darah secara langsung, adalah pemeriksaan glukosa dan keton dalam urine.

2. Pemeriksaan keton dan glukosa dalam urine

Pada keadaan sehat, glukosa tidak terdapat dalam urine karena insulin mempertahankan glukosa serum di bawah ambang batas ginjal 180 mg/dl. Pemeriksaan urine direkomendasikan untuk memantau hiperglikemia dan ketoasidosis pada penyandang DM tipe I yang mengalami hiperglikemia yang tidak dapat dijelaskan selama sakit atau hamil. Keton dapat di deteksi lewat pemeriksaan urine dan mencerminkan adanya DKA.

3. Pemantauan mandiri glukosa darah

Pemantauan mandiri glukosa darah (*self monitoring of blood glucose*, SMBG) memungkinkan penyandang DM untuk memantau dan mencapai kontrol metabolik. SMBG direkomendasikan tiga kali atau lebih per hari bagi pasien DM tipe I yang menggunakan injeksi insulin multiple atau terapi pompa insulin. Pemantauan oleh pasien DM tipe II tidak menggunakan insulin harus cukup untuk membantu mereka mencapai tujuan glukosa



## **2.2 Konsep Dasar Keluarga**

### **2.2.1 Definisi Keluarga**

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketegantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman dalam Komang Ayu Henny Achjar, 2012). Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua atau lebih orang yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak dan nenek (Sulistyo Andarmo, 2011).

### **2.2.2 Tipe-Tipe Keluarga**

Secara umum, tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional). Keluarga tradisional memiliki anggota keluarga seperti umumnya yaitu kedua orangtua dan anak. Akan tetapi, struktur keluarga ini tidak serta merta terdapat pada pola keluarga modern.

#### **1) Tipe keluarga tradisional**

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh. Tipe keluarga ini

merupakan yang paling umum kita temui dimana saja, terutama di negara-negara Timur yang menjunjung tinggi norma-norma. Adapun tipe keluarga tradisional adalah sebagai berikut:

a) Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti merupakan keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup dan saling menjaga. Mereka adalah ayah, ibu, dan anak-anak.

b) Keluarga besar (*Exstented Family*)

Keluarga besar cenderung tidak hidup bersama-sama dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini disebabkan karena keluarga besar merupakan gabungan dari beberapa keluarga inti yang bersumbu dari satu keluarga inti. Satu keluarga memiliki beberapa anak, lalu anak-anaknya menikah lagi dan memiliki anak pula.

Seperti pohon yang bercabang, keluarga besar memiliki kehidupannya masing-masing mengikuti rantingnya. Anggota keluarga besar ini, semakin lama akan semakin besar mengikuti perkembangan keluarganya. Anggota keluarga besar misalnya kakek, nenek, paman, tante, keponakan, cucu dan lain sebagainya.

c) Keluarga tanpa anak (*Dyad Family*)

Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina hubungan rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dahulu .

d) Keluarga *Single Parent*

*Single parent* adalah kondisi seseorang yang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini disebabkan karena perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, *single parent* mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat.

e) Keluarga *Single Adult*

Rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa saja.

2) Tipe keluarga modern (nontradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat. Banyak faktor yang melatarbelakangi alasan muncul keluarga modern. Salah satu faktor tersebut adalah munculnya kebutuhan berbagi dan berkeluarga tidak hanya sebatas keluarga inti. Relasi sosial yang sangat luas membuat manusia yang berinteraksi saling terikat dan terkait. Mereka kemudian bersepakat hidup bersama baik secara legal maupun tidak. Berikut ini adalah beberapa tipe keluarga modern.

a. *The Unmarriedteenage Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya, beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan inilah yang kemudian masuk dalam kategori keluarga.

b. *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali. Mereka tinggal serta hidup bersama anak-anaknya baik dari pernikahan sebelumnya, maupun hasil dari perkawinan baru.

c. *The Stepparent Family*

Dengan berbagai alasan, dewasa ini kita temui seorang anak diadopsi oleh sepasang suami istri, baik yang memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orangtua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

d. *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap. Hal ini berlangsung dalam waktu singkat sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

e. *The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya. Namun dalam waktu yang relatif singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan perkawinan.

f. *Gay and Lesbian Family*

Seseorang yang berjenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama dengan pasangannya (*marital partners*).

g. *Cohabiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau suatu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakat untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan. Kehidupan mereka sudah seperti kehidupan keluarga. Alasan untuk hidup bersama ini bisa beragam.

h. *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama.

i. *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

j. *Foster Family*

Seorang anak kehilangan orangtuannya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurun waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya. Dalam kasus lain, bisa jadi orangtua

si anak menitipkan kepada seseorang dalam waktu tertentu sehingga ia kembali mengambil anaknya.

k. **Institusional**

Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti.

l. *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

### **2.2.3 Struktur dalam Keluarga**

Maria H. Bakri, 2017 menjelaskan bahwa struktur dalam keluarga terbagi menjadi empat yaitu 1) pola komunikasi keluarga 2) struktur peran 3) struktur kekuatan dan 4) nilai-nilai keluarga. Struktur ini didasarkan pada pengorganisasian dalam keluarga, baik dari sisi perilaku maupun pola hubungan antara anggota kelompok. Hubungan yang terjadi ini bisa jadi sangat kompleks, tidak terbatas pada anggota keluarga tertentu, bahkan bisa melebar hingga keluarga besar, yang saling membutuhkan memiliki peran dan harapan yang berbeda.

Pola hubungan dalam keluarga turut membentuk kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur ini pun bisa fleksibel, diperluas atau dipersempit tergantung pada sebuah keluarga yang merespon interaksi dalam keluarga. Struktur keluarga yang sangat kaku dan sangat fleksibel dapat mengganggu atau merusak fungsi keluarga. Struktur dan fungsi merupakan hal yang berhubungan erat dan terus-menerus berinteraksi satu sama lain.

## 1. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam sebuah hubungan, tak hanya bagi keluarga melainkan berbagai macam hubungan. Tanpa ada komunikasi, tidak akan ada hubungan yang dekat dan hangat, atau bahkan tidak akan saling mengenal.

Di dalam keluarga, komunikasi yang dibangun akan menentukan kedekatan antara anggota keluarga. Pola komunikasi ini juga bisa menjadi salah satu ukuran kebahagiaan sebuah keluarga. Di dalam keluarga, ada interaksi yang berfungsi dan ada yang tidak berfungsi.

Pola interaksi yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik a) terbuka, jujur, berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan konflik keluarga; b) komunikasi berkualitas antara pembicara dan pendengar. Dalam pola komunikasi, hal ini biasa disebut dengan stimulus-respon.

Dengan pola komunikasi yang berfungsi dengan baik ini, penyampai pesan (pembicara) akan mengemukakan pendapat, meminta dan menerima umpan balik. Sementara dari pihak seberang, penerima pesan selalu dalam kondisi siap mendengarkan, memberi umpan balik, dan melakukan validasi.

Sementara bagi keluarga dengan pola komunikasi yang tidak berfungsi dengan baik akan menyebabkan berbagai persoalan, terutama beban psikologis bagi anggota keluarga. Karakteristik dari pola komunikasi ini antara lain: a) fokus pembicaraan hanya pada satu orang misalnya kepala keluarga yang menjadi penentu atas segala apa yang terjadi dan dilakukan

anggota keluarga; b) tidak hanya diskusi di dalam rumah, seluruh anggota keluarga hanya meyetujui; c) hilangnya empati di dalam keluarga karena masing-masing anggota keluarga tidak bisa menyatakan pendapatnya. Akibat dari pola komunikasi dan pola asuh ini akhirnya komunikasi dalam keluarga menjadi tertutup.

## 2. Struktur peran

Setiap individu dalam masyarakat memiliki perannya masing-masing. Satu sama lain relatif berbeda tergantung pada kapasitasnya. Begitu pula dalam sebuah keluarga. Seorang anak tidak mungkin berperan sama dengan bapak atau ibunya. Struktur peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Bapak berperan sebagai kepala rumah tangga, ibu berperan dalam wilayah domestik, anak dan lain sebagainya memiliki peran masing-masing dan diharapkan saling mengerti dan mendukung.

Selain peran pokok tersebut, adapula peran informal. Peran ini dijalankan dalam kondisi tertentu atau sudah menjadi kesepakatan antar anggota keluarga. Misalnya seorang suami memperbolehkan istrinya bekerja di luar rumah, maka istri telah menjalankan peran informal. Begitu pula sebaliknya, suami juga tidak segan mengerjakan peran informalnya dengan membantu istri mengurus rumah.

## 3. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan keluarga menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga. Kekuasaan ini terdapat pada individu



di dalam keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan.

Ketika seseorang memiliki kekuatan, maka ia sesungguhnya mampu mengendalikan sebuah interaksi. Kekuatan ini dapat dibangun dengan berbagai cara. Selain itu, ada beberapa faktor yang mendasari terjadinya struktur kekuatan keluarga.

a. *Legitimate power* (kekuatan/wewenang yang sah)

Dalam konteks keluarga, kekuatan ini sebenarnya tumbuh dengan sendiri, karna ada hirarki yang merupakan konstruk masyarakat kita. Seorang kepala keluarga adalah pemegang kekuatan interaksi dalam keluarga. Ia memiliki hak untuk mengontrol tingkah laku anggota keluarga lainnya, terutama pada anak-anak.

b. *Referent power*

Dalam masyarakat kita, orangtua adalah panutan utama dalam keluarga terlebih posisi ayah sebagai kepala keluarga. Apa yang dilakukan ayah akan menjadi contoh baik oleh pasangannya maupun anak-anaknya. Misalnya untuk mengajari anak melaksanakan ibadah, tidak perlu dengan kemarahan. Dengan cara orangtua senantiasa beribadah, anak akan mengikuti dengan sendirinya. Anak akan belajar dari apa yang dilihatnya.

c. *Reward power*

Kekuasaan penghargaan berasal dari adanya harapan bahwa orang yang berpengaruh dan dominan akan melakukan sesuatu yang positif terhadap ketaatan seseorang.

Imbalan menjadi hal penting untuk memberikan pengaruh kekuatan dalam keluarga. Hal ini tentu sering terjadi di masyarakat kita, yang menjanjikan hadiah untuk anaknya jika berhasil meraih nilai terbaik dalam sekolah. Dengan hadiah tersebut, anak akan berusaha untuk menjadi anak yang terbaik agar keinginannya terhadap yang dijanjikan orangtua dapat terpenuhi.

d. *Coercive power*

Ancaman dan hukuman menjadi pokok dalam membangun kekuatan keluarga. Kekuatan ini sebagai kekuasaan dominasi atau paksaan yang mampu untuk menghukum bila tidak taat.

Bagi sebagian orangtua, mereka memilih tidak menggunakan kekuasaan ini, namun bagi sebagian lainnya sangat membutuhkan karena merasa putus asa dalam mendidik anak. Setiap anak memiliki karakter unik yang berbeda-beda, oleh karena itu pola asuh juga tidak bisa disamaratakan. Orangtua memilih pola asuh tentu atas berbagai pertimbangan yang membuat anak menjadi lebih positif.

4. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Dalam suatu kelompok selalu terdapat nilai-nilai yang dianut bersama, meski tanpa tertulis. Nilai-nilai tersebut akan terus bergulir jika masih anggota kelompok yang melestarikannya. Artinya sebuah nilai akan terus berkembang mengikuti anggotanya. Demikian pula dalam keluarga. Keluarga sebagai kelompok kecil dalam sistem sosial memiliki nilai yang diterapkan dalam tradisi keluarga. Misalnya tradisi makan bersama, yang

memiliki nilai positif dalam membangun kebersamaan dan melatih untuk berbagi.

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

Nilai-nilai dalam keluarga tidak hanya dibentuk oleh keluarga itu sendiri, melainkan juga warisan yang dibawa dari keluarga istri maupun suami. Perpaduan dua nilai yang berbeda inilah yang kemudian melahirkan nilai-nilai baru bagi keluarga.

#### **2.2.4 Fungsi dalam Keluarga**

Fungsi keluarga merupakan hal penting yang harus dijalankan dan dipatuhi oleh setiap anggotanya. Jika salah satu anggota keluarga terkendala atau tidak taat, organisasi keluarga akan terhambat. Hal ini akan berakibat buruk akan tertundanya tujuan yang sudah direncanakan. Misalnya seorang anak yang sedang sekolah, maka ia harus merampungkan sekolahnya tersebut. Namun jika ia tidak taat, mungkin karena sering membolos sekolah menjadikannya tidak naik kelas. Hal ini tentu menghambat tujuan keluarga tersebut yang menjadikan anaknya pandai dalam bidang akademik.

Friedman dalam Maria H. Bakri, 2017 mengelompokkan fungsi pokok keluarga dalam lima poin yaitu:

a. Fungsi reproduksi keluarga

Sebuah peradaban dimulai dari rumah yaitu dari hubungan suami-istri terkait pola reproduksi. Sehingga adanya fungsi ini ialah untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan sebuah keluarga.

b. Fungsi sosial keluarga

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Dalam hal ini, anggota keluarga belajar disiplin, norma-norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dengan anggota keluarganya sendiri.

c. Fungsi afektif keluarga

Fungsi ini hanya bisa diperoleh dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif yaitu saling mendukung, menghormati, dan saling asuh. Intinya, antara anggota keluarga satu dengan anggota yang lain berhubungan baik secara dekat. Dengan cara inilah, seorang anggota keluarga merasa mendapatkan perhatian, kasih sayang, dihormati, kehangatan dan lain sebagainya. Pengalaman di dalam keluarga ini akan mampu membentuk perkembangan individu dan psikologis anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi keluarga

Fungsi ekonomi keluarga meliputi keputusan rumah tangga, pengelolaan keuangan, pilihan asuransi, jumlah uang yang digunakan perencanaan pensiun dan tabungan. Kemampuan keluarga untuk memiliki penghasilan yang baik dan mengelola finansialnya dengan bijak merupakan faktor kritis untuk kesejahteraan ekonomi.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini penting untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Adapun tugas keluarga dibidang kesehatan yaitu:

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga

Tidak satu pun keluarga yang diperbolehkan menyepelekan masalah keluarga. Zaman yang semakin maju dan berkembang juga mendukung hadirnya berbagai penyakit yang dulu tidak ditemukan. Untuk itu, keluarga harus semakin waspada, tetapi tidak dalam bentuk mengekang sehingga melarang berbagai hal untuk anggota keluarganya.

2. Kemampuan keluarga memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Mencari pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu peran keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat. Kontak keluarga dengan sistem akan melibatkan lembaga kesehatan profesional ataupun praktisi lokal (dukun/pengobatan alternatif) dan sangat bergantung pada

1. Sakit apa yang dirasakan?

2. Apakah keluarga tidak mampu menanganinya?

3. Apakah ada kekhawatiran akibat terapi-terapi yang akan dilakukan?

4. Apakah keluarga percaya kepada petugas kesehatan?

3. Kemampuan keluarga melakukan perawatan terhadap keluarga yang sakit

Bagi anggota keluarga yang sakit, biasanya dibebaskan dari peran dan fungsinya secara penuh. Beberapa tanggung jawab ditanggihkan terlebih

dahulu atau bahkan diganti oleh anggota keluarga lainnya. Pemberian perawatan secara fisik merupakan beban yang paling berat dirasakan keluarga.

Keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga. Terkadang, sebuah keluarga memang memiliki alat-alat atau obat-obatan yang dapat dijadikan pertolongan pertama, namun hal ini jelas terbatas baik alat maupun pengetahuan kesehatan. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dapat dikaitkan dengan pertanyaan berikut:

1. Apakah keluarga aktif dalam merawat pasien?
2. Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien?
4. Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Yang dimaksud di sini adalah bagaimana keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu keluarga perlu mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah. Jika memungkinkan untuk menanam pohon, sebaiknya hal ini dilakukan karena akan membantu sirkulasi udara dan lain sebagainya.

