

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. E DENGAN DIABETES
MELITUS (DM) PADA NY. S DI KAMPUNG BULEUD RT 02 RW 04
DESA JATI KECAMATAN TAROGONG KALER KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NENG MAUDY YULIANTI
KHGA 20095



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. N DENGAN DIABETES MELITUS PADA NY. S DI KAMPUNG BULEUD RT 02 RW 04 DESA JATI KECAMATAN TAROGONG KALER KABUPATEN GARUT

Nama : Neng Maudy Yulianti

NIM : KHGA20095

Terdiri dari IV BAB, 81 Halaman, 3 Tabel, 1 Bagan, 5 Lampiran

Diabetes melitus adalah penyakit menahun (Kronis) berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan gula darah yang melebihi batas normal. Jumlah penderita diabetes melitus di Kp. Buleud RT/RW 02/04 dari 10 besar penyakit berada diperingkat ke 9 sebanyak 3 orang. Seiring dengan berjalannya angka peningkatan yang menderita diabetes melitus, maka akan menyebabkan peningkatan komplikasi yang di alami oleh penderita diabetes melitus di antaranya komplikasi fisik yang timbul seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal bahkan dapat menyebabkan gangguan yang berdampak pada tingkat kemandirian. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif studi kasus dengan mengambil sampel sebanyak 1 orang. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 3 diagnosis yang muncul pada Ny.S yaitu risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan mengatasi (masalah individu/keluarga). Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.S dari mulai pengkajian, merumuskan diagnosis, menyusun intervensi, melakukan implementasi, melakukan evaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Kata kunci : Diabetes Melitus, Asuhan Keperawatan Keluarga

Daftar Pustaka : 27 Sumber

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur sampaikan kepada Allah SWT, atas berkat rahmatnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. E Dengan Diabetes Melitus Pada Ny. S Di Kampung Buleud RT\RW 02\04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kabupaten Garut”** tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STikes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menerima bantuan, dan bimbingan serta pengarahan dari berbagai pihak baik moral maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA. Selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, M.Si, Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, Ners.,M.Kep. Selaku Ketua STikes Karsa Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, S,Kep,.M.Kep. Selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STikes Karsa Husada Garut.

5. H. Aceng Ali, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes. Selaku pembimbing institusi yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta motivasi hingga selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Dede Suhata, S.Kep.,M.Pd. Selaku penguji I yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga penulisan karya ilmiah ini.
7. Tantri Puspita, M.NS. Selaku penguji II yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini.
8. Tn. E dan keluarga Ny, S yang telah bekerjasama meluangkan waktu dan kesempatannya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada Staff dan Dosen Stikes Karsa Husada Garut khusus prodi D III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Keluarga Tercinta terutama kedua orang tua serta kakak saya yang selalu memberikan doa, kasih sayang, semangat dan dukungan yang tidak henti-hentinya. Merupakan anugrah terbesar dalam hidup, penulis berharap dapat menjadi anak yang bisa dibanggakan.
11. Teruntuk Pemilik NIM KHGA22094, terima kasih telah menjadi rumah tempat berkeluh kesah, menjadi pendengar yang baik, terima kasih telah menjadi rumah yang tidak hanya berupa tanah dan bangunan, yang telah membersamai penulis pada hari-hari yang tidak mudah selama proses

pengerjaan tugas akhir, terima kasih telah meluangkan waktu, membantu, mendukung saya dalam kesedihan, menghibur dan memberi semangat untuk terus maju dan jangan menyerah dalam segala hal, untuk meraih apa yang menjadi impian penulis.

12. Kepada Dewi Nursatika, Selaku sahabat saya terima kasih telah memberikan bantuan, dorongan semangat. Terima kasih telah menjadi tempat berkeluh kesah, menjadi pendengar yang baik semasa tentang perkuliahan. Terima kasih juga untuk Nisa Wulandari, Nita Agustina, Rani Permatasari dan Rindi Septian yang selalu memberikan bantuan, masukan serta motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

13. Seluruh pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang turut membantu, sehingga laporan ini diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk membangun kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini masih dapat bermanfaat. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Aamiin

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Metode Telaahan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar Keluarga	10
1. Definisi Keluarga	10
2. Tipe keluarga	11
3. Struktur Keluarga	13
4. Ciri-ciri struktur keluarga	14
5. Peran Keluarga	15
6. Fungsi Keluarga	16
7. Tugas Kesehatan Keluarga	17

8. Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga	19
B. Konsep Penyakit	22
1. Pengertian	22
2. Klasifikasi	23
3. Etiologi	25
4. Tanda dan Gejala	27
5. <i>Pathway</i>	28
6. Patofisiologi.....	28
7. Penatalaksanaan	33
B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan	35
1. Pengkajian	36
2. Diagnosa keperawatan	42
3. Perencanaan	44
4. Implementasi	51
5. Evaluasi	51

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	53
1. Pengkajian	53
2. Analisa Data	62
3. Diagnosa keperawatan.....	62
4. Skoring (skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan).....	63
5. Perencanaan.....	67

6. Implementasi dan Evaluasi	71
7. Catatan Perkembangan	72
B. Pembahasan	73
1. Pengkajian.....	73
2. Diagnosa Keperawatan	75
3. Rencana Keperawatan	76
4. Implementasi Keperawatan	78
5. Evaluasi Keperawatan.....	79

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan.....	80
B. Rekomendasi.....	81

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi penyakit tertinggi di wilayah Puskesmas Tarogong tahun 2023	5
Tabel. 2.1 Skoring	43
Tabel. 2.2 Perencanaan Asuhan Keperawatan	45

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway</i>	28
---------------------------------------	-----------

DAFTAR LAMPIRAN

1. Satuan Acara Penyuluhan
2. *Leaflet*
3. Format Bimbingan
4. Dokumentasi
5. Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, (Kemenkes, 2019).

Pola hidup masyarakat yang cenderung semakin meningkat sehingga menyebabkan berbagai macam penyakit yang semakin dikenal oleh masyarakat. Salah satu di antaranya adalah apa yang dinamakan Diabetes Melitus atau yang lebih di kenal masyarakat dengan kencing manis (Depkes RI, 2015).

Diabetes melitus merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Padila, 2019). Diabetes melitus adalah keadaan hiperglikemi kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Rendi dan Margaret, 2019). Diabetes melitus tipe II merupakan dampak dari gangguan sekresi insulin dan resistensi terhadap kerja insulin yang sering kali disebabkan oleh obesitas (Bilous dan Donnelly, 2014).

Hasil riset kesehatan (Riskesdas) tahun 2018, pada tahun 2017 Indonesia menduduki peringkat ke-6 dunia dengan jumlah penderita diabetes Melitus terbesar, yaitu sebanyak 10,3 juta jiwa. Pada tahun 2018 prevalensi masyarakat yang mengalami diabetes melitus diperkirakan sebesar 10,9%. Secara global, diperkirakan 422 juta orang dewasa hidup dengan diabetes pada tahun 2014, dibandingkan dengan 108 juta pada tahun 1980. Prevalensi diabetes di dunia (dengan usia yang distandarisasi) telah meningkat hampir dua kali lipat sejak tahun 1980, meningkat dari 4,7% menjadi 8,5% pada populasi orang dewasa.

Hal ini mencerminkan peningkatan faktor risiko terkait seperti kelebihan berat badan atau obesitas. Gula darah yang lebih tinggi dari batas maksimum mengakibatkan tambahan 2,2 juta kematian, dengan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan lainnya. 43% dari 3,7 juta kematian ini terjadi sebelum usia 70 tahun. Persentase kematian yang disebabkan oleh diabetes melitus yang terjadi sebelum usia 70 tahun lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dari pada di negara-negara berpenghasilan tinggi. Beberapa dampak diabetes melitus yang dapat dialami antara lain kebutaan, gagal ginjal, serangan jantung, stroke, amputasi tungkai bawah bahkan resiko kematian (WHO, 2018).

Diabetes melitus adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat dari kelainan sekresi insulin, resistensi keduanya berkaitan dengan faktor genetik dan lingkungan. Penyakit diabetes melitus tidak dapat disembuhkan tetapi kadar gula darah dapat dikontrol. Selain itu

gula darah yang tidak terkontrol diperkirakan berperan sebagai pemicu terjadinya gangguan fungsi kognitif pada penderita diabetes melitus. Gula darah yang tidak terkontrol atau fluktuasi kadar gula darah dikaitkan dengan risiko tinggi komplikasi makrovaskular seperti penyakit jantung koroner atau penyakit kardiovaskular, penyakit arteri perifer, dan penyakit serebrovaskular. (Suryanegara et al., 2021).

Diabetes Melitus (DM) atau disebut kencing manis merupakan penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahan akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia). (Febrinasari,dkk. 2020).

Diabetes melitus dibagi menjadi dua kategori utama yaitu diabetes melitus tipe 1 (insulin-dependent) dan diabetes melitus tipe II (non insulin-dependent). Diabetes melitus tipe 1 ditandai dengan berkurangnya produksi insulin dalam tubuh sedangkan pada diabetes melitus tipe II tubuh yang tidak mampu memanfaatkan insulin secara (kementrian kesehatan RI, 2014).

Terjadinya diabetes melitus tipe II disebabkan oleh tubuh yang tidak mampu menyerap gula darah yang diakibatkan oleh pankreas sedikit menghasilkan insulin ataupun tidak dapat menghasilkan insulin sama sekali. Hal ini berdampak pada gula darah menjadi menumpuk didalam darah penderita. Pada kondisi seperti ini tekanan gula darah penderita akan tinggi (Seriati S. dkk.2015) Terdapat dua masalah pada diabetes melitus tipe II. berhubungan dengan insulin yaitu resistensi dari gangguan resistensi.

Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu reaksi dalam sel. Dengan demikian insulin tidak efektif untuk menstimulus pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung melambat dan progresif maka diabetes melitus dapat terjadi tanpa terdeteksi. Diabetes melitus membuat gangguan komplikasi melalui kerisakan pada pembuluh darah diseluruh tubuh disebut dengan angiopatik diabetic. Penyakit tersebut berjalan kronis dan dibagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut makroangiopa dan pembuluh darah halus (mikrovaskuler) disebut makroangiop (Wijaya & Putri, 2013).

Diabetes melitus merupakan masalah kesehatan dunia. Angka prevalensi dan insidensi penyakit ini meningkat secara drastis di seluruh penjuru dunia, Negara-negara industri baru dan negara sedang berkembang termasuk Indonesia (Gunawan, dkk, 2018). Menurut Internasional Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2018 terdapat pravelensi diabetes melitus didunia adalah 1,95% dan telah menjadikan diabetes melitus sebagai penyebab kematian urutan ketujuh di dunia. Oleh karena itu berbagai upaya telah dilakukan untuk mencegah komplikasi dan menjaga kadar gula darah penderita diabetes melitus berada dalam rentang normal (IDF, 2018).

Kejadian penyakit diabetes di Indonesia saat tera mengkat Berdasarkan hasil riset Kesehatan Dasar tahun 2013 angka kejadian penyakit diabetes sebesar 1.5% (Kementerian Kesehatan RL 2013). Data tahun 2018 menunjukan jumlah yang meningkat menjadi 10.9% Sedangkan di Provinsi

Jawa Barat dengan angka penyakit diabetes yaitu 1,6% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2019). Untuk mencegah dan mengatasi komplikasi tersebut berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul: “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. N dengan Diabetes Melitus Pada Ny. S Di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kabupaten Garut”.

Berikut merupakan data mengenai penyakit tertinggi di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut Tahun 2023:

Tabel 1.1 Distribusi penyakit tertinggi di wilayah Puskesmas Tarogong tahun 2023

No	Nama Penyakit	Jumlah
1.	ISPA	4239
2.	Dyspepsia	2651
3.	Nasoparingitis Acuta	2112
4.	Gangguan Gigi dan Penunjang lainnya	2087
5.	Hipertensi	1649
6.	TB	1235
7.	Myalgia	1232
8.	Diare	1064
9.	Diabetes melitus	941
10.	Demam yang tidak di ketahui penyebabnya	566

Sumber : Laporan Tahunan Puskesmas Tarogong Tahun 2023

B. Tujuan Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah memiliki tujuan yaitu:

1. Tujuan Umum

Penulis mendapatkan pengalaman secara nyata serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan keluarga secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada keluarga Tn. N dengan pemyakit Diabetes Melitus pada Ny. S di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.
- b. Merumuskan dan menegakan diagnosis keperawatan pada keluarga Tn.N dengan Penyakit Diabetes Melitus pada Ny.S di Kampung Buleud RT 02 RW04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan pada keluarga Tn.N dengan Penyakit Diabetes Melitus pada Ny.S di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga Tn.N dengan Penyakit Diabetes Melitus pada Ny.S di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.