5. Kemampuan keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang sudah disediakan pemerintah. Alasan biaya biasanya menjadi masalah.

Akan tetapi belakangan ini, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi.

### **2.2.5 Tahap Perkembangan Keluarga**

Sulistyo Andarmoyo, 2011 mengungkapkan bahwa setiap keluarga akan melalui tahap perkembangan yang unik, namun secara umum mengikuti pola yang sama. Hal ini berarti bahwa setiap keluarga mempunyai variasi dalam perkembangannya, akan tetapi secara normatif tiap keluarga mempunyai perkembangan yang sama. Perbedaan/variasi dari perkembangan ini biasanya akibat perbedaan dari bentuk atau tipe keluarga, penundaan kehamilan, serta kematian dan perceraian. Adapun tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut:

#### **1. Tahap I: keluarga baru/pemula**

Perkembangan keluarga tahap I adalah mulainya pembentukan keluarga yang berakhir ketika lahirnya anak pertama. Pembentukan keluarga pada umumnya dimulai dari perkawinan seorang laki-laki dengan perempuan serta perpindahan dari status lajang ke hubungan yang intim serta mulai meninggalkan keluarganya masing-masing. Pada tahap ini, pasangan belum mempunyai anak.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

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

2. Tahap II: tahap mengasuh anak (*child bearing*)

Tahap kedua dimulai dari lahirnya anak pertama sampai dengan anak tersebut berumur 30 bulan atau 2,5 tahun. Kehadiran bayi pertama ini akan menimbulkan suatu perubahan yang besar dalam kehidupan rumah tangga. Oleh karena itu, keluarga dituntut untuk mampu beradaptasi terhadap peran baru yang dimilikinya dan harus mampu melaksanakan tugas dari peran baru tersebut.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap
  2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
  3. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek.
3. Tahap III: keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ke tiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 30 bulan atau 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Pada tahap ini, kesibukan akan semakin bertambah sehingga menuntut perhatian yang lebih banyak dari orang tua.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
2. Menyosialisasikan anak.
3. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain.



4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

4. Tahap IV: keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Untuk mencapai tugas perkembangan yang optimal, keluarga akan membutuhkan bantuan dari pihak sekolah dan kelompok sebaya anak.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Menyosialisasikan 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.

5. Tahap V: keluarga dengan anak remaja

Perkembangan keluarga tahap V adalah perkembangan keluarga yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga umur 19 atau 20 tahun.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
3. Mempertahankan etika dan standar moral keluarga.

6. Tahap VI: keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Permulaan tahap kehidupan keluarga di tandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir dengan anak terakhir meninggalkan rumah.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak.
2. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
3. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.

7. Tahap VII: keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Orang tua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seseorang pensiun.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan.
2. Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak.
3. Memperkokoh hubungan perkawinan.

8. Tahap VIII: keluarga lanjut usia

Merupakan tahap akhir dan perkembangan keluarga yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika kedua pasangan meninggalkan.

Tugas-tugas perkembangan keluarga yaitu:

1. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
3. Mempertahankan hubungan perkawinan.
4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
5. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka.

### **2.2.6 Peran Perawat Komunitas**

Pengertian peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem.

Adapun peran perawat komunitas menurut Komang Ayu Henny Achjar, 2012 yaitu:

1. Pendidik (*educator*)

Peran perawat komunitas dalam asuhan keperawatan keluarga sebagai pendidik (*educator*), diharapkan perawat komunitas harus mampu memberikan informasi kesehatan yang dibutuhkan keluarga melalui pendidikan kesehatan, pemberian pendidikan kesehatan dapat dilakukan di rumah pada saat kunjungan rumah (*home visit*) dan pilihan sesuai dengan tingkatan kemampuan masyarakat. Fokus dan isi pendidikan kesehatan kepada keluarga meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dampak dari penyakit.

2. Peneliti (*researcher*)

Peran sebagai peneliti ditunjukkan oleh perawat komunitas dengan berbagai aktivitas penelitian yang berfokus pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas.

3. Konselor (*counselor*)

Peran perawat komunitas dalam asuhan keperawatan keluarga, mendengar keluhan keluarga secara objektif, memberikan umpan balik dan informasi serta membantu keluarga melalui proses pemecahan masalah.

4. Manajer kasus (*case manager*)

Perawat komunitas dapat mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan keluarga, merancang rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, mengawasi dan mengevaluasi dampak terhadap pelayanan yang diberikan.

5. Kolaborator (*collaborator*)

Peran sebagai kolaborator dapat dilaksanakan antara perawat dengan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan keluarga secara komprehensif. Perawat komunitas dapat berpartisipasi bekerjasama membuat keputusan kebijakan, berkomunikasi dengan anggota tim kesehatan, berpartisipasi bekerjasama melaksanakan tindakan untuk menyelesaikan masalah keluarga.

6. Penghubung (*liaison*)

Perawat sebagai peran penghubung (*liaison*) membantu mempertahankan kontinuitas diantara petugas profesional dan non

profesional. Perawat komunitas diharapkan merujuk permasalahan klien pada sarana pelayanan kesehatan serta sumber yang ada dimasyarakat seperti puskesmas, RS, tokoh agama, tokoh masyarakat.

7. Pembela (*advocate*)

Peran sebagai *advocate* ditunjukkan oleh perawat yang tanggap terhadap kebutuhan komunitas dan mampu mengkomunikasikan kebutuhan tersebut kepada pemberi pelayanan secara tepat.

8. Pemberi perawatan langsung

Perawat komunitas memberikan asuhan keperawatan pada keluarga secara langsung dengan menggunakan prinsip tiga tingkatan (pencegahan primer (*primary prevention*), pencegahan sekunder (*secondary prevention*), dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*)).

9. Role model

Dengan menampilkan perilaku yang dapat dipelajari oleh orang lain, menjadi panutan bagi keluarga.

10. Referral resource

Dengan membuat rujukan dan *follow up* rujukan ke pelayanan kesehatan lain atau ke tenaga kesehatan lain yang diperlukan keluarga.

11. Pembaharu (*inovator*)

Dengan cara membantu melaksanakan perubahan-perubahan ke arah yang lebih baik untuk perbaikan dan kepentingan kesehatan keluarga.

## **2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Mellitus Tipe II**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga**

#### **A. Identifikasi Data**

Pengkajian terhadap data umum keluarga menurut Sulistyو Andarmoyo, 2012 meliputi:

1) Nama kepala keluarga (KK)

Identifikasi siapa nama KK sebagai penanggung jawab penuh terhadap keberlangsungan keluarga.

2) Alamat dan telepon

Identifikasi alamat dan nomor telepon yang bisa dihubungi sehingga memudahkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

3) Pekerjaan dan pendidikan KK

Identifikasi pekerjaan dan latar belakang pendidikan Kepala Keluarga dan anggota keluarga yang lainnya sebagai dasar dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.

4) Komposisi keluarga

Komposisi keluarga menyatakan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka.

5) Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga dan genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, dan riwayat, serta sumber-sumber keluarga.

## 6) Tipe keluarga

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

## 7) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

## 8) Agama

Mengkaji agama yang dianut keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

## 9) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Dalam hal ini pertanyaan yang diajukan adalah status ekonomi:

- 1) Berapa jumlah pendapatan per bulan?
- 2) Darimana sumber-sumber pendapatan perbulan?
- 3) Berapa jumlah pengeluaran perbulan?
- 4) Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga?
- 5) Bila tidak, bagaimana keluarga mengaturnya?

#### 10) Rekreasi keluarga

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

#### B. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

##### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.

##### 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

##### 3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, dijelaskan mulai lahir hingga saat ini yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan, termasuk juga dalam hal ini riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian dan pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, hilang, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga.



#### 4) Riwayat keluarga sebelumnya/asal

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri/keluarga asal kedua orang tua seperti apa kehidupan keluarga asalnya, hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari ke dua orang tua)

### C. Data Lingkungan

Data lingkungan meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling sederhana seperti aspek dalam rumah hingga komunitas yang lebih luas dan kompleks di mana keluarga tersebut berada.

#### 1) Karakteristik rumah

1. Gambar tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, dll). Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah ini.
2. Gambarkan kondisi rumah (baik interior maupun eksterior rumah). Interior rumah meliputi jumlah kamar dan tipe kamar, penggunaan kamar dan bagaimana kamar tersebut diatur.
3. Di dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat masak.
4. Di kamar mandi, amati sanitasi air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.
5. Kaji pengaturan tidur di dalam rumah.
6. Amati keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah.
7. Kaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah.

8. Evaluasi pengaturan privasi dan bagaimana keluarga merasakan privasi mereka memadai.
9. Evaluasi ada dan tidak adanya bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah/lingkungan.
10. Evaluasi adekuasi pembuangan sampah.
11. Kaji perasaan puas/tidak puas dari anggota keluarga secara keseluruhan dengan pengaturan/penataan rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

1. Apa karakteristik-karakteristik fisik dari lingkungan yang paling dekat dan komunitas yang lebih luas?
2. Bagaimana mudahnya sekolah-sekolah di lingkungan atau komunitas dapat diakses dan bagaimana kondisinya?
3. Fasilitas-fasilitas rekreasi yang dimiliki daerah ini?
4. Bagaimana insiden kejahatan di lingkungan dan komunitas?
5. Apakah ada masalah keselamatan yang serius?

3) Mobilitas geografi keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan berpindah tempat.

1. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini?
2. Apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal?

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga interaksinya dengan masyarakat.

1. Siapa di dalam keluarga yang sering menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan?
  2. Berapa kali atau sejauh mana mereka menggunakan pelayanan dan fasilitas?
  3. Apakah keluarga memanfaatkan lembaga-lembaga yang ada di komunitas untuk kesehatan keluarga?
  4. Bagaimana keluarga memandang komunitasnya?
- 5) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah sejumlah keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

#### D. Struktur Keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga  
Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.
- 2) Struktur kekuatan keluarga  
Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.
- 3) Struktur peran  
Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik cara formal maupun informal.

#### 4) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

#### 5) Fungsi keluarga

##### 1. Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

##### 2. Fungsi sosialisasi

Hal yang perlu dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

##### 3. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan

lingkungan yang dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

4. Fungsi reproduksi

- a. Berapa jumlah anak?
- b. Bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak?
- c. Metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anak?

5. Fungsi perawatan keluarga

Fungsi ini penting untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

6) Stres dan koping keluarga

Stresor jangka pendek dan panjang

1. Sebutkan stressor jangka pendek (< 6 bulan) dan stressor jangka panjang (> 6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga.

Apakah keluarga dapat mengatasi stressor biasa dan ketegangan sehari-hari?

2. Bagaimana keluarga mengatasi tersebut? Jelaskan

Strategi koping apa yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi masalah-masalah? (koping apa yang dibuat?)

Apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara koping terhadap masalah-masalah mereka sekarang? Jelaskan

## 7) Pemeriksaan Fisik

Data selanjutnya yang harus dikumpulkan oleh perawat adalah data tentang kesehatan fisik. Tidak hanya kondisi pasien, melainkan kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga.

### a. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Biasanya pada penderita diabetes didapatkan berat badan yang diatas normal/obesitas.

### b. Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, apakah ada pembesaran pada leher, kondisi mata, hidung, mulut dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Biasanya pada penderita diabetes mellitus ditemui penglihatan yang kabur/ganda serta diplopia dan lensa mata yang keruh, telinga kadang-kadang berdenging, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.

### c. Sistem integumen

Biasanya pada penderita diabetes mellitus akan ditemui turgor kulit menurun, kulit menjadi kering dan gatal. Jika ada luka atau maka warna sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah kering. Pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi ganggren.

d. Sistem pernafasan

Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Biasanya pada penderita diabetes mellitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

e. Sistem kardiovaskuler

Pada penderita diabetes mellitus biasanya akan ditemui perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi, aritmia, kardiomegalis.

f. Sistem gastrointestinal

Pada penderita diabetes mellitus akan terjadi *polifagi*, *polidipsi*, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

g. Sistem perkemihan

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya *poliuri*, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

h. Sistem muskuloskeletal

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.

i. Sistem neurologis

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penurunan sensoris, anastesia, letargi, mengantuk, kacau

mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

#### 1. Diagnosis sehat/*wellness*

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

#### 2. Diagnosis ancaman

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 gangguan/masalah kesehatan di keluarga, di dukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata 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 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. Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
  - b. Masalah dirasakan keluarga.
  - c. Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.
  - d. Sikap negatif 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 di dalam keluarga.
  - d. Sikap keluarga terhadap yang sakit.
4. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan meliputi:
  - a. Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - b. Pentingnya hygiene sanitasi.
  - c. Upaya pencegahan penyakit.

5. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- Keberadaan fasilitas kesehatan.
  - Keuntungan yang didapat.
  - Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
  - Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

Tabel 2.1 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

<b>Kriteria</b>	<b>Bobot</b>	<b>Skor</b>
<b>Sifat masalah</b>	1	Aktual= 3 Risiko=2 Potensial=1
a		
<b>Kemungkinan masalah untuk dipecahkan</b>	2	Mudah= 2 Sebagian= 1 Tidak dapat= 0
<b>Potensial masalah untuk dicegah</b>	1	Tinggi= 3 Cukup= 2 Rendah =1
<b>Menonjolnya masalah</b>	1	Segera diatasi= 2 Tidak segera diatasi= 1 Tidak dirasakan adanya masalah= 0
(		

(Komang Ayu Henny Achjar, 2012)

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan diabetes mellitus yaitu (NANDA, 2015):

- a. Ketidakstabilan gula darah.
- b. Gangguan rasa nyaman.
- c. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- d. Resiko komplikasi penyakit DM
- e. Resiko syok hipovolemik.
- f. Kerusakan integritas kulit.

Setelah dilakukan skoring menggunakan skala prioritas, maka didapatkan diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan NANDA (2015) dengan etiologi menurut Friedman (2010), sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan diabetes mellitus tipe II.
- c. Resiko komplikasi penyakit DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga/NIC

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. 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). (Komang Ayu Henny Achjar, 2012)

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

No.	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Ketidaktabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 2 hari keluarga mampu mengenal dan memahami bagaimana perawatan DM.	1. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu mengenal masalah DM.	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan definisi DM dengan bahasa sendiri.</p> <p>2. Keluarga mampu menyebutkan 6 dari 8 penyebab dari DM.</p>	<p>1. Diabetes mellitus (DM) merupakan kondisi kadar gula darah sewaktu diatas 180 mg/dl dan gula darah puasa diatas 125 mg/dl.</p> <p>2. Penyebab DM yaitu faktor genetik atau keturunan, pola makan yang tidak teratur, kurangnya aktifitas fisik atau olahraga, stress, obesitas atau</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Beri reinforcement positif.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyebab DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab DM dengan menggunakan lembar balik dan</p>

				<p>3. Keluarga mampu menyebutkan 6 dari 8 tanda dan gejala DM.</p> <p>4. Keluarga mampu menyebutkan 5</p>	<p>kegemukan, obat-obatan dan infeksi.</p> <p>3. Tanda dan gejala DM yaitu sering kencing, sering haus, rasa gatal, mudah lelah, luka yang sulit sembuh atau infeksi pada kulit, pandangan kabur, dan kesemutan atau baal.</p> <p>4. Pencegahan DM antara lain menerapkan pola hidup sehat</p>	<p>leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pencegahan DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan</p>
--	--	--	--	---	--	---

				<p>dari 7 cara pencegahan DM.</p>	<p>terapkan pola makan yang baik dan sehat, jaga kondisi mental spiritual, melakukan aktifitas fisik secara rutin, jaga berat badan ideal, jauhi rokok, dan minuman alkohol serta konsumsi berbagai herbal yang dapat mencegah DM.</p>	<p>keluarga tentang cara pencegahan DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Keluarga bersama perawat mengidentifikasi anggota keluarga yang mengalami DM.</li> <li>4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>5. Evaluasi kembali pengertian, penyebab, tanda dan gejala dan pencegahan DM pada keluarga.</li> <li>6. Berikan pujian kepada keluarga atas jawaban yang benar.</li> </ol>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keputusan yang diambil keluarga.</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari DM.</li> </ol>

			keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan DM.	keluarga dengan DM.	masalah DM.	<p>3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil dalam menangani masalah DM.</p> <p>4. Evaluasi kembali yang tentang keputusan yang telah dibuat.</p> <p>5. Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga dalam mengatasi masalah DM pada keluarga.</p>
			3. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan DM.	1. Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara mengatasi DM.	1. Keluarga mampu memahami bagaimana perawatan DM dan mampu menyebutkan 3 dari 5 cara mengatasi masalah DM yaitu manajemen diet, aktivitas dan olahraga (senam DM dan senam kaki), pengobatan,	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan DM.</p> <p>3. Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara</p>



			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>manajemen stress, dan pemeriksaan berkala kadar gula darah.</p> <p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara rumah (jangan meletakkan barang sembarang), menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah.</p>	<p>mengatasi masalah DM.</p> <p>4. Evaluasi kembali tentang cara merawat dan mengatasi DM.</p> <p>5. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>6. Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga DM.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan DM.</p> <p>3. Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang</p>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>5. Setelah dilakukan 1x50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan.</p>	<p>1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah DM yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</p>	<p>kesehatan anggota keluarga yang sakit.</p> <p>4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>5. Berikan pujian pada keluarga.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>3. Evaluasi kembali fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pada semua anggota</p>
--	--	--	--	---	--	--

						keluarga. 4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya. 5. Berikan pujian pada keluarga.
2	Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal diit DM tipe II.	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3 hari keluarga mampu mengenal dan memahami bagaimana pengaturan diit pada pasien DM.	1. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami diit pada pasien DM.	1. Keluarga mampu menyebutkan definisi diit pada pasien DM dengan bahasa sendiri.  2. Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 tujuan diit pada DM dengan bahasa sendiri.	1. Diit pada pasien DM adalah pengaturan jenis dan jumlah makanan dengan maksud mempertahankan dan status nutrisi dan membantu menyembuhkan serta pencegahan terjadinya komplikasi.  2. Tujuan diit DM antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, mencapai dan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pengertian diit DM. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian diit DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet. 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 4. Berikan reinforcement positif.  1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tujuan diit DM. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang tujuan diit DM dengan menggunakan

				<p>3. Keluarga mampu menyebutkan 8 dari 8 macam diet pada DM.</p>	<p>mempertahankan mendekati lipid normal mencapai berat badan normal, mencegah komplikasi kronik, meningkatkan kualitas hidup sehingga dapat melakukan pekerjaan sehari-hari seperti biasa.</p> <p>3. Macam-macam diet pasien diabetes antara lain diet diabetes mellitus I, diet diabetes mellitus II, diet diabetes mellitus III, diet diabetes mellitus IV, diet diabetes mellitus V, diet diabetes mellitus VI, diet diabetes mellitus VII, diet diabetes mellitus VIII, diet I-III diberikan kepada pasien yang</p>	<p>lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang macam-macam diet DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang macam-macam diet DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p>
--	--	--	--	---	--	---

			<p>2. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 8 macam-macam makanan yang baik dikonsumsi penderita diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</p>	<p>mempunyai berat badan normal, diet VI-VIII diberikan kepada pasien kurus, diabetes remaja (<i>juvenile diabetes</i>) atau diabetes dengan komplikasi.</p> <p>1. Makanan yang baik dikonsumsi penderita diabetes antara lain makanan yang terbuat dari biji-bijian utuh atau karbohidrat kompleks seperti nasi merah, kentang panggang, <i>oatmeal</i>, roti dan sereal dari biji-bijian utuh; daging tanpa lemak yang dikukus, direbus, dipanggang, dan dibakar; sayur-sayuran yang diproses dengan cara direbus,</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang makanan yang baik untuk penderita DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga makanan yang baik untuk penderita DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p>
--	--	--	---	---	--	--

			<p>3. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat</p>	<p>1. Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>dikukus, dipanggang atau dikonsumsi mentah. Sayuran yang baik dikonsumsi untuk penderita diabetes diantaranya brokoli dan bayam; buah-buahan segar; kacang-kacangan, termasuk kacang kedelai dalam bentuk tahu yang dikukus, dimasak untuk sup dan ditumis; <i>popcorn</i> tawar; produk olahan susu rendah lemak dan telur; ikan seperti tuna, salmon, sarden dan makarael.</p> <p>1. Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah DM.</p>	<p>1. Kaji keputusan yang diambil oleh keluarga. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari DM. 3. Bimbing dan motivasi keluarga</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>anggota keluarga dengan DM.</p>			<p>untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah DM.</p> <p>4. Evaluasi kembali tentang keputusan yang telah dibuat.</p> <p>5. Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga untuk mengatasi DM pada keluarga.</p>
			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarang), menggunakan alas kaki saat</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan DM.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan DM.</p> <p>3. Evaluasi kembali tentang bagaimana</p>

			keluarga.		berjalan ke luar dari rumah.	lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit.
			5. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.	1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan.	1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah DM yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.	4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 5. Berikan pujian pada keluarga. 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut. 2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan tersebut. 3. Evaluasi kembali apa saja fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana memanfaatkan



						<p>fasilitas pada semua anggota keluarga.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>5. Berikan pujian pada keluarga.</li> </ol>
3	<p>Resiko komplikasi penyakit DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3 hari keluarga mampu mengenal dan memahami pencegahan komplikasi DM.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami komplikasi pada pasien DM.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu menyebutkan definisi komplikasi DM dengan bahasa sendiri.</li> <li>2. Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 komplikasi diabetes mellitus dengan bahasa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komplikasi DM adalah gabungan atau hadirnya penyakit baru yang bersarang dalam sebagai tambahan dari penyakit diabetes mellitus yang sebelumnya sudah ada dan biasanya disebabkan oleh penanganan yang lambat.</li> <li>1. Komplikasi diabetes mellitus antara lain penyakit kardiovaskuler, penyakit ginjal (nefropatik),</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang komplikasi DM..</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>4. Beri reinforcement positif.</li> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus.</li> <li>2. Diskusikan dengan</li> </ol>

				sendiri.	penyakit mata, penyakit saraf (neuropati) dan kerentanan terhadap infeksi.	keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet. 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 4. Beri reinforcemnt positif.
				3. Keluarga mampu menyebutkan 2 dari 3 cara pencegahan dan pengendalian komplikasi diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.	1. Cara pencegahan dan pengendalian diabetes mellitus yaitu kontrol gula darah, kontrol tekanan darah dan kontrol kolesterol.	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang macam-macam pencegahan dan pengendalian diabetes mellitus. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet. 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.

			<p>2. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu memberikan keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah diabetes mellitus.</p>	<p>4. Beri reinforcemnt positif.</p> <p>1. Kaji keputusan yang diambil oleh keluarga.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari diabetes mellitus.</p> <p>3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah diabetes mellitus.</p> <p>4. Evaluasi kembali yang telah dibuat.</p> <p>5. Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga untuk mengatasi masalah diabetes mellitus pada keluarga.</p>
			<p>3. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga</p>	<p>1. Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<p>1. Keluarga mampu memahami perawatan kaki pada pasien</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan kaki anggota keluarga</p>

			<p>mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p>	<p>dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara perawatan kaki pasien diabetes mellitus.</p>	<p>diabetes yaitu periksa kakis secara teratur setiap hari, cuci kaki setiap hari, potong kuku-kuku jari kaki dengan hati-hati, olesi kaki dengan krim pelembab agar tidak retak, gunakan alas kaki, pilih kaos kaki dengan kandungan katun yang tinggi dan jadwalkan kunjungan ke dokter.</p>	<p>dengan diabetes mellitus.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan kaki dengan diabetes mellitus.</li> <li>Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara perawatan kaki anggota keluarga dengan masalah diabetes mellitus.</li> <li>Evaluasi kembali tentang cara perawatan kaki.</li> <li>Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</li> </ol>
			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu</p>	<p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan</p>	<p>1. Kaji pengetahuan tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes</p>

			<p>memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>perawatan anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p>	<p>memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarangan), menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar dari rumah.</p>	<p>mellitus.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menujngkan kesehatan anggota keluarga yang sakit.</li> <li>4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>5. Berikan pujian pada keluarga.</li> </ol>
			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan tentang apa saja fasilitas kesehatan yang apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</li> <li>2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan</li> </ol>

			ada.	kesehatan.	anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami keuntungannya.	bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut. 3. Evaluasi kembali apa saja fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana fasilitas kesehatan pada semua anggota keluarga. 4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 5. Berikan pujian pada keluarga.
4	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II.	Setelah 3 hari keluarga memahami tentang pencegahan dan perawatan diabetes mellitus.	1. Setelah dilakukan edukasi selama 60 menit, keluarga mampu mengenal tentang perawatan luka.	1. Keluarga mampu melakukan tindakan perawatan luka.	1. Keluarga dapat mengetahui tata cara perawatan pada kerusakan jaringan integritas kulit. 1. Perawatan terhadap luka basah. 2. Sebelum bekerja cuci tangan dengan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang perawatan luka. 2. Diskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka. 3. Jelaskan tata cara perawatan luka dan mendemonstrasikan. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan

					<p>bersih di air yang mengalir.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Gunakan sarung tangan.</li><li>4. Bersihkan area luka dengan air hangat/naCL cairan infus).</li><li>5. Bersihkan dari kotoran yang menempel atau jaringan mati/nekrosis.</li><li>6. Setelah itu memberikan betadin kompres pada luka setelah itu di tutup pakai kassa steril dan dilakukan setiap hari sampai sembuh.</li><li>7. Untuk luka</li></ol>	perawatan luka.
--	--	--	--	--	--	-----------------

			<p>2. Keluarga dapat menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk perawatan anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan.</p>	<p>garuk atau luka lecet cukup dibersihkan pakai desinfektan larutan betadin.</p> <p>1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan tersebut.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>3. Memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga.</p> <p>4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>5. Jelaskan kembali tahapan-tahapan perawatan luka dan manfaatnya.</p>
--	--	--	---	---	---	---



			<p>3. Keluarga mampu mengambil keputusan.</p>	<p>1. Keluarga mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan.</p>	<p>1. Keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan perawatan luka dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.</p>	<p>1. Motivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam tindakan perawatan luka.</p> <p>2. Jelaskan kembali pentingnya kunjungan kesehatan ke fasilitas kesehatan guna perawatan dan pengobatan DM.</p> <p>3. Memberi kesempatan untuk bertanya.</p> <p>4. Memberi pujian atas tindakan diambil.</p> <p>5. Kolaborasi dengan dokter memberikan obat antibiotik.</p>
			<p>4. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>1. Keluarga dapat merawat luka diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan cara perawatan luka.</p>	<p>1. Keluarga mampu memahami perawatan kerusakan jaringan pada DM.</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan kaki anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan kaki</p>

			<p>5. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu perawatan anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p>	<p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang</p>	<p>dengan diabetes mellitus.</p> <p>3. Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara perawatan kaki anggota keluarga dengan masalah diabetes mellitus.</p> <p>4. Evaluasi kembali tentang cara perawatan kaki.</p> <p>5. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>6. Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</p> <p>1. Kaji pengetahuan tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat</p>
--	--	--	---	---	--	--

					sembarangan) menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar dari rumah.	untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus. 3. Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit.
--	--	--	--	--	--	--

Sumber: Zikra (2017)

#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan Keluarga**

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 (Komang Ayu Henny Achjar, 2012).

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Komang Ayu Henny Achjar, 2012). Program evaluasi dilakukan untuk memberikan informasi kepada perencana program dan pengambil kebijakan tentang efektivitas dan efisiensi program. Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai rencana dan tuntutan keluarga.

Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga. Evaluasi ditujukan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan keluarga dan program apa yang dibutuhkan keluarga, apakah media yang digunakan tepat, ada tidaknya program perencanaan yang dapat diimplementasikan, apakah

program dapat menjangkau keluarga, siapa yang menjadi target sasaran program, apakah program yang dilakukan dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaiannya.

Program evaluasi dilaksanakan untuk memastikan apakah hasil program sudah sejalan dengan sasaran dan tujuan, memastikan biaya program, sumber daya dan waktu pelaksanaan program yang telah dilakukan. Evaluasi juga diperlukan untuk memastikan apakah prioritas program terkait keefektifannya.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan upaya pelayanan kesehatan. Evaluasi proses, difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil. Evaluasi hasil dapat diukur melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan perubahan perilaku.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif, menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektivitas pengambilan keputusan.

## BAB 3

### TINJAUAN STUDI KASUS

#### 3.1. Pengkajian Keperawatan Keluarga

##### A Identifikasi Data

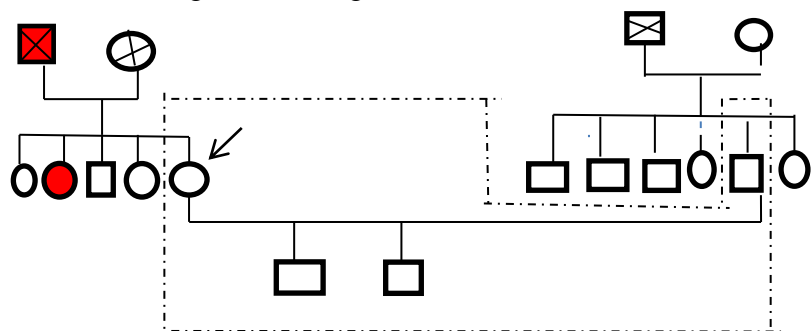
1. Nama kepala keluarga: Tn. A.
2. Alamat: jalan Piladang RT 01 RW 09 Limbungan.
3. Pekerjaan dan pendidikan KK: buruh bangunan dan SMA.
4. Komposisi keluarga:

Tabel 3.1 Komposisi Keluarga Tn. A

No.	Nama	Jenis kelamin	Hub. dengan klien	Umur	Pekerjaan
1.	Tn. A	Laki-laki	Kepala keluarga	42	Buruh bangunan
2.	Ny. S	Perempuan	IRT	39	IRT dan pedagang
3.	An. S	Laki-laki	Anak	12	Pelajar
4.	An. J	Laki-laki	Anak	8	Pelajar

##### 5. Genogram

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. A



Keterangan:

○:perempuan

⊗:perempuan meninggal

:laki-laki

:laki-laki meninggal

:klien

-----:serumah

:yang menderita DM

:laki-laki DM dan meninggal

Penjelasan: Ny. S merupakan anak kelima dari lima bersaudara dan menikah dengan Tn. A. Dan mereka memiliki dua orang anak laki-laki. Dan bapak Ny. S juga menderita DM dan meninggal serta kakak Ny. S juga menderita DM.

#### 6. Tipe keluarga

Tipe keluarga pada Tn. A adalah keluarga inti terdiri dari ayah, ibu dan anak.

#### 7. Suku bangsa

Suku bangsa pada keluarga Tn. A adalah suku Minang.

#### 8. Agama

Agama pada keluarga Tn. A adalah Islam.

#### 9. Status sosial ekonomi keluarga

Pendapatan keluarga Tn. A dalam sebulan kurang lebih Rp 2.000.000/bulan dari hasil buruh bangunan dan istrinya Ny. S sebagai pedagang gorengan dengan pendapatan Rp 850.000/bulan. Penghasilan ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga Tn. A.

#### 10. Rekreasi keluarga

Tn. A mengatakan jarang melakukan rekreasi keluarga, kecuali pada hari besar agama seperti Idul Fitri, biasanya keluarga akan mudik ke kampung.