- e. Mengevaluasi hasil tindakan perawatan pada keluarga Tn. N dengan Penyakit Diabetes Melitus pada Ny.S di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.
- f. Mendokumentasikan setiap tindakan yang telah di lakukan pada keluarga Tn.N dengan Penyakit Diabetes Melitus pada Ny.S di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kab. Garut.

C. Metode Penulisan

Metode yang telah digunakan dalam karya tulis ini adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus pendekatan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penulisan karya tulis adalah sebagai berikut:

1. Pengamatan atau Observasi Mengamati keadaan masing-masing anggota keluarga khususnya keadaan klien tentang perilaku dan respon terhadap penyakitnya. Untuk memperoleh data objektif dan subjektif tentang masalah klien.
2. Wawancara Pengumpulan data menggunakan komunikasi lisan yang di peroleh dari keluarga, klien dan tenaga kesehatan yang terkait.
3. Pemeriksaan Fisik Mendapatkan data objektif dengan metode Head To Toe melalui cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang di lakukan pada anggota keluarga Ny.S dan di fokuskan pada klien.
4. Partisipasi Aktif Penulis melaksanakan secara langsung dan melibatkan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Studi Dokumentasi Mempelajari status kesehatan klien yang ada di Puskesmas Kabupaten Garut.
6. Studi Kepustakaan Membaca dan mengumpulkan data dengan menggunakan buku-buku sumber serta literatur yang berkaitan dengan penyakit Diabetes Melitus.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab 1 Pendahuluan

Membahas mengenai latar belakang, tujuan terdiri dari tujuan umum dan Tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Teori

Membahas mengenai Konsep dasar keluarga, konsep dasar penyakit diabetes melitus, dampak penyakit diabetes melitus pada fungsi keluarga, dan tinjauan teori tentang proses keperawatan keluarga yang menderita diabetes melitus.

Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Membahas mengenai Asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit diabetes melitus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan.

Bab VI Kesimpulan dan Rekomendasi

Merupakan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan rekomendasi kepada pihak-pihak yang bersangkutan untuk menunjang karya tulis ini.

Daftar pustaka

Lampiran-lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik mental, emosi, dan sosial dari tiap anggota (Harmoko, 2012) Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2013).

Keluarga secara universal diartikan sebagai landasan dasar unit sosial ekonomi terkecil dan seluruh institusi dalam warga. Keluarga terdiri dari dua maupun lebih orang yang mempunyai ikatan interpersonal, ikatan darah, ikatan pernikahan, hidup dalam satu rumah tangga serta adopsi (Bakri & Maria, 2017).

Dari ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang mempunyai hubungan ikatan darah, hubungan perkawinan dan adopsi yang hidup dalam satu rumah

2. Tipe keluarga

Menurut Harmoko (2012), tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan yaitu :

a. Secara tradisional

1) Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi keduanya.

2) Keluarga besar (*extended family*)

Keluarga ini ditambah anggota keluarga yang lain yang masih mempunyai hubungan (kakek-nenek, paman-bibi).

b. Secara Modern

1) *Traditional nuclear*

Merupakan keluarga inti ayah, ibu dan anak tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan.

2) *Reconstituted nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu dan bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) *Middle ago aging couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah sekolah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4) *Dyadic nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5) *Single parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.

6) *Dhaal carrier*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single adult*

Wanita atau pria dewasa tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) *Three generation*

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *institusional*

Anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam suatu panti.

11) *comunal*

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) *Group marriage*

suatu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya didalam kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13) *Unmarried parent and child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

14) *Cohibing couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) *Gay and Lesbian family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Struktur Keluarga

a. Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi dalam keluarga berfungsi apabila dilakukan secara terbuka, jujur, berpikiran positif dan selalu berupaya menyelesaikan, konflik keluarga.

b. 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 saling mendukung.

c. Struktur Kekuatan

Menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggotanya kearah positif, baik dari sisi perilaku maupun kesehatan.

d. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Sedangkan norma adalah perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga (Bakri, 2017).

4. Ciri-ciri struktur keluarga

Ciri-ciri struktur dalam keluarga menurut Harmoko (2012), yaitu:

- a Terorganisir, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan dimana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.

- c. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu, setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

5. Peran Keluarga

Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Peranan keluarga menggambarkan perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing menurut Harmilawati, (2013). yaitu:

a. ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pemberi rasa nyaman bagi setiap anggota keluarga dan Sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

b. Ibu

ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak anak, pencari nafkah tambahan dan sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

c. Anak

Anak sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental dan spiritual.