## B. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

### 1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. A adalah tahap keluarga dengan anak usia sekolah karena anak pertama dan kedua masih berumur 12 tahun dan 8 tahun.

### 2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga .

### 3. Riwayat keluarga inti

Ny. S pernah dirawat di rumah sakit sekitar 3 tahun yang lalu dengan keluhan lemas dan pusing. Setelah di cek GDS Ny. S ternyata GDS Ny. S 389 mg/dL. Sehingga Ny. S dirawat inap di rumah sakit selama 3 hari dan hingga saat ini Ny. S masih mengonsumsi obat DM tablet yaitu metformin, glimepiride serta suntik insulin.

Namun Ny. S mengaku tidak teratur minum obatnya dan keluarga jarang membawa Ny. S untuk memeriksakan dan mengontrol gula ke fasilitas kesehatan dan hingga saat ini Ny. S mengeluh sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil lebih dari 6 kali sehari, sering merasa kesemutan pada ujung jari kaki, susah tidur malam hari, merasa gatal pada kulit, terdapat luka di jari kaki disertai adanya nanah atau pus, serta penglihatan terkadang berkunang-kunang.

Hasil pengukuran tanda-tanda vital pada saat pengkajian Ny.



S didapatkan TD: 90/60 mmhg, N: 118xmenit, S: 37<sup>o</sup> C, RR: 20xmenit GDS pukul 10.00: 292 mg/dL, GDS pukul 15.00: 268 mg/dL. Dan Ny. S mengaku sering mengonsumsi makanan tinggi gula, minum kopi, makanan tidak teratur. Sedangkan kesehatan Tn. A tidak terdapat riwayat penyakit menular maupun kronis lainnya, begitu juga dengan kedua anaknya.

#### 4. Riwayat keluarga sebelumnya/asal

Ny. S memiliki 5 bersaudara terdiri dari 4 perempuan dan 1 laki-laki. Ny. S mempunyai penyakit DM merupakan penyakit keturunan dari bapak Ny. S yang kini telah meninggal. Selain Ny. S yang menderita DM, kakak perempuan Ny. S juga menderita DM.

Selain faktor keturunan dan gaya hidup yang kurang sehat serta kurang berolahraga dan pola istirahat yang kurang ditambah kebiasaan konsumsi yang manis sebagai faktor pemicu diabetes mellitus. Sedangkan kakak perempuan Ny. S menderita DM di umur 45 tahun.

### C. Data Lingkungan

#### 1. Karakteristik rumah

Rumah Tn. A adalah rumah permanen, lantai keramik dengan luas 20x15 m dengan atap menggunakan seng. Ada 3 kamar dalam rumah Tn. A, 1 kamar utama dan 2 lagi kamar anak-anak. Ada 1 dapur dan 1 kamar mandi. Ada jamban di dalam kamar mandi, dapur, gudang, dan ruang tamu. Saluran pembuangan

dialirkan ke tempat pembuangan septi tank. Jarak antara sumur dengan septi tank kurang lebih 10 meter.

Rumah Tn. A mendapat cukup cahaya matahari dan ventilasi karena jendela rumah sering terbuka. Penerangan di rumah menggunakan listrik. Keluarga mempunyai pembuangan sampah terbuka, biasanya sampah-sampah rumah tangga akan dibuang ke plastik hitam dan akan dibuang ke tempat pembuangan sampah jika sudah penuh. Air yang digunakan untuk makan, minum dan mandi sehari-hari adalah air sumur. Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu posyandu, rumah bidan, praktek dokter, dan puskesmas. Fasilitas kesehatan tersebut dapat dijangkau dengan menggunakan motor dan berjalan kaki.

Rumah depan: tampak bersih.

Ruang tamu: tampak bersih.

Ruang tidur: tempat tidur terbuat dari kayu.

Kamar mandi: kamar mandi terdiri dari 1 bak mandi dan 1 WC.

Jendela: jendela ada di setiap kamar.

Kamar mandi dan dapur: tampak licin.

Gambar 3.2 Denah Rumah Keluarga Tn.A

Kamar tidur		Kamar mandi
-------------	--	-------------

Kamar tidur	Ruang tamu	Gudang
Kamar tidur	Dapur	

## 2. Karakteristik tetangga dan komunikasi RW

Ny. S mengikuti kegiatan arisan, wirid, maupun kerja bakti di lingkungan rumah. Hubungan bersama antar tetangga terjalin baik, saling menghormati dan kerukunan terjalin.

## 3. Mobilisasi anggota keluarga

Ny. S lahir di Padang Panjang dan dibesarkan di Padang Panjang namun semenjak menikah dengan Tn. A mereka pindah dan menetap di Pekanbaru sejak 2004 sampai sekarang.

## 4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Perkumpulan anggota keluarga biasanya dilaksanakan pada malam hari sewaktu makan malam. Dan kegiatan yang ada di lingkungannya juga sering keluarga Tn. A mengikutinya.

## 5. Sistem pendukung keluarga

Keluarga Tn. A kalau ada yang sakit, biasanya hanya dibelikan obat warung dan pilihannya. Sesekali dibawa ke puskesmas kalau tidak kunjung sembuh. Ny. S mengaku jarang memeriksakan penyakitnya ke pelayanan kesehatan.

## D. Struktur Keluarga

### 1. Pola komunikasi

Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Tn. A cukup baik dan terbuka di mana semua dibicarakan dan diselesaikan bersama.

### 2. Struktur kekuatan keluarga

Antar anggota keluarga saling menghormati dan menghargai dan pengambilan keputusan berdasarkan keputusan bersama.

### 3. Struktur peran

Tn. A berperan sebagai kepala keluarga, suami dan pencari nafkah. Ny. S berperan sebagai ibu rumah tangga dan An. S dan An. J berperan sebagai anak.

### 4. Nilai dan norma keluarga

Keluarga Tn. A menerapkan nilai dan norma keluarga yang berlaku menurut ajaran agama Islam dan budaya yang berlaku dan aturan yang ada di masyarakat.

### 5. Fungsi keluarga

#### a. Fungsi afektif

Keluarga Tn. A saling menyayangi dan saling peduli.

#### b. Fungsi sosialisasi

Keluarga Tn. A mengatakan tidak ada masalah dengan tetangga maupun masyarakat sekitar tempat tinggal keluarga Tn. A.

c. Fungsi perawatan kesehatan

a. Mengenal masalah kesehatan

Pada saat pengkajian Tn. A belum mampu mengenal masalah kesehatan pada Ny. S secara rinci dan keseluruhan, ini terbukti pada saat ditanya pada keluarga penyakit Ny. S, keluarga mampu menjawab bahwa penyakit DM adalah penyakit gula dan belum mengetahui secara rinci sebab dan komplikasi serta diet makanan tentang DM.

b. Membuat keputusan tindakan yang tepat

Jika Ny. S sakit, alternatif yang keluarga lakukan adalah menyuruh Ny. S untuk meminum obat glimepiride, metformin dan obat warung. Keluarga Tn. A jarang memeriksakan kesehatannya secara teratur karena kesibukan Tn. A yang bekerja sebagai buruh bangunan dan Ny. S yang bekerja sebagai pedagang gorengan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga tidak mampu merawat Ny. S terbukti keluhan yang dirasakan Ny. S sering lemas, penglihatan sebelah kanan klien terkadang kabur, sering menggaruk-garuk anggota tubuh yang gatal-gatal seperti punggung hingga memerah dan ada

luka di jari kaki yang belum kunjung sembuh, serta jarang mengingatkan minum obat DM dan keluarga sering menginjeksi insulin hanya satu tempat saja, jarang mengganti jarum insulin, sering menginjeksi insulin tanpa diperiksa dulu gula darah Ny. S. Dan keluarga mengatakan tidak mengerti secara rinci cara perawatan luka dan terlihat bingung saat ditanyakan mengenai cara perawatan luka.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Kondisi rumah Ny. S cukup bersih, pencahayaan cukup, namun lantai rumah bagian dapur dan kamar mandi Ny. S sering licin karena Ny. S sering memasak gorengan di dapur dan jarang membersihkannya.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Keluarga belum memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik, terbukti keluarga jarang memeriksakan Ny. S ke fasilitas kesehatan.

d. Fungsi reproduksi

Keluarga Tn. A mempunyai 2 orang anak laki-laki.

e. Fungsi ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, keluarga Tn. A menggunakan penghasilan yang diperoleh untuk kebutuhan.

## E. Stress dan Koping Keluarga

### 1. Stressor jangka pendek

Ny. S khawatir mengenai keluhan yang penyakit DM terutama gatal-gatal dan luka kecil di kaki yang tidak sembuh dan takut meluas.

### 2. Stressor jangka panjang

Stressor jangka panjang yang dihadapi Ny. S adalah takut komplikasi dari diabetes yang akan mengganggu kesehatannya dan ekonomi keluarga.

#### a. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Untuk mengatasi kekurangan ekonomi keluarga, Ny. S menjual gorengan dan untuk masalah kesehatan selain membeli obat dan kalau sakit berlanjut dibawa ke puskesmas.

#### b. Strategi koping yang digunakan

Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Tn. A dan keluarga tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah dan Ny. S juga menerima apapun yang terjadi pada dirinya terkait dirinya terkait penyakitnya, karena Ny. S yakin semua diatur oleh Allah SWT.

#### c. Strategi adaptasi fungsional

Apabila banyak permasalahan yang dihadapi keluarga Tn. A akan minta bantuan keluarga terdekat.

## F. Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Tabel 3.2 Pemeriksaan Fisik Keluarga Tn. A

Px fisik	Tn. A	Ny. S	An. S	An. J
KU	Baik	Baik	Baik	Baik
TD	120/80 mmHg	90/60 mmHg	110/60 mmHg	120/80 mmHg
Nadi	100xmenit	118xmenit	86xmenit	92xmenit
Suhu	37°C	37°C	36, 8°C	37, 1°C
Kepala	Rambut bersih, warna hitam, sedikit beruban	Rambut bersih, warna hitam, sedikit beruban.	Rambut bersih, warna hitam.	Rambut bersih, warna hitam.
Mata	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik.	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik	Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikretik
Hidung	Bersih, penciuman, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.	Bersih, penciuman, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.	Bersih, penciuman, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.	Bersih, penciuman, tidak ada sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
Telinga	Bersih, simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.	Bersih, simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.	Bersih, simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.	Bersih, simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik.
Mulut	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab.
Leher	Tidak ada pembesaran kalenjar	Tidak ada pembesaran kalenjar	Tidak ada pembesaran kalenjar tiroid.	Tidak ada pembesaran kalenjar atau



	tiroid.	tiroid.	tiroid.	tiroid.
Dada Paru-paru	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, auskultasi paru vesikuler.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, auskultasi paru vesikuler.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, auskultasi paru vesikuler.	Simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, auskultasi paru vesikuler.
Jantung	Ictus cordis tidak tampak, bunyi jantung normal.	Ictus cordis tidak tampak, bunyi jantung normal.	Ictus cordis tidak tampak, bunyi jantung normal.	Ictus cordis tidak tampak, bunyi jantung normal.
Abdomen	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.	Datar, simetris, tidak ada nyeri tekan.
Ekstremitas	Tidak ada varises dan edema.	Tidak ada varises dan edema, luka di jari kaki sebelah kiri, ada pus, sering kesemutan.	Tidak ada varises dan edema.	Tidak ada varises dan edema.
Genitalia	Bersih, jenis kelamin laki-laki.	Bersih, jenis kelamin perempuan.	Bersih, jenis kelamin laki-laki.	Bersih, jenis kelamin laki-laki.
Inter-gumen	Warna kulit sawo matang, CRT<3 detik, tidak ada luka di kulit.	Warna kulit sawo matang, CRT<3 detik, ada luka di jari kaki sebelah kiri, ada pus, sering kesemutan.	Warna kulit sawo matang, CRT<3 detik, tidak ada luka di kulit.	Warna kulit sawo matang, CRT<3 detik, tidak ada luka di kulit.

### G. Harapan Keluarga

Keluarga Tn. A berharap dengan adanya petugas kesehatan

yang mengunjungnya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh Ny. S dan keluarga dalam menunjang peningkatan kesehatan keluarga.

#### H. Analisa Data Masalah Keperawatan Keluarga

Tabel 3.3 Analisa Data Masalah Keperawatan Keluarga

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny. S mengatakan mengeluh banyak minum, banyak makan dan kencing dalam sehari lebih dari 6 kali disertai lemas.</li> <li>2. Ny. S mengatakan jarang mengontrol gula darah ke fasilitas kesehatan.</li> <li>3. Keluarga mengatakan Ny. S sering mengkonsumsi makanan dan minuman tinggi gula seperti nasi putih, gorengan, dan kopi.</li> <li>4. Ny. S tidak diingatkan oleh keluarga tepatnya suami Ny. S untuk minum obat dan Ny. S juga sering lupa untuk minum obat DM.</li> <li>5. Ny. S mengatakan</li> </ol>	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.	Ketidakstabilan kadar gula darah.

	<p>menginjeksi insulin tanpa diperiksa kadar gula darah terlebih dahulu.</p> <p>6. Keluarga Tn. A khawatir jika sewaktu-waktu penyakit Ny. S memburuk dan menimbulkan komplikasi.</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. GDS pada tanggal 11 Maret 2020 pukul 10.00: 292 mg/dL pukul 15.00: 268 mg/dL</li> <li>2. TTV pada tanggal 11 Maret 2020 TD: 90/60 mmHg N: 118x/menit S: 37°C RR: 20x/menit</li> </ol>		
2.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny. S mengatakan luka di kaki kadang lembab.</li> <li>2. Ny. S mengatakan gatal-gatal di badan sudah banyak.</li> <li>3. Ny. S mengatakan terdapat bekas garukan di punggung Ny. S.</li> <li>4. Keluarga mengatakan tidak mengetahui secara rinci cara</li> </ol>	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.	Kerusakan integritas kulit.

	<p>perawatan luka yang benar.</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka lembab di kaki Ny. S dan ada sedikit nanah disebabkan karena adanya infeksi bakteri dan kuman serta akibat perawatan luka yang keliru dan kurangnya kesadaran diri untuk menjaga kebersihan luka.</li> <li>2. Terdapat bekas garukan di punggung Ny. S.</li> <li>3. Keluarga terlihat bingung saat menyebutkan urutan perawatan luka yang benar.</li> </ol>		
--	--	--	--

### 3.2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

#### A. Daftar Diagnosa Keperawatan Keluarga

- a. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

## B. Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan 1: ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny.S.