6. Fungsi Keluarga

Terdapat 8 fungsi keluarga dan berikut penjelasannya antara lain (Wirdhana et al, 2013)

a. Fungsi Keagamaan

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

b. Fungsi Sosial Budaya

Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya Bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.

c. Fungsi Cinta dan kasih Sayang

Fungsi Keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.

d. Fungsi Perlindungan

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

e. Fungsi Reproduksi

Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.

f. Fungsi Sosialisasi dan Pendidikan

Fungsi keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada Keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.

g. Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.

h. Fungsi Pembinaan Lingkungan

Fungsi keluarga dalam memberi kemampuan kepada setiap anggota keluarganya sehingga dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan seimbang sesuai dengan aturan dan daya dukung alam dan lingkungan yang setiap saat selalu berubah secara dinamis.

7. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Nadirawati (2018) adalah sebagai berikut:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang

dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, dan seberapa besar perubahannya.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan,

keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

8. Peran Perawat Dalam Keperawatan Keluarga

Peran perawat dalam keperawatan keluarga merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dan sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial, baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Peran perawat menurut Nadirawati (2018) dalam keperawatan keluarga di antaranya adalah:

a. Pendidik

Perawat berperan dalam mendidik keluarga tentang sehat-sakit, baik pada tatanan formal maupun informal Peran ini mengajarkan kepada keluarga tentang kesehatan dan penyakit.

b. Fasilitator

Mengelola dan bekerja dengan anggota keluarga, pelayanan kesehatan dan sosial, serta sektor lain untuk meningkatkan akses mendapatkan pelayanan kesehatan. Disamping itu perawat juga harus mampu menjembatani dengan baik terhadap pemenuhan kebutuhan keamanan klien dan keluarga sehingga faktor resiko dalam ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan keamanan dapat di atasi.

c. Koordinator

Perawat berperan dalam melakukan koordinasi pelayanan kesehatan yang diterima keluarga dan kolaborasi dengan keluarga dalam menyusun perencanaan, serta sebagai penghubung sumber-sumber yang dibutuhkan klien. Pemberi asuhan keperawatan Peran ini menempatkan perawat sesuai dengan tugas perawat, yaitu memberi asuhan keperawatan yang professional kepada individu keluarga karena terbatasnya pengetahuan serta kurangnya kemampuan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif melalui proses keperawatan.

d. Advokasi keluarga

Peran ini menuntut perawat untuk bekerja mendukung keluarga dan berbicara atas nama keluarga tentang isu-isu, seperti keamanan dan akses untuk mendapatkan pelayanan Konsultan/konselor Perawat

berperan sebagai konsultan bagi keluarga untuk mengidentifikasi dan memfasilitasi keterjangkauan keluarga terhadap sumber-sumber yang diperlukan serta membantu klien dan keluarga dalam menyelesaikan masalah. Perawat juga berperan sebagai narasumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah keamanan keluarga.

e. *Clarifier*

Perawat melakukan klarifikasi dan interpretasi informasi untuk keluarga pada semua tatanan. Modifikasi lingkungan Modifikasi lingkungan ini mewajibkan perawat untuk dapat meningkatkan pengetahuannya terhadap cara modifikasi lingkungan Perawat harus dapat memodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar tercipta lingkungan yang sehat dalam menunjang pemenuhan kebutuhan keamanan Perawat juga harus mempunyai kemampuan mendiskusikan dengan keluarga dan profesi kesehatan lainnya untuk memodifikasi lingkungan.

f. *Peneliti*

Perawat melakukan identifikasi terhadap fenomena yang terjadi dimasyarakat dan dapat berpengaruh terhadap penurunan kesehatan, bahkan mengancam kesehatan. Selanjutnya, penelitian ini dilaksanakan untuk menemukan faktor yang menjadi pencetus atau penyebab terjadinya permasalahan tersebut melalui kegiatan penelitian dan hasilnya akan di aplikasikan dalam praktik keperawatan.

g. Role model

Perilaku yang ditampilkan perawat harus dapat dijadikan panutan. Panutan ini digunakan pada semua tingkat pencegahan terutama PHBS. Perawat juga harus menampilkan profesionalisme dalam bekerja sehingga dapat dicontoh oleh keluarga.

h. Manajer kasus

Perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi antara keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Sebagai manajer kasus perawat harus mampu memberdayakan keluarga dan sumber-sumber. Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola pelayanannya, ataupun pendidikan keperawatan yang berada di bawah tanggung jawabnya sesuai dengan perannya.

B. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer dan Bare, 2015).

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes melitus berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi

dan kegagalan beberapa organ tubuh terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah (PERKENI 2015 dan ADA, 2017).

Diabetes melitus adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemi kronik akibat defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin yang disertai berbagai kelainan metabolik lain akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Rendy dan Margareth, 2012).

Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Hal tersebut dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel beta langerhans kelenjar pankreas atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel tubuh terhadap insulin (Sunaryati dalam Masriadi, 2016).

2. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes ada empat jenis, antara lain (Damayanti, 2015):

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes Melitus Tipe I ditandai oleh destruksi sel beta pankreas, terbagi dalam dua sub tipe yaitu tipe 1A yaitu diabetes yang diakibatkan proses imunologi (immune mediated diabetes) penyebabnya. Diabetes 1A ditandai oleh destruksi auto imun sel beta. disebut dengan *diabetes juvenile*, terjadi lebih sering pada orang muda tetapi dapat terjadi pada semua usia. Diabetes tipe I merupakan gangguan katabolisme yang

ditandai oleh kekurangan insulin absolut, peningkatan glukosa darah, dan pemecahan lemak dan protein tubuh (Damayanti, 2015).

b. Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus Tipe II atau juga dikenal sebagai *Non-Insulin Dependent Diabetes* (NIDDM). Dalam DM Tipe II jumlah insulin yang diproduksi oleh pankreas biasanya cukup untuk mencegah ketoasidosis tetapi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh total . Jumlah nya mencapai 90-95% dari seluruh pasien dengan diabetes, dan banyak dialami oleh orang dewasa tua lebih dari 40 tahun serta lebih sering terjadi pada individu obesitas. Kasus DM Tipe II umumnya mempunyai latar belakang kelainan yang diawali dengan terjadinya resistensi insulin Resistensi insulin awalnya belum menyebabkan DM secara klinis. Sel beta pankreas masih dapat melakukan kompensasi bahkan sampai overkompensasi, insulin disekresi secara berlebihan sehingga terjadi kondisi hiperinsulinemia dengan tujuan normalisasi kadar glukosa darah Mekanisme kompensasi yang terus menerus menyebabkan kelelahan sel beta pankreas yang disebut dekompensasi, mengakibatkan produksi insulin yang menurun secara absolut. Kondisi resistensi insulin diperberat oleh produksi insulin yang menurun, akibatnya kadar glukosa darah semakin meningkat sehingga memenuhi kriteria diagnosa DM (Damayanti, 2015).

c. Diabetes pada kehamilan (*Gestational Diabetes*)

Diabetes pada kehamilan terjadi pada intoleransi glukosa yang diketahui selama kehamilan pertama. Jumlahnya sekitar 2-4% kehamilan. Wanita dengan diabetes kehamilan akan mengalami peningkatan risiko terhadap diabetes setelah 5-10 tahun melahirkan (Damayanti, 2015).

d Diabetes Melitus tipe lain (*Others Spesific Types*)

Merupakan gangguan endokrin yang menimbulkan hiperglikemia akibat peningkatan produksi glukosa hati atau penurunan penggunaan glukosa oleh sel. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder. diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali, atau *syndrome chusing*, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati (Damayanti, 2015).

3. Etiologi

Menurut Rendy & Margaret (2012), penyebab diabetes melitus dikelompokkan menjadi:

a. Diabetes Melitus tergantung insulin (IDDM)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe 1. Kecenderungan genetik ini ditentukan individu yang memiliki pada tipe antigen HLA (Human Leucocyte

Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2) Faktor imunologi

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

a. Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM)

Virus dan kuman leukosit antigen tidak nampak memainkan peran terjadinya NIDDM. Faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Sekitar 80% klien NIDDM adalah kegemukan. Overweight membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Terjadinya hiperglikemia disaat pankreas tidak cukup menghasilkan insulin sesuai kebutuhan tubuh atau saat jumlah reseptor insulin menurun atau mengalami gangguan. Faktor resiko dapat dijumpai pada klien dengan riwayat keluarga menderita DM adalah resiko yang besar. Pencegahan utama NIDDM adalah mempertahankan berat badan ideal. Pencegahan sekunder berupa program penurunan berat badan, olahraga dan diet. Tahap awal tanda-tanda/gejala yang ditemukan adalah kegemukan, perasaan haus yang berlebihan, lapar, diuresis dan kehilangan berat badan, bayi lahir lebih dari berat badan normal, memiliki riwayat keluarga DM, usia diatas 40 tahun, bila ditemukan peningkatan gula darah. Mekanisme yang