Tabel 3.4 Skoring Masalah Keperawatan Keluarga 1

No.	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah: a. Potensial (1) b. Resiko (2) c. Aktual (3)	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah terjadi dan apabila masalah tidak diatasi dapat menimbulkan komplikasi
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah: a. Mudah (2) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat diubah (0)	2	$1/2 \times 2 = 1$	Masalah dapat diubah tergantung peran aktif Ny. S dalam mematuhi terapi pengobatan dan diet.
3.	Potensial masalah untuk dicegah: a. Tinggi (3) b. Cukup (2) c. Rendah (1)	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Perlu kepatuhan dan waktu untuk mengubah kebiasaan hidup sehat.
4.	Menonjolnya masalah: a. Segera (2) b. Tidak segera (1) c. Tidak dirasakan (0)	1	$2/1 \times 1 = 2$	Keluarga menyadari pentingnya masalah untuk segera diatasi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan Ny.S
Skor total:			14/3	

Diagnosa keperawatan 2: kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Tabel 3.5 Skoring Masalah Keperawatan Keluarga 2

No.	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah: a. Aktual (3) b. Resiko (2) c. Potensial (1)	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah terjadi.
2.	Kemungkinan masalah untuk diubah: a. Mudah (2) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat diubah (0)	2	$1/2 \times 2 = 1$	Masalah bisa diubah dengan mengajarkan cara merawat anggota keluarga yang sakit dengan diet DM dan perawatan luka.
3.	Potensial masalah untuk dicegah: a. Tinggi (3) b. Cukup (2) c. Rendah (1)	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah dapat dicegah dengan mengajarkan cara merawat luka dan membawa Ny. S ke fasilitas kesehatan.
4.	Menonjolnya masalah: a. Segera (2) b. Tidak segera (1) c. Tidak dirasakan (0)	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga merasakan ada masalah tetapi belum bisa merawat anggota keluarga yang sakit.
Skor total:			11/3	

**C Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Tabel 3.6 Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga

No.	Prioritas diagnosa keperawatan keluarga	Skor
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.	14/3
2.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.	11/3

### 3.3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan Keluarga

No.	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny.S.	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 2 hari keluarga mampu mengenal dan memahami bagaimana perawatan DM.	1. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu mengenal masalah DM.	1. Keluarga mampu menyebutkan definisi DM dengan bahasa sendiri.  2. Keluarga mampu menyebutkan 6	1. Diabetes mellitus (DM) merupakan kondisi kadar gula darah sewaktu diatas 180 mg/dl dan gula darah puasa diatas 125 mg/dl.  2. Penyebab DM yaitu faktor	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang DM. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet. 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya. 4. Beri reinforcement positif.  1. Kaji pengetahuan keluarga tentang



				<p>dari 8 penyebab dari DM.</p> <p>3. Keluarga mampu menyebutkan 6 dari 8 tanda dan gejala DM.</p>	<p>genetik atau keturunan, pola makan yang tidak teratur, kurangnya aktifitas fisik atau olahraga, stress, obesitas atau kegemukan, obat-obatan dan infeksi.</p> <p>3. Tanda dan gejala DM yaitu sering kencing, sering haus, rasa gatal, mudah lelah, luka yang sulit sembuh atau infeksi pada kulit, pandangan kabur, dan kesemutan atau baal.</p>	<p>penyebab DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>4. Berikan reinforcement positif.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala DM.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk</p>
--	--	--	--	--	--	---

				<p>4. Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 7 cara pencegahan DM.</p>	<p>4. Pencegahan DM antara lain menerapkan pola hidup sehat terapkan pola makan yang baik dan sehat, jaga kondisi mental spiritual, melakukan aktifitas fisik secara rutin, jaga berat badan ideal, jauhi rokok, dan minuman alkohol serta konsumsi berbagai herbal yang dapat mencegah DM.</p>	<p>bertanya. 4. Berikan reinforcement positif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pencegahan DM.</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga tentang cara pencegahan DM dengan menggunakan lembar balik dan leaflet.</li> <li>3. Keluarga bersama perawat mengidentifikasi anggota keluarga yang mengalami DM.</li> <li>4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>5. Evaluasi kembali pengertian, penyebab, tanda dan gejala dan</li> </ol>
--	--	--	--	---	---	---

			<p>2. Setelah dilakukan kunjungan 1 x50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah DM.</p>	<p>6. Berikan pujian kepada keluarga atas jawaban yang benar.</p> <p>1. Kaji keputusan yang diambil keluarga.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari DM.</p> <p>3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil dalam menangani masalah DM.</p> <p>4. Evaluasi kembali yang tentang keputusan yang telah dibuat.</p> <p>5. Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga dalam mengatasi masalah DM pada pencegahan DM pada keluarga.</p>
--	--	--	---	--	--	---

			<p>3. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara mengatasi DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu memahami bagaimana perawatan DM dan mampu menyebutkan 3 dari 5 cara mengatasi masalah DM yaitu manajemen diet, aktivitas dan olahraga (senam DM dan senam kaki), pengobatan, manajemen stress, dan pemeriksaan berkala kadar gula darah.</p>	<p>keluarga.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan DM.</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan DM.</li> <li>3. Jelaskan dan demonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah DM.</li> <li>4. Evaluasi kembali tentang cara merawat dan mengatasi DM.</li> <li>5. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>6. Berikan pujian pada keluarga atas</li> </ol>
--	--	--	---	---	---	---

			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1x50 menit keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara lingkungan rumah misalnya menjaga ruangan rumah tidak licin terutama dapur dan kamar mandi, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah dan tidak meletakkan benda tajam di sembarang tempat.</p>	<p>jawaban yang benar.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga DM.</li> <li>2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan DM.</li> <li>3. Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit.</li> <li>4. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya.</li> <li>5. Berikan pujian pada keluarga.</li> </ol>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>5. Setelah dilakukan 1x50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan.</p>	<p>1. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah DM yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</p> <p>2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>3. Evaluasi kembali fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pada semua anggota keluarga.</p> <p>4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</p>
--	--	--	--	---	--	---

2.	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.	Setelah 3 hari keluarga memahami tentang pencegahan dan perawatan diabetes mellitus.	1. Setelah dilakukan edukasi selama 60 menit, keluarga mampu mengenal tentang perawatan luka.	1. Keluarga mampu melakukan tindakan perawatan luka.	1. Keluarga dapat mengetahui tata cara perawatan pada kerusakan jaringan integritas kulit. 1. Perawatan terhadap luka basah. 2. Sebelum bekerja cuci tangan dengan bersih di air yang mengalir. 3. Gunakan sarung tangan. 4. Bersihkan area luka dengan air hangat/NaCL dengan menggunakan kassa steril dan pinset). 5. Bersihkan dari kotoran yang menempel	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang perawatan luka. 2. Diskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka. 3. Jelaskan tata cara perawatan luka dan mendemonstrasikan 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka
----	---	--	---	--	---	--

			<p>2. Keluarga dapat menggunakan dan memanfaatkan</p>	<p>1. Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang</p>	<p>atau jaringan mati/nekrosis</p> <p>6. Setelah itu memberikan betadin kompres pada luka setelah itu di tutup pakai kassa steril dan dilakukan setiap hari sampai sembuh.</p> <p>7. Untuk luka garuk atau luka lecet cukup dibersihkan pakai desinfektan larutan betadin.</p>	<p>2. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan tersebut.</p>
--	--	--	---	--	--	--	--



			<p>fasilitas kesehatan untuk perawatan anggota keluarga dengan DM.</p>	<p>ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan.</p>	<p>melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</p>	<p>2. Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>3. Manfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga.</p> <p>4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.</p> <p>5. Jelaskan kembali tahapan-tahapan perawatan luka dan manfaatnya.</p>
			<p>3. Keluarga mampu mengambil keputusan.</p>	<p>1. Keluarga mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan.</p>	<p>1. Keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan perawatan luka dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.</p>	<p>1. Motivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam tindakan perawatan luka.</p> <p>2. Jelaskan kembali pentingnya kunjungan kesehatan ke fasilitas kesehatan guna perawatan dan pengobatan DM.</p>

			<p>4. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>1. Keluarga dapat merawat luka diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan cara perawatan luka.</p>	<p>1. Keluarga mampu memahami perawatan kerusakan jaringan pada DM.</p>	<p>3. Beri kesempatan untuk bertanya.            4. Beri pujian atas tindakan diambil.            5. Kolaborasi dengan dokter memberikan obat antibiotik.</p> <p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan kaki anggota keluarga dengan diabetes mellitus.            2. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan kaki dengan diabetes mellitus.            3. Jelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara perawatan kaki anggota keluarga dengan masalah diabetes mellitus.            4. Evaluasi kembali tentang cara perawatan</p>
--	--	--	---	--	---	--

			<p>5. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>1. Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu perawatan anggota keluarga dengan diabetes mellitus.</p>	<p>1. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarangan) menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar dari rumah</p>	<p>kaki.  5. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.  6. Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</p> <p>1. Kaji pengetahuan tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus.  2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus.  3. Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit.</p>
--	--	--	---	---	--	---

### 3.4. Implementasi Keperawatan Keluarga

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan Keluarga

Tanggal/pukul	No. diagnosa keperawatan keluarga	Implementasi keperawatan keluarga
12 Maret 2020 10.00	1.	<p>TUK 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang diabetes mellitus. → Keluarga tampak bingung saat dikaji tentang penyakit diabetes mellitus.</li> <li>b. Menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian diabetes mellitus. → Keluarga tampak sudah paham tentang pengertian diabetes mellitus.</li> <li>c. Menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab diabetes mellitus. → Keluarga tampak masih bingung.</li> <li>d. Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala diabetes mellitus. → Keluarga tampak sudah paham tentang tanda dan gejala diabetes mellitus.</li> <li>e. Menjelaskan kepada keluarga tentang pencegahan diabetes mellitus. → Keluarga tampak masih bingung.</li> </ul> <p>TUK 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membimbing dan memotivasi keluarga untuk berperan dalam menangani masalah diabetes mellitus. → Keluarga mengatakan termotivasi untuk merawat Ny. S agar terhindar dari komplikasi DM lebih lanjut</li> </ul> <p>TUK 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan dan</li> </ul>

		<p>mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah diabetes mellitus dengan cara manajemen diet, aktivitas, pengobatan, manajemen stress, pemeriksaan kadar gula darah.</p> <p>→ Keluarga tampak dapat menyebutkan cara mengatasi masalah diabetes mellitus.</p> <p>TUK 4:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat misalnya menjaga ruangan rumah tidak licin terutama dapur dan kamar mandi, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah, dan tidak meletakkan benda tajam sembarangan tempat.</p> <p>→ Keluarga tampak dapat menyebutkan bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk anggota keluarga.</p> <p>TUK 5:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>→ Keluarga tampak paham tentang pentingnya fasilitas kesehatan dan pemanfaatannya namun belum dapat datang ke fasilitas kesehatan karena sibuk bekerja.</p>
12 Maret 2020 11.00	2.	<p>TUK 1:</p> <p>a. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak bingung menyebutkan urutan perawatan luka yang benar.</p> <p>b. Mendiskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak bingung menyebutkan urutan perawatan luka yang benar.</p>

		<p>TUK 2:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga.</p> <p>→ Keluarga tampak paham tentang pentingnya fasilitas kesehatan dan pemanfaatannya namun belum dapat datang ke fasilitas kesehatan karena sibuk bekerja</p> <p>TUK 3:</p> <p>a. Memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak kurang termotivasi dan kurang bersemangat dalam melakukan perawatan luka.</p> <p>TUK 4:</p> <p>a. Membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga belum mampu untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri.</p> <p>TUK 5:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan aman untuk mencegah luka semakin parah pada Ny.S. misalnya dengan menganjurkan untuk menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah.</p> <p>→ Keluarga tampak sudah paham tentang bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk mencegah luka semakin parah.</p>
13 Maret 2020 18.00	1.	<p>TUK 1:</p> <p>a. Menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab diabetes mellitus.</p>

		<p>→ Keluarga tampak sudah paham tentang penyebab diabetes mellitus.</p> <p>b. Menjelaskan kepada keluarga tentang pencegahan diabetes mellitus.</p> <p>→ Keluarga tampak sudah paham tentang pencegahan diabetes mellitus.</p> <p>TUK 5:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga jenis fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</p> <p>→ Keluarga mengatakan sudah kontrol ke fasilitas kesehatan.</p>
13 Maret 2020 19.00	2.	<p>TUK 1:</p> <p>a. Mendiskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak sudah dapat menyebutkan paham urutan perawatan luka dengan benar.</p> <p>TUK 2:</p> <p>a. Mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga.</p> <p>→ Keluarga mengatakan sudah kontrol ke fasilitas kesehatan.</p> <p>TUK 3:</p> <p>a. Memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak kurang bersemangat dalam melakukan perawatan luka.</p> <p>TUK 4:</p> <p>a. Membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka</p> <p>→ Keluarga belum mampu untuk</p>

			mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri.
14 2020 15.00	Maret	2.	<p>TUK 3:</p> <p>a. Memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga tampak sudah bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>TUK 4:</p> <p>a. Membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka.</p> <p>→ Keluarga mengatakan sudah mampu untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri.</p>

### 3.5. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Tanggal/pukul	No. Diagnosa keperawatan keluarga	Evaluasi keperawatan keluarga
12 Maret 2020 10.00	1.	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan belum mengerti banyak tentang tentang penyakit diabetes mellitus.</li> <li>2. Keluarga Tn. A mengatakan sudah paham tentang pengertian, tanda gejala DM.</li> <li>3. Keluarga Tn. A mengatakan kurang paham mengenai penyebab dan pencegahan DM.</li> <li>4. Keluarga Tn. A mengatakan sudah paham pengaturan diet makanan serta penatalaksanaanya.</li> <li>5. Keluarga mengatakan sudah paham pemanfaatan fasilitas kesehatan namun belum bisa datang ke faskes karena sibuk berjualan.</li> <li>6. Keluarga mengatakan sudah paham</li> </ol>



		<p>memodifikasi lingkungan rumah untuk kenyamanan misalnya dengan cara menjaga agar lantai dapur dan kamar mandi tidak licin, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah dan menjaga lingkungan rumah bebas dari resiko benda tajam.</p> <p>7. Ny. S mengatakan sudah minum obat DM.</p> <p>8. Ny. S masih mengeluh banyak minum, kencing dan makan.</p> <p>9. Keluarga mengatakan termotivasi untuk merawat Ny. S agar terhindar dari komplikasi DM lebih lanjut.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga tampak bingung saat dikaji tentang penyakit diabetes mellitu</li> <li>2. Keluarga Tn. A terlihat dapat menjelaskan pengertian dan tanda gejala DM.</li> <li>3. Keluarga Tn. A kurang dapat menjelaskan dan terlihat bingung mengenai penyebab dan pencegahan DM.</li> <li>4. Terlihat menu makanan sudah rendah gula seperti sudah mengomsumsi nasi merah bukan nasi putih.</li> <li>5. Ny. S belum ada datang ke fasilitas kesehatan untuk cek kesehatan.</li> <li>6. Gula darah sewaktu: 254 mg/dL</li> </ol> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan kembali penyebab dan pencegahan DM.</li> <li>2. Menganjurkan Ny. S untuk kontrol kesehatan ke fasilitas kesehatan.</li> </ol>
12 Maret 2020 11.00	2.	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn. A belum mengerti sepenuhnya urutan cara</li> </ol>

		<p>membersihkan luka pada Ny. S.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluarga Tn. A belum membersihkan luka DM pada Ny. S.</li> <li>3. Ny. S mengatakan belum minum obat antibiotik.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn. A terlihat bingung saat ditanya mengenai cara perawatan luka DM.</li> <li>2. Terlihat luka Ny. S masih belum dibersihkan.</li> <li>3. Keluarga tampak paham tentang pentingnya fasilitas kesehatan dan pemanfaatannya namun belum dapat datang ke fasilitas kesehatan karena sibuk bekerja.</li> <li>4. Keluarga tampak kurang termotivasi dan kurang bersemangat dalam melakukan perawatan luka.</li> <li>5. Keluarga belum mampu untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri.</li> <li>6. Keluarga tampak sudah paham tentang bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk mencegah luka semakin parah.</li> </ol> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan dan pertahankan perawatan kerusakan jaringan kulit setiap hari.</li> <li>2. Mendemonstrasikan cara perawatan luka oleh keluarga.</li> <li>3. Menganjurkan Ny. S untuk minum obat antibiotik sesuai anjuran dokter.</li> </ol>
13 Maret 2020 18.00	1.	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn. A mengatakan sudah paham mengenai penyebab dan pencegahan DM.</li> <li>2. Ny. S mengatakan sudah ada datang dan kontrol ke fasilitas kesehatan</li> </ol>

		<p>untuk cek kesehatan.</p> <p>3. Ny. S mengatakan masih banyak makan, minum dan kencing.</p> <p>O: Gula darah sewaktu: 218 mg/dL. Terlihat ada hasil GDS dari puskesmas</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi dan edukasi keluarga untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selalu menjaga pengaturan makanan diet diabetes.</li> <li>2. Kontrol gula darah ke fasilitas kesehatan secara teratur.</li> <li>3. Mengingatkan keluarga untuk menjaga kenyamanan lingkungan agar tetap bersih dan mendapatkan sirkulasi udara.</li> </ol>
13 Maret 2020 20.00	2.	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn. A sudah mengerti sepenuhnya cara membersihkan luka pada Ny. S.</li> <li>2. Keluarga Tn. A sudah membersihkan luka DM pada Ny. S</li> <li>3. Ny. S mengatakan belum minum antibiotik.</li> <li>4. Ny. S mengatakan sudah ada kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan.</li> <li>5. Keluarga mengatakan belum mampu untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga Tn. A dapat menjawab saat ditanya mengenai urutan cara perawatan luka DM.</li> <li>2. Terlihat luka Ny. S masih sudah dibersihkan dan ditutup dengan kassa steril.</li> <li>3. Tetapi luka masih terlihat basah.</li> <li>4. Keluarga tampak kurang</li> </ol>

		<p>bersemangat dalam melakukan perawatan luka.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: 1. Lanjutkan dan pertahankan perawatan kerusakan jaringan kulit setiap hari. 2. Mendemonstrasikan cara perawatan luka oleh keluarga.</p>
14 Maret 2020 15.00	2.	<p>S: 1. Keluarga Tn. A mengatakan luka di kaki Ny. S sudah tiap hari dibersihkan, dibalut oleh kasa steril dan diberi kompres betadin dan merasa nyaman. 2. Ny. S mengatakan minum obat antibiotik tiap hari. 3. Keluarga mengatakan sudah mampu untuk mengambil keputusan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri</p> <p>O: 1. Tampak luka bersih dan kering serta tidak bengkak, luka jaringan kulit mulai ada perbaikan. 2. Tampak keluarga Tn. A dapat mendemonstrasikan perawatan luka dengan benar. 3. Keluarga tampak sudah bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka</p> <p>A: Masalah teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi dan menganjurkan keluarga untuk: 1. Melakukan tindakan perawatan luka sampai sehat oleh keluarga dengan mengutamakan kebersihan dan selalu cuci tangan. 2. Melakukan perawatan periodik ke</p>

		fasilitas kesehatan minimal sekali seminggu. 3. Intervensi selesai.
--	--	--

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

##### **4.1.1 Gambaran Kasus**

Kunjungan keluarga dilakukan pada keluarga bapak Tn. A dengan diabetes mellitus tipe II. Kunjungan dimulai pada tanggal 11 Maret 2020 sampai 14 Maret 2020. Kunjungan dilakukan 1 kali dalam sehari selama 4 hari dengan total 4 kali kunjungan. Lokasi pengkajian di RT 01 RW 09 Kelurahan Limbungan Kecamatan Rumbai Pesisir Kota Pekanbaru.

##### **4.1.2 Interpretasi Hasil Studi Kasus**

###### **A. Pengkajian Keperawatan Keluarga**

###### **a. Identifikasi Data**

Keluarga Tn. A merupakan salah satu keluarga yang tinggal di Jalan Piladang RT 01 RW 09 Limbungan Kota Pekanbaru. Dimana Tn. A sehari-harinya berprofesi sebagai buruh bangunan. Tn. A berusia 42 tahun memiliki istri berinsial Ny. S yang berusia 39 tahun yang berprofesi sebagai IRT dan pedagang. Mereka memiliki anak berjumlah 2 orang.

Keluarga Tn. A merupakan keluarga inti. Dimana keluarga Tn. A merupakan keluarga dengan suku Minang, beragama Islam dan memiliki pendapatan 2.000.000/bulan dari pekerjaan buruh bangunan sedangkan Ny. S bekerja sebagai pedagang gorengan dengan

penghasilan 850.000/bulan. Rekreasi yang dilakukan oleh keluarga Tn. A adalah mudik ke kampung pada saat Idul Fitri.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga Tn. A adalah tahap keluarga dengan anak usia sekolah dan tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah mempersiapkan biaya sekolah anak menuju jenjang sekolah yang lebih tinggi. Riwayat Ny. S pernah dirawat di rumah sakit sekitar 3 tahun yang lalu dengan keluhan lemas dan pusing. Setelah di cek GDS Ny. S ternyata GDS Ny.S 389 mg/dL. Sehingga Ny. S dirawat inap di rumah sakit selama 3 hari dan hingga saat ini Ny. S masih mengonsumsi obat DM yaitu metformin dan glimeperide tablet dan suntik insulin namun Ny. S mengaku tidak teratur minum obat dan jarang minum obat.

Ny. S memiliki 5 bersaudara terdiri dari 4 perempuan dan 1 laki-laki. Ny. S mempunyai penyakit DM yang merupakan penyakit keturunan dari bapak Ny. S yang kini telah meninggal. Selain Ny. S yang menderita DM, kakak perempuan Ny. S juga menderita DM.

c. Data Lingkungan

Rumah Tn. A adalah rumah permanen, lantai keramik dengan luas 20x15 m dengan atap menggunakan seng. Ada 3 kamar dalam rumah Tn. A, 1 kamar utama dan 2 lagi kamar anak-anak. Ada 1 dapur dan 1 kamar mandi. Ada jamban di dalam kamar mandi, dapur, gudang, dan ruang tamu. Saluran pembuangan dialirkan ke tempat pembuangan septi tank.

Ny. S mengikuti kegiatan arisan, wirid, maupun kerja bakti di lingkungan rumah. Hubungan bersama antar tetangga terjalin baik, saling menghormati dan kerukunan terjalin. Ny. S lahir di Padang Panjang dan dibesarkan di Padang Panjang namun semenjak menikah dengan Tn. A mereka pindah dan menetap di Pekanbaru sejak 2004 sampai sekarang.

Perkumpulan anggota keluarga biasanya dilaksanakan pada malam hari sewaktu makan malam. Dan kegiatan yang ada di lingkungannya juga sering keluarga Tn. A mengikutinya. Keluarga Tn. A kalau ada yang sakit, biasanya hanya dibelikan obat warung dan pilihannya. Sesekali dibawa ke puskesmas kalau tidak kunjung sembuh. Ny. S mengaku jarang memeriksakan penyakitnya ke pelayanan kesehatan.

d. Struktur Keluarga

Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Tn. A cukup baik dan terbuka di mana semua dibicarakan dan diselesaikan bersama. Antar anggota keluarga saling menghormati dan menghargai dan pengambilan keputusan berdasarkan keputusan bersama. Tn. A berperan sebagai kepala keluarga, suami dan pencari nafkah. Ny. S berperan sebagai ibu rumah tangga dan An. S dan An. J berperan sebagai anak. Keluarga Tn. A menerapkan nilai dan norma keluarga yang berlaku menurut ajaran agama Islam dan budaya yang berlaku dan aturan yang ada di masyarakat.

Keluarga Tn. A saling menyayangi dan saling peduli dan keluarga Tn. A mengatakan tidak ada masalah dengan tetangga maupun



masyarakat sekitar tempat tinggal keluarga Tn. A. Dalam perawatan keluarga Tn. A belum mampu mengenal penyakitnya secara keseluruhan dan belum bisa memutuskan tindakan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit ini terbukti dari hasil wawancara keluarga Tn. A hanya bisa menyebutkan penyakitnya saja dan tidak mampu menjelaskan secara rinci sebab dan akibat dari penyakit DM, serta dalam merawat anggota yang sakit. Keluarga Tn. A belum mampu merawat terbukti karena Ny. S masih mengeluh gatal-gatal dan ada luka di jari kaki yang tidak kunjung sembuh. Keluarga mengatakan tidak mengerti secara rinci cara perawatan luka dan keluarga terlihat bingung saat menyebutkan urutan perawatan luka yang benar.

Keluarga Tn. A kurang bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada terbukti tidak rutin memeriksakan kesehatannya secara teratur ke fasilitas kesehatan yang ada, hanya sebatas keluhan yang dianggap serius. Kondisi rumah Ny. S cukup bersih, pencahayaan cukup, namun lantai rumah bagian dapur Ny. S sering licin karena Ny. S sering menggoreng dagangannya di dapur dan jarang membersihkannya. Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, keluarga Tn. A menggunakan penghasilan yang diperoleh untuk kebutuhan.

e. Stress dan Koping Keluarga

Ny. S khawatir mengenai keluhan yang penyakit DM terutama gatal-gatal dan luka kecil di kaki yang tidak sembuh dan takut meluas. Stressor jangka panjang yang dihadapi Ny. S adalah takut komplikasi

dari diabetes yang akan mengganggu kesehatannya dan ekonomi keluarga.

Untuk mengatasi kekurangan ekonomi keluarga, Ny. S menjual gorengan dan untuk masalah kesehatan selain membeli obat dan kalau sakit berlanjut dibawa ke puskesmas. Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Tn. A dan keluarga tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah dan Ny. S juga menerima apapun yang terjadi pada dirinya terkait dirinya terkait penyakitnya, karena Ny. S yakin semua diatur oleh Allah SWT. Apabila banyak permasalahan yang dihadapi keluarga Tn. A akan minta bantuan keluarga terdekat.

f. Harapan Keluarga

Keluarga Tn. A berharap dengan adanya petugas kesehatan yang mengunjunginya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh Ny. S dan keluarga dalam menunjang peningkatan kesehatan keluarga.

g. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada keluarga Tn. A maka data yang didapat dianalisa guna mendapatkan gambaran dan masalah keperawatan yang ada pada keluarga Tn. A setelah masalah keperawatan didapat pada keluarga Tn. A.

**B. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Setelah analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka terdapat masalah diagnosa keperawatan keluarga yaitu:

- 1 Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.
- 2 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Setelah diagnosa keperawatan ditetapkan maka diprioritaskan berdasarkan sifat masalah, kemungkinan masalah untuk diubah, potensial masalah untuk dicegah, dan menonjolnya masalah dikalikan bobot nilai masing-masing kriteria.

### **C. Intervensi Keperawatan Keluarga**

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang dilengkapi dengan kriteria dan standar, untuk intervensi yang direncanakan dengan tujuan.

1. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan diabetes mellitus, diet diabetes mellitus, dan komplikasi diabetes mellitus dengan cara gali pengetahuan keluarga tentang diabetes mellitus, diet dan komplikasi diabetes mellitus dan melakukan penyuluhan diabetes mellitus, diet diabetes mellitus dan komplikasi diabetes mellitus.
2. Keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga.

3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes mellitus dengan cara mengingatkan untuk minum obat dan diskusi mengenai makanan untuk penderita diabetes mellitus dan demonstrasi tindakan perawatan luka.
4. Keluarga mampu menata lingkungan rumah dengan memodifikasi ventilasi, kebersihan serta penataan untuk kenyamanan anggota keluarga yang sakit seperti menjaga agar lantai rumah bagian dapur dan kamar mandi tidak licin, menganjurkan Ny. S untuk menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah, dan tidak meletakkan benda tajam di sembarangan tempat.
5. Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes mellitus.

#### **D. Implementasi Keperawatan Keluarga**

Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Dengan sasaran perubahan perilaku baik verbal, pengetahuan, sikap maupun tindakan/psikomotorik.

1. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Untuk diagnosa tersebut dilakukan 2 kali kunjungan. Dari tanggal 12 Maret 2020-13 Maret 2020. Adapun kegiatan pada saat kunjungan pertama adalah mengkaji pengetahuan keluarga tentang

diabetes mellitus, memberikan edukasi mengenai masalah diabetes mellitus dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan membimbing dan memotivasi keluarga untuk berperan dalam mengatasi masalah DM, dilanjutkan dengan menjelaskan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah DM dengan cara manajemen diet, aktivitas dan olahraga, pengobatan, manajemen stress, dan pemeriksaan kadar gula darah. Dilanjutkan dengan mendiskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat misalnya menjaga ruangan rumah tidak licin terutama dapur dan kamar mandi, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah, dan tidak meletakkan benda tajam sembarangan tempat. Dilanjutkan kemudian mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

Dan pada saat kunjungan kedua dilakukan kembali implementasi keperawatan yang belum dapat dimengerti atau dilakukan oleh keluarga yaitu: menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab dan pencegahan DM, kemudian mendiskusikan bersama keluarga jenis fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Untuk diagnosa tersebut dilakukan 3 kali kunjungan ke rumah dari tanggal 12-14 Maret 2020. Adapun kegiatan pada implementasi pada kunjungan pertama adalah: menggali pengetahuan keluarga tentang perawatan luka dan mendiskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka. Dilanjutkan dengan mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga. Dilanjutkan memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka. Kemudian dilanjutkan untuk membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka. Kemudian mendiskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman untuk mencegah luka semakin parah pada Ny. S.

Adapun implementasi pada hari kedua pada diagnosa keperawatan ini adalah: mendiskusikan ulang dengan keluarga tata cara perawatan luka, mendiskusikan ulang bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga, memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka, membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka.

Adapun implementasi pada hari ketiga adalah memotivasi kembali keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan

tindakan perawatan luka, membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka.

#### **E. Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan intervensi keperawatan. Evaluasi untuk diagnosa keperawatan sesuai TUK, yaitu:

1. Keluarga mampu mengenal masalah diabetes mellitus, diet diabetes mellitus dan komplikasi diabetes mellitus.
2. Keluarga sudah mampu membuat keputusan terkait masalah kesehatan.
3. Keluarga sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Keluarga sudah mampu menata lingkungan untuk kenyamanan anggota keluarga yang sakit.
5. Keluarga sudah mampu memahami pemanfaatan fasilitas kesehatan.

#### **4.2 Pembahasan Kasus**

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan pada Ny.S dengan diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru tanggal 11-14 Maret 2020, maka dalam hal ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam membahas asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan lima tahapan proses keperawatan

yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan Keluarga**

Saat dilakukan pengkajian, Ny. S mengeluhkan sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki, susah tidur pada malam hari dan gatal pada ekstremitas, serta ada luka di jari kaki klien. Keluhan yang disampaikan oleh Ny. S tersebut sesuai dengan teori, bahwa diabetes mellitus memiliki gejala antara lain rasa haus yang berlebihan (*polidipsi*), sering kencing (*poliuri*) terutama malam hari, sering merasa lapar (*polifagi*), berat badan turun, keluhan lemah, kesemutan pada tangan, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, luka sulit sembuh.

Hasil pengkajian pada Ny. S berumur 39 tahun merupakan ibu rumah tangga yang didiagnosa diabetes mellitus tipe II sekitar 3 tahun yang lalu. Diabetes mellitus tipe II yang terjadi pada Ny. S disebabkan selain faktor keturunan yaitu orang tua laki-laki dan saudara perempuannya mengalami diabetes mellitus tipe II ditambah faktor gaya hidup yang tidak sehat sering mengkonsumsi makanan yang tinggi gula dan mengkonsumsi kopi. Ny.S mendapatkan terapi obat oral yang minum sebelum dan sesudah makan namun tidak sering dikonsumsi karena klien sering lupa.

Ny. S menderita diabetes mellitus tipe II sudah 3 tahun yang lalu, jika dilihat dari lamanya menderita diabetes mellitus tipe II, pengalaman dalam melakukan manajemen dalam menghadapi penyakit, seharusnya



Ny. S sudah lebih banyak pengalaman akan tetapi sesuai hasil pengkajian tingkat kepatuhan minum obat dan manajemen perawatan diri masih jauh dari yang diharapkan ditambah jarang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat sehingga penyakit DM tipe II pada Ny. S semakin rumit.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Berdasarkan data pengkajian keperawatan tersebut terdapat 2 diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien yang sesuai dengan teori yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S, dan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Dimana ditunjukkan oleh data-data berikut:

##### **1. Diagnosa keperawatan yang muncul**

Berdasarkan pengkajian yang diperoleh penulis menegakkan diagnosa keperawatan pertama yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Penulis menegakkan diagnosa keperawatan ini didukung oleh data subjektif yaitu: Ny. S mengatakan jarang mengontrol gula darah ke fasilitas kesehatan, keluarga mengatakan Ny. S mengatakan mengeluh banyak minum, banyak makan dan kencing dalam sehari lebih dari 6 kali disertai lemas, keluarga mengatakan Ny. S sering mengkonsumsi

makanan tinggi gula seperti nasi putih, gorengan dan minum kopi, Ny. S tidak diingatkan oleh keluarga untuk minum obat. Ny. S mengatakan menginjeksi insulin tanpa diperiksa kadar gula darah terlebih dahulu. Keluarga Tn. A mengatakan khawatir jika sewaktu-waktu penyakit Ny. S memburuk dan menimbulkan komplikasi yang kronis dan berlanjut. Adapun data objektifnya adalah: GDS pukul 10.00: 292 mg/dL, GDS pukul 15.00: 268 mg/dL, TD: 90/60 mmHg, N: 118x/menit, S: 37.3°C, RR: 20x/menit.