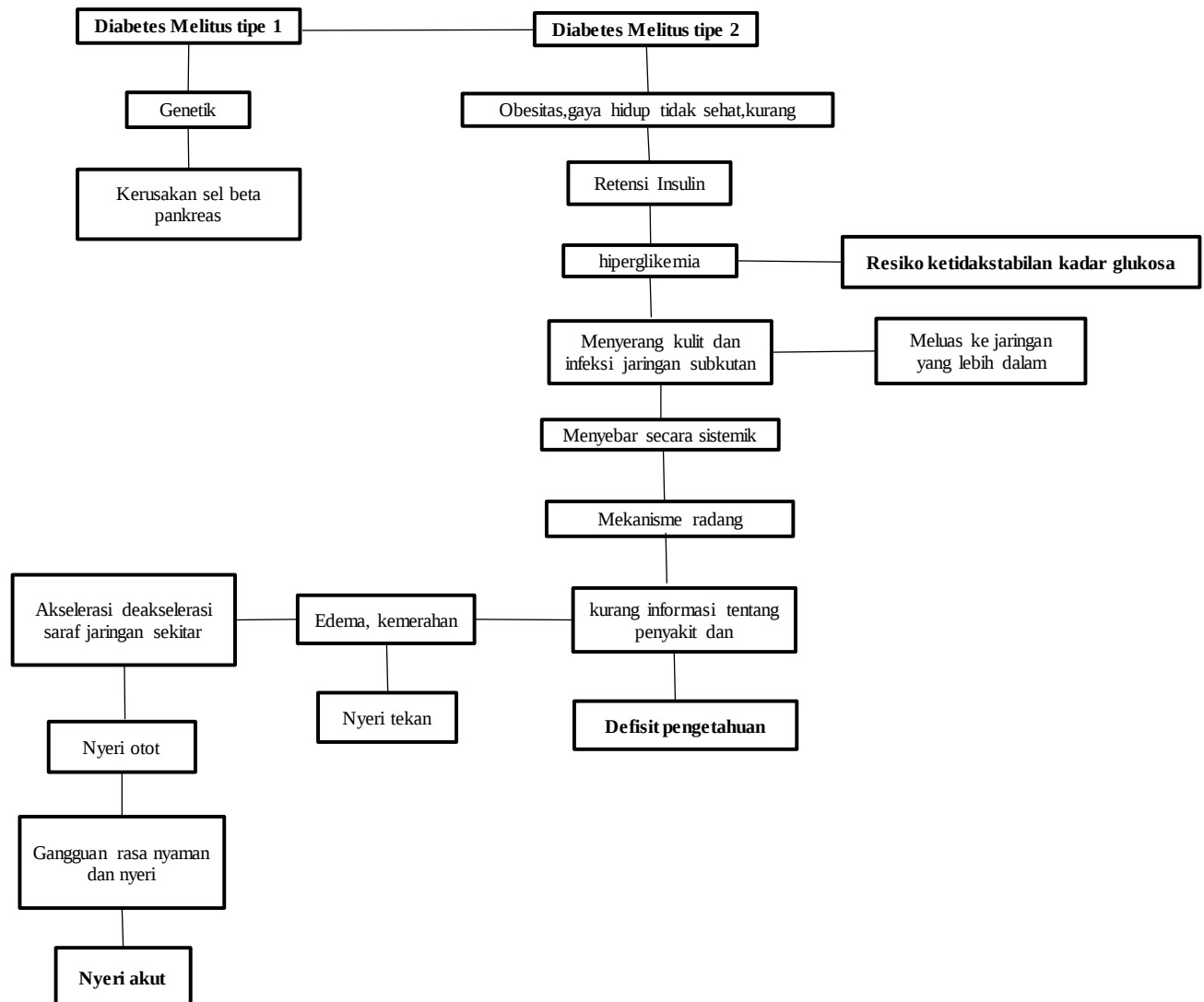
tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Diabetes tipe ini adalah gangguan heterogen yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang terkait dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas,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

- 1) Usia
- 2) Obesitas
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Gaya hidup (stres)

4. Tanda dan Gejala

- a. Kadar gula puasa tidak normal.
- b. Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia), rasa lapar yang semakin besar (polifagia) dan berat badan menurun.
- c. Lelah dan mengantuk.
- d. Kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, preruritis vulva (Nurarif, 2015).

5. Pathway



6. Patofisiologi

Menurut Price dan Sylvia (2012), diabetes Melitus (DM) merupakan kelainan metabolisme yang disebabkan oleh terjadinya kerusakan pada sel-sel B pulau Langerhans dalam kelenjar pankreas sehingga hormon insulin disekresikan dalam jumlah yang sedikit, bahkan tidak sama sekali. Diabetes melitus juga dapat disebabkan oleh terjadinya penurunan sensitifitas reseptor hormon insulin pada sel.

Pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan) (Brunner and Suddarth, 2013).

Tidak adanya insulin disebabkan oleh reaksi autoimun yang disebabkan karena adanya peradangan di sel beta pankreas. Ini menyebabkan timbulnya reaksi antibodi terhadap sel beta yang disebut ICA (Islet Cell Antibody). Reaksi antigen dengan antibodi yang ditimbulkan menyebabkan hancurnya sel beta (Julianto Eko, 2011).

Menurut Brunner and Suddarth (2013), apabila konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar. Akibatnya, glukosa tersebut muncul dalam urine (glukosurin). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis

(pembentukan glukosa baru dari asam amino serta substansi lain). Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam-basa (penurunan pH) tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Keadaan ini disebut asidosis metabolik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton, dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma, bahkan kematian.

Penderita Diabetes Melitus dapat mengalami perubahan atherosklerotik pada arteri-arteri besar, perubahan-perubahan ini sama seperti pada orang non diabetik, insulin berperan utama dalam memetabolisme lemak atau lipida. Pada penderita Diabetes Mellitus sering terjadi kelainan lipida. Hiperliproteinemia pada Diabetes mellitus merupakan akibat dari adanya very low density lipoprotein yang berlebihan. Pengecilan lumen pembuluh-pembuluh darah besar membahayakan pengiriman oksigen ke jaringan dan dapat menyebabkan iskemia jaringan, sehingga dapat timbul penyakit vaskuler seperti penyakit cerebravaskuler, penyakit arteri koroner, stenosis arteri renalis, vaskuler perifer dan penyakit ekstermitas seperti gangren.

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 reaksi dalam metabolisme glukosa 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. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik (HHNK).

Untuk sebagian besar pasien (kurang lebih 75%), penyakit diabetes tipe II yang dideritanya ditemukan secara tidak sengaja (misalnya, pada saat pasien menjalani pemeriksaan laboratorium yang rutin). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit diabetes jangka bertahun-tahun adalah komplikasi diabetes jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosa ditegakkan.

1. Komplikasi
2. Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat

menimbulkan berbagai macam komplikasi, antara lain:

- a. Komplikasi metabolik akut Komplikasi metabolik akut pada penyakit diabetes melitus terdapat tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, diantaranya:

- 1) Hipoglikemia
- 2) Ketoasidosis diabetik

- b. Komplikasi metabolik kronik Komplikasi metabolik kronik pada pasien DM menurut Price & Wilson (2012) dapat berupa kenisakan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) dan komplikasi pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) diantaranya:

- 1) Komplikasi pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) Komplikasi pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) yaitu:
 - a) Kerusakan retina mata (Retinopati)
 - b) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)
 - c) Kerusakan syaraf (Neuropati diabetik)
- 2) Komplikasi pembuluh darah besar (makrovaskuler) Komplikasi pada pembuluh darah besar pada pasien diabetes yaitu stroke dan risiko jantung koroner:
 - a) Penyakit jantung koroner
 - b) Penyakit serebrovaskuler
 - c) Penyakit Aterosklerosis

7. Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2011) dalam pengelolaan/tatalaksana diabetes mellitus, terdapat empat pilar yang harus dilakukan dengan tepat yaitu:

- a Pendidikan/edukasi Peran perawat sebagai educator dimana pembelajaran merupakan health education yang berhubungan dengan semua tahap kesehatan dan tingkat pencegahan Perawat harus mampu memberikan edukasi kesehatan dalam pencegahan penyakit, pemulihan, penyusunan program health education serta memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan. Agar perawat dapat bertindak sesuai perannya sebagai educator