Diagnosa keperawatan kedua yang penulis temukan pada keluarga adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Adapun data subjektifnya yaitu: Ny. S mengatakan luka di kaki kadang lembab. Ny. S mengatakan gatal-gatal di badan sudah banyak, Ny. S mengatakan terdapat bekas garukan di punggung Ny. S, keluarga mengatakan tidak mengerti secara rinci cara perawatan luka yang benar. Sedangkan data objektifnya: terdapat luka lembab di kaki Ny. S dan ada sedikit nanah, dan terdapat bekas garukan di punggung Ny. S. Serta keluarga terlihat bingung saat menyebutkan urutan perawatan luka yang benar.

## 2. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul

Dalam kasus ini, penulis tidak memunculkan beberapa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan pustaka dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnosa keperawatan untuk dimunculkan. Diagnosa

keperawatan yang tidak muncul dalam kasus ini adalah: gangguan rasa nyaman, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko syok hipovolemik, dan resiko komplikasi.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan Keluarga**

Menurut UU Keperawatan No. 38 tahun 2014 perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada klien. Adapun intervensi yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan keluarga pada Ny. S yaitu sebagai berikut:

- a. Diagnosa keperawatan I: ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Direncanakan sesuai dengan fungsi perawatan keluarga yaitu: TUK 1 gali pengetahuan keluarga tentang diabetes mellitus dan memberikan penjelasan kepada keluarga tentang pengertian, penyebab, gejala, cara pencegahan dan pengelolaan diet makanan, dan melakukan diskusi dan edukasi mengenai diabetes mellitus dengan menggunakan lembar leaflet. TUK 2 bimbing dan motivasi keluarga untuk berperan dalam menangani masalah DM. TUK 3 jelaskan dan demonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah DM dengan cara manajemen diet, aktivitas, dan olahraga, pengobatan, manajemen stress, pemeriksaan kadar gula darah. TUK 4 diskusikan bersama keluarga bagaimana

lingkungan yang nyaman dan sehat misalnya menjaga agar lantai dapur dan kamar mandi tidak licin dan basah, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah, tidak meletakkan benda tajam di sembarangan tempat. TUK 5 diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya memberikan pujian atas tindakan yang dilakukan.

- b. Diagnosa keperawatan II: yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. TUK 1 kaji pengetahuan keluarga tentang perawatan luka dan tata cara perawatan luka. TUK 2 diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan manfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga. TUK 3 motivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka. TUK 4 bimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan perawatan luka. Kemudian TUK 5 diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman untuk mencegah luka semakin parah pada Ny. S.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan Keluarga**

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya

(NANDA, 2012). Berdasarkan hal tersebut, penulis mengelola klien dan keluarga dalam implementasi dengan masing-masing diagnosa. Dan implementasi disesuaikan juga dengan tinjauan teori. Adapun implementasinya berkaitan dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S, dan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan pada tanggal 12-13 Maret 2020. Selama 2x24 jam penulis melakukan implementasi dengan tujuan agar keluarga dapat mengenal masalah klien, membuat keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, menggunakan fasilitas kesehatan, dan memodifikasi lingkungan. Untuk diagnosa pertama ini, penulis mengajarkan mengenal penyakit DM dengan cara memberikan penyuluhan mengenai DM, membimbing dan memotivasi keluarga untuk berperan dalam menangani masalah DM, menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah DM dengan cara manajemen diet, aktivitas, olahraga, pengobatan, manajemen stress, pemeriksaan kadar gula darah, mendiskusikan bersama keluarga memodifikasi

lingkungan yang nyaman bagi pasien seperti menjaga lantai rumah tetap kering agar terhindari dari jatuh atau cedera dan tidak meletakkan benda tajam di sembarangan tempat, dan mendiskusikan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan pengobatan

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Implementasi dari diagnosa ini dilakukan dari tanggal 12-14 Maret 2020. Implementasi ini dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan, adapun tindakan yang penulis lakukan dalam hal ini yaitu menggali pengetahuan keluarga tentang perawatan luka, mendiskusikan dengan keluarga tata cara perawatan luka, mendiskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan memanfaatkan fasilitas pada semua anggota keluarga, memotivasi keluarga agar lebih bersemangat dalam melakukan tindakan perawatan luka., membimbing keluarga untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan luka, mendiskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan yang nyaman dan aman untuk mencegah luka semakin parah pada Ny.S. misalnya dengan menganjurkan untuk menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah.

Selama melakukan asuhan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan asuhan keperawatan

dikarenakan keluarga cukup kooperatif dan menerima kehadiran penulis.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga**

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Sudiharto, 2012)

- a. Evaluasi terhadap diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Pada diagnosa ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan pustaka yang ada dan dilakukan semaksimal mungkin dengan tujuan keluarga mampu mengenal dan merawat bagaimana perawatan DM. Saat dievaluasi keluarga mengatakan sudah paham mengenai masalah diabetes mellitus, keluarga dapat menyebutkan makanan yang harus dikurangi, dianjurkan, obat apa saja yang bisa dikonsumsi untuk mengatasi DM. Keluarga dapat membuat keputusan mengenai diet yang harus diberikan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, serta apa saja keuntungan dari

pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan keluarga. Dalam hal ini sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan oleh penulis yaitu keluarga dapat memahami bagaimana perawatan anggota keluarga dengan DM, namun ketidakstabilan kadar gula darah Ny. S belum stabil sehingga penulis memberikan edukasi kepada keluarga untuk selalu menjaga pengaturan makanan diet diabetes dan kontrol gula darah ke fasilitas kesehatan secara teratur, dan mengingatkan keluarga untuk menjaga kenyamanan lingkungan agar tetap bersih terutama kamar mandi dan dapur supaya tidak licin, menggunakan alas kaki saat berjalan ke luar rumah dan tidak meletakkan benda tajam di sembarangan tempat serta ruangan rumah mendapatkan sirkulasi udara.

- b. Evaluasi terhadap diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S. Saat dilakukan evaluasi, keluarga mampu merawat luka akibat kerusakan integritas kulit serta mampu merawat luka dalam hal pergantian perban dan pemberian obat-obatan sesuai jadwal serta mampu membuat keputusan. Serta dapat menyebutkan manfaat dari fasilitas kesehatan. Dalam hal ini sesuai dengan tujuan yang penulis harapkan yaitu keluarga



mampu melakukan perawatan kerusakan integritas jaringan secara tepat dan klien mampu menjelaskan prosedur perawatan luka yang sudah dijelaskan dengan benar. Namun dalam hal ini masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi karena luka klien belum sembuh. Karena itu perawatan luka untuk Ny. S dilanjutkan oleh keluarga di rumah.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan penulis pada keluarga dengan diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru, maka penulis memberikan kesimpulan serta saran untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan.

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Ny. S dengan diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

##### **1. Pengkajian Keperawatan Keluarga**

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data bahwa Ny. S mengeluhkan sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki, susah tidur pada malam hari dan gatal pada ekstremitas, serta ada luka di jari kaki klien. Keluhan yang disampaikan oleh Ny. S sesuai dengan teori tanda dan gejala diabetes mellitus.

Dalam pengkajian juga didapat Ny. S menderita diabetes mellitus tipe II sudah tiga tahun yang lalu akan tetapi Ny. S tidak bisa melakukan manajemen kesehatan diri sehingga terjadi komplikasi, ini dikarenakan Ny. S jarang memeriksakan kesehatan di fasilitas kesehatan disebabkan kesibukan Ny. S yang sehari-harinya menjual gorengan.

Di samping itu, anggota keluarga yang lain juga mengatakan bahwa mereka jarang mengingatkan Ny. S untuk meminum obat DM dan Ny. S pun sering lupa untuk meminum obat DM sehingga menimbulkan Ny. S mengalami komplikasi berkelanjutan jika tidak segera ditangani.

## 2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan yang penulis yang ada pada Ny. S dalam asuhan keperawatan keluarga pada Tn. A adalah: ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S, dan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S.

## 3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Intervensi yang direncanakan dirumuskan berdasarkan diagnosa keperawatan yang didapatkan dari keluarga sesuai dengan lima fungsi perawatan kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

## 4. Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi untuk diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada

Ny. S, dilakukan 2 kali kunjungan di mulai dari tanggal 12-13 Maret 2020. Implementasi untuk diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus tipe II pada Ny. S dilakukan 3 kali kunjungan. Implementasi dilakukan dalam bentuk pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus, diskusi tentang perawatan anggota keluarga yang sakit DM dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan serta demonstrasi perawatan luka DM.

#### 5. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi dilakukan dalam bentuk SOAP. Dan selama penulis melakukan asuhan keperawatan keluarga penulis mengevaluasi bahwa secara keseluruhan keluarga telah mampu untuk mengenal penyakit DM, merawat anggota keluarga dengan DM dengan pengaturan menu diet DM dan perawatan luka DM, memutuskan tindakan yang tepat, menggunakan fasilitas kesehatan, dan memodifikasi lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga terutama pada anggota keluarga yang sakit.

#### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang bisa penulis berikan yaitu:

##### 1. Bagi Penderita Diabetes Mellitus

Sebaiknya penderita diabetes mellitus lebih aktif dalam meningkatkan pengendalian gula darah dengan mematuhi diet yang

ditetapkan oleh tenaga kesehatan, menjalani pengobatan dengan baik dan memeriksakan kadar gula darah sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan.

#### 2. Bagi Keluarga Penderita Diabetes Mellitus

Sebaiknya keluarga harus dapat meningkatkan komunikasi dengan penderita diabetes mellitus tipe II misalnya dengan meluangkan waktu untuk berdiskusi dengan penderita sehingga motivasi penderita untuk menjalankan pelaksanaan diabetes mellitus meningkat yang pada akhirnya dapat meningkatkan pengendalian gula darah.

#### 3. Bagi Petugas Kesehatan

Sebaiknya tenaga kesehatan meningkatkan pelayanan bagi penderita diabetes mellitus tipe II dengan aktif memberikan penyuluhan tentang penatalaksanaan penyakit diabetes mellitus tipe II melalui kegiatan yang sudah ada di masyarakat.

#### 4. Bagi Penulis Selanjutnya

Disarankan untuk penulis selanjutnya agar dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang optimal dan komprehensif serta bertanggung jawab kepada klien dan keluarga.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Achjar, Komang Ayu Henny. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Denpasar: Sagung Seto.
- Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Ponorogo: Graha Ilmu.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 Laporan Nasional 2018*, (Online). (<http://www.depkes.go.id>, diakses pada 27 Januari 2020).
- Bakri, Maria H. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Brunner & Sudarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol 2 Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. 2016. *Profil Kesehatan Kota Pekanbaru Tahun 2016*,(Online).(<http://www.depkes.go.id/profil-kota-Pekanbaru-2016/> diakses 24 Maret 2020).
- Imelda, Sonta. 2018. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Diabetes Mellitus di Puskesmas Harapan Raya Tahun 2018. *Jurnal Akademi Kebidanan Dharma Husada Pekanbaru* (Online) Volume 8, No. 2 (<https://media.neliti.com>, diakses 24 Maret 2020).
- Izati, Zikra. 2017. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang. *Karya Tulis Ilmiah*. Padang: Politeknik Kesehatan Padang.
- LeMone, Priscilla, dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Intergumen, Gangguan Endokrin, dan Gangguan Gastrointestinal Vol 2 Edisi 5*. Terjemahan oleh, Bhetsy Angelina, et al. 2015. Jakarta: EGC.
- Oetari, R.A. 2019. *Khasiat Obat Tradisional Sebagai Antioksidan Diabetes*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Padila. 2019. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmawati, Fuji. 2018. Upaya Meningkatkan Dukungan Keluarga Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Dalam Menjalankan Terapi Melalui Telenursing. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, (Online), Volume 5, No. 2 (<https://ejournal.unsri.ac.id>, diakses pada 19 Februari 2020)
- Sudiharto. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.

Tandra, Hans. 2018. *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

TH, M.Clevo Rendy Margaret. 2019. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.





## Lampiran 2 Formulir Kesiediaan Pembimbing 2

Lampiran 2: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

**FORMULIR  
KESEDIAAN PEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Hj. Ruserina, SPd, S.Kep M.Kes
2. NIP : 196504241908032002
3. Pangkat/golongan : Lektor Kepala / IVA
4. Jabatan : Ka. Jurusan Keperawatan
5. Asal institusi : Poltekkes Kemdikar Riau
6. Pendidikan terakhir : S2
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Jasa Blok B No 4
  - b) Telp/Hp : 0852 7171 9487
  - c) Alamat kantor : Jl. Melur 103 Pekanbaru.
  - d) Telp kantor : 0761 36581

Menyatakan (bersedia/~~tidak bersedia~~) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

Nama : Renske Simamora

NIM : 2031714401064

Dengan Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus Tipe II di wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pekanbaru.

\*) coret yang tidak dipilih:

Pekanbaru, 20 Januari 2020

(Hj. Ruserina SPd M.Kes  
NIP : 196504241908032002

## Lampiran 3 Formulir Penentuan Judul KTI

Lampiran 1: Contoh Formulir Penentuan Judul Karya Tulis Ilmiah

**FORMULIR  
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa RENIKA SIMAMORA  
 NIM 2031714401064  
 Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

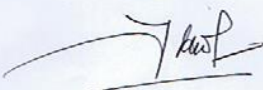
No	Bidang/departemen	Judul
1	Keperawatan Keluarga	Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kumbai
2	Keperawatan Keluarga	Asuhan Keperawatan Keluarga dengan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Payung Sekaki
3	Keperawatan Keluarga	Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Kumbai

Usulan nama pembimbing:  
 1. Idayanti S.Pd. M.Kes  
 2. Hj. Rusherina S.Pd S.Kep M.Kep

Hari/Tanggal Pengumpulan.....  
 Pukul : .....


Judul KTI yang disetujui: 3

Mengetahui:  
 Kaprodi .....



(IDAYANTI S.Pd. M.Kes)  
 NIP. 196910221994032002 NIP

Pekanbaru, 20-01-2020  
 Koordinator MK KTI  
 Program Studi .....



(IDAYANTI S.Pd. M.Kes)  
 196910221994032002

## Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

163

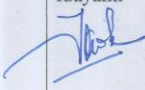
## Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing 1





**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : RENIKA SIMAMORA

NIM : P031714401064

Nama Pembimbing : IDAYANTI, S.Pd, M.Kes

N O	TANGG AL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	8 April 2020	BAB 1  BAB 2  BAB 3	<p>a. Tambahkan kata “penulisan” pada tujuan penulisan sesuai saran Penguji 2.</p> <p>b. Ganti penggunaan simbol menjadi angka pada intervensi keperawatan.</p> <p>c. Hapus penggunaan kata-kata redaksi penulisan yg mubazir pada riwayat perkembangan keluarga.</p> <p>d. Pada tabel pemeriksaan fisik tulisan di dalamnya satu spasi.</p> <p>e. Perbaiki analisa data, tidak ditemukan bahwa pasien terpapar pengetahuan</p> <p>f. Perbaiki diagnosa keperawatan no 2 belum sesuai, karena data belum mendukung.</p> <p>g. Tuliskan hasil dari penggalan pengetahuan klien pada tabel implementasi TUK 1</p> <p>h. Tuliskan demonstrasi cara mengatasi DM pada tabel implementasi TUK 3.</p> <p>i. Sinkronkan TUK 5 dengan TUK 3&amp;4.</p> <p>j. Jelaskan lingkungan yang nyaman seperti apa pada TUK 4 dan faskes seperti apa pada TUK 5.</p>	Idayanti 

			<p>k. Jelaskan tujuan perawatan kaki pada diagnosa kep kerusakan integritas kulit.</p> <p>l. Tinjau kembali data subjektif dan objektif pada diagnosa keperawatan.</p>	
2	10 April 2020	BAB 1  BAB 3	<p>a. Tinjau kembali tujuan penulisan apakah sudah direvisi dan diketahui oleh Penguji 2.</p> <p>b. Penulisan data atau kalimat dalam tabel 1 spasi saja.</p> <p>c. Pada tabel pemeriksaan fisik data integument ditambah</p> <p>d. DP no 1 diganti etiologinya, karena DO dan DSnya mendukung</p> <p>e. DO pada DP2 sesuai utk DP 3</p>	<p> Idayanti</p>
3	12 April 2020	Kata pengantar  BAB 3	<p>a. Pada kata pengantar sebaiknya no 7 dan 8 disatukan saja</p> <p>b. Perbaiki tabel pemeriksaan fisik dan beri spasi pada tabel</p>	<p> Idayanti</p>
4	16 April 2020	Abstrak	<p>a. Jumlah kata &lt;200 kata lihat kembali panduan penulisan KTI.</p> <p>b. Sesuaikan dengan panduan komponen abstrak seperti latar belakang, tujuan, metode, hasil, kesimpulan dan saran.</p>	<p>Idayanti </p>
5	17 April 2020	BAB 1 s/d BAB 5 dll	ACC untuk mengikuti ujian seminar hasil KTI	<p>Idayanti </p>

## LEMBAR KONSULTASI

### Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

165

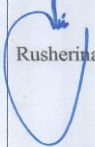
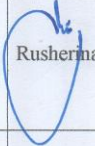
Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

#### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : RENIKA SIMAMORA

NIM : P031714401064

Nama Pembimbing : Hj. RUSHERINA, S.Pd, S.Kep, M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	14 April 2020	Perbaiki tulisan yang masih menggantung judulnya dihalaman sebelumnya/ enter kan saja kalimat yang menggantung	Setiap kalimat harus ada anak kalimatnya, jangan menetik kalimat utama sedangkan anak kalimatnya di halaman lain	 Ruserina
2	15 April 2020	Acc untuk ujian seminar hasil		 Ruserina

## Lampiran 6 Lembar Revisi Penguji 2

## LEMBAR REVISI

Nama : Renika Simamora  
 NIM : 202114401064

NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
	Daftar isi	2.18 Pem dx , 211 peran kom .
	Tabel vii	rencana askep
	viii	skema
	2	Tambahkan data DM tipe II dan pengelasa DM tipe II
	3.	Data profil Kes Dinker + Puskesmas rumbai ?
	4.	Tambahkan "?" pada rumusan masalah . "Tujuan Penulisan" sebaiknya "mahasiswa" dihilangkan Tujuan No 6 dihapus saja . Bahasa LTA ganti KT
	7- dst	cara pengutipan dan daftar pustaka  Diagnosa mohon disinkronkan dg teori = pathway. Tabel harus terbuka

Pekanbaru, 18 Februari 2020

Sebelum direvisi,

  
 (Syarif Muri)

Pekanbaru, 25 Februari 2020


Sudah direvisi,

  
 (Syarif Muri)

## Lampiran 7 Leaflet Penyakit Diabetes Mellitus

**MENGENAL PENYAKIT  
DIABETES MELLITUS ATAU DM**

**OLEH: RENIKA SIMAMORA  
PRODI : DIII KEPERAWATAN**



**POLITEKNIK KESEHATAN  
RIAU  
TAHUN 2020**

**PENGERTIAN DM**

Adalah kondisi gula darah sewaktu di atas 180 mg/dl dan gula darah puasa diatas 125 mg/dl

**TANDA DAN GEJALA DM**



Sering kencing, sering haus, rasa gatal, mudah lelah, luka yang sulit sembuh atau infeksi pada kulit, pandangan kabur, dan kesemutan atau baal.

**PENYEBAB DM**

1. Faktor genetik atau keturunan
2. Pola makan yang tidak teratur
3. Kurangnya aktifitas fisik atau olahraga,
4. Stress,
5. Obesitas atau kegemukan,
6. Obat-obatan dan infeksi.


**PENCEGAHAN DM**

1. Menerapkan pola hidup sehat
2. Terapkan pola makan yang baik dan sehat
3. Melakukan aktifitas fisik secara rutin
4. Jaga berat badan ideal,
5. Jauhi rokok, dan minuman alkohol serta
6. Konsumsi berbagai herbal yang dapat mencegah DM.

**CARA MENGATASI  
MASALAH DM**


1. Manajemen diet
2. Aktivitas dan olahraga
3. Pengobatan
4. Manajemen stress
5. Pemeriksaan kadar gula darah



JENIS-JENIS MAKANAN DIET DIABETIS

**KOMPLIKASI DM**

Adalah gabungan atau hadirnya penyakit baru yang bersarang dalam tubuh sebagai tambahan dari penyakit diabetes mellitus yang sebelumnya sudah ada dan biasanya disebabkan oleh penanganan yang lambat.




**MACAM-MACAM  
KOMPLIKASI DM**

1. Penyakit jantung
2. Penyakit ginjal
3. Penyakit mata
4. Penyakit saraf

**CARA PENCEGAHAN DAN  
PENGENDALIAN DIABETES  
MELLITUS**

1. Kontrol Gula Darah
2. Kontrol Tekanan Darah
3. Kontrol Kolesterol



Lampiran 8 Dokumentasi Foto





## Lampiran 9 SOP Pemeriksaan GDS dan Tanda-Tanda Vital

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu	
Pengertian	Adalah salah satu tes yang dilakukan untuk mengetahui toleransi seseorang terhadap glukosa.
Tujuan	Sebagai bahan rujukan untuk menegakkan diagnosis DM secara pasti.
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat periksa gula darah digital (glukometer).</li> <li>2. Gluko test strip.</li> <li>3. Lanset dan alat pendorongnya (<i>Lancing device</i>).</li> <li>4. Swab alkohol 70%.</li> <li>5. Sarung tangan.</li> <li>6. Bengkok/tempat sampah.</li> <li>7. Lembar hasil periksa dan alat tulis.</li> </ol>
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan identitas klien.</li> <li>2. Kaji kondisi klien.</li> <li>3. Beritahu dan jelaskan pada klien atau keluarganya tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>4. Jaga privasi klien.</li> </ol>
Prosedur Pelaksanaan	<p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, panggil dengan namanya.</li> <li>2. Perkenalkan nama perawat.</li> <li>3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga.</li> </ol> <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan pada klien untuk bertanya atau melakukan sesuatu sebelum kegiatan dilakukan.</li> <li>2. Menanyakan keluhan utama klien.</li> <li>3. Atur posisi yang nyaman bagi klien.</li> <li>4. Masukkan glukostrip ke dalam glukometer.</li> <li>5. Masukkan lanset ke dalam <i>lancet device</i>.</li> <li>6. Gunakan sarung tangan.</li> <li>7. Bersihkan ujung jari klien yang akan ditusuk lanset dengan alkohol swab.</li> <li>8. Letakkan <i>lancet device</i> di ujung jari klien, dan tekan <i>lancet device</i> seperti menekan pena.</li> <li>9. Masukkan darah yang keluar ke dalam glukostrip dan harus searah.</li> <li>10. Tunggu hingga hasil keluar.</li> <li>11. Sampaikan hasil GDS pada klien.</li> <li>12. Lepaskan sarung tangan dan buang ke tempat sampah.</li> </ol>

	<p>13. Posisikan klien ke dalam posisi yang nyaman.</p> <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tindakan yang dilakukan.</li> <li>2. Berpamitan dengan klien.</li> <li>3. Bereskan alat-alat yang digunakan.</li> <li>4. Cuci tangan.</li> <li>5. Catat hasil dalam lembar kerja.</li> </ol>
--	--

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital	
Pengertian	Tanda-tanda vital adalah ukuran dari berbagai fisiologi statistik, sering diambil oleh profesional kesehatan dalam menilai fungsi tubuh yang paling dasar.
Tujuan	Untuk melakukan pengkajian/pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilaksanakan oleh perawat digunakan untuk memantau perkembangan pasien.
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Termometer.</li> <li>2. Botol berisi sabun dan desinfektan.</li> <li>3. Bengkok</li> <li>4. Tissue</li> <li>5. Jam tangan berdetik.</li> <li>6. Tensimeter</li> <li>7. Stetoskop</li> <li>8. Pena dan buku catatan.</li> <li>9. Sarung tangan</li> </ol>
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi tentang tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>2. Menyiapkan pasien dalam keadaan istirahat/relaks.</li> <li>3. Menyiapkan lingkungan yang aman dan nyaman.</li> <li>4. Jaga privasi pada klien.</li> </ol>

Prosedur pelaksanaan	<p>Mengukur suhu aksila</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan.</li> <li>2. Membawa alat-alat ke dekat pasien.</li> <li>3. Menjelaskan prosedur kepada pasien.</li> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.</li> <li>5. Minta pasien membuka lengan baju.</li> <li>6. Bila ketiak basah keringkan dengan tisu.</li> <li>7. Ambil termometer dari tempatnya (bila termometer dilarutan desinfektan ambil dan bersihkan dengan tisu dari pangkal ke reservoir dengan arah memutar kemudian masukkan ke air bersih dan bersihkan dengan tisu).</li> <li>8. Cek termometer pastikan suhunya dibawah 35°C.</li> <li>9. Letakkan termometer tepat pada lengan aksila pasien, lengan pasien fleksi di atas dada.</li> <li>10. Tunggu sampai 5—10 menit kemudian angkat, bersihkan dan baca hasilnya.</li> <li>11. Menginformasikan hasil pemeriksaan ke pasien.</li> <li>12. Merapikan kembali pakaian pasien dan membantu ke posisi yang nyaman.</li> <li>13. Masukkan dalam larutan sabun bersihkan dengan tisu dari pangkal ke reservoir dengan gerakan sirkuler, masukkan ke larutan desinfektan bersihkan dengan tisu kemudian masukkan ke air bersih dan bersihkan dengan tisu dari pangkal ke reservoir dengan gerakan sirkuler.</li> <li>14. Mencuci tangan.</li> <li>15. Mencatat hasil pemeriksaan suhu pada buku catatan.</li> </ol> <p>Mengukur nadi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan.</li> <li>2. Membawa alat-alat ke dekat pasien.</li> <li>3. Menjelaskan prosedur kepada pasien.</li> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.</li> <li>5. Meraba/menentukan letak arteri denyut nadi yang akan dihitung.</li> <li>6. Bila denyut nadi sudah teraba teratur, pegang jam tangan dengan penunjuk detik pada tangan yang lain.</li> <li>7. Menghitung denyut nadi selama ¼ menit (bila teratur) dikalikan 4, jika nadi tidak teratur dihitung selama 1 menit penuh.</li> <li>8. Merapikan pasien kembali dan membantu ke posisi yang nyaman.</li> <li>9. Mencuci tangan dan mencatat hasil pengukuran nadi pada buku.</li> </ol> <p>Mengukur pernapasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan.</li> <li>2. Membawa alat-alat ke dekat pasien.</li> <li>3. Menjelaskan prosedur kepada pasien.</li> </ol>
----------------------	---

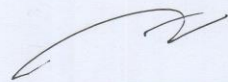
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.</li> <li>5. Mengobservasi satu siklus pernapasan lengkap kemudian mulai menghitung frekuensi pernapasan dan memperhatikan kedalaman, irama serta karakter pernapasan selama 30 detik hasilnya dikalikan 2 bila pernapasan teratur. Bila tidak teratur, pernapasan dihitung selama 1 menit.</li> <li>6. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin dan mencuci tangan.</li> <li>7. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien.</li> </ol> <p>Mengukur tekanan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan.</li> <li>2. Membawa alat-alat ke dekat pasien.</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pada pasien.</li> <li>4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin. Meminta/membantu pasien menggulung/membuka lengan baju yang akan diperiksa.</li> <li>5. Meraba arteri brakialis dengan jari tengah dan telunjuk.</li> <li>6. Memasang manset pada lengan atas kira-kira 2,5 cm di atas arteri brakialis.</li> <li>7. Memakai stetoskop pada telinga, meletakkan bagian diafragma stetoskop di atas arteri brakialis dan memegangnya dengan ibu jari atau beberapa jari.</li> <li>8. Menutup klep/skrup pompa balon dengan memutar searah jarum jam dan membuka kunci air raksa jika menggunakan tensi air raksa.</li> <li>9. Mendengarkan dengan seksama sambil membaca skala air raksa dimana suara denyut nadi pertama sampai menghilang dimana denyut nadi pertama merupakan sistolik dan denyut nadi kedua adalah diastolik.</li> <li>10. Mengempeskan dengan cepat setelah suara denyut tidak terdengar sampai air raksa pada angka nol.</li> <li>11. Membuka manset, digulung dilipat dengan rapi kemudian manset diletakkan pada tempatnya.</li> <li>12. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.</li> <li>13. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada pasien.</li> <li>14. Mencuci tangan.</li> </ol>
--	---

**LEMBAR REVISI**

Nama :Renika Simamora  
NIM :P031714401064


NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	Halaman judul/ halaman i	Spasi pada halaman judul 1 spasi saja
2	Lembar Pengesahan/halaman iv	Perhatikan kembali NIP dosen penguji jangan sampai salah
3	BAB 3/halaman 104	Spasi 1 saja pada tabel 3.2 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Tn. A

Pekanbaru, 29 Mei 2020  
Sebelum direvisi



(H.R.Sakhnan, SKM, M.Kes)

Pekanbaru, 8 Juni 2020  
Sesudah direvisi



(H.R.Sakhnan, SKM, M.Kes)

**LEMBAR REVISI**

Nama :Renika Simamora  
NIM :P031714401064

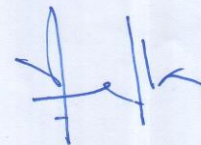
NO	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1	Halaman judul, latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, dan manfaat penulisan.	Tambahkan keluarga Tn. A pada kalimat asuhan keperawatan keluarga pada Ny. S dengan masalah diabetes mellitus tipe II di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Pesisir Pekanbaru
2	Abstrak halaman ix	Sebaiknya bahasa inggris puskesmas diganti dari Coastal Health Clinic menjadi Public Health Center.
3	BAB 3 halaman 94	Tambahkan simbol yang menderita DM pada keluarga serta penjelasannya.
4	BAB 3 halaman 96	Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi sebaiknya harus disesuaikan dengan tinjauan teoritis pada BAB 2.
5	BAB 3 halaman 98	Sebaiknya jarak antara septi tank ditambahkan berapa meter jaraknya.
6	BAB 3 halaman 107	Sebaiknya ditambahkan pada tabel analisa data tentang tanggal berapa diukur GDS Ny. S oleh penulis.
7	BAB 3 halaman 124	Sebaiknya implementasi harus lebih operasional misalnya mengganti kata-kata menggali pengetahuan keluarga menjadi mengkaji pengetahuan keluarga dan menuliskan respon keluarga pada tabel implementasi keperawatan.

Pekanbaru, 29 Mei 2020  
Sebelum direvisi



(Ns. Syafrisar Meri Agritubella, M.Kep)

Pekanbaru, 8 Juni 2020  
Sesudah direvisi



(Ns. Syafrisar Meri Agritubella, M.Kep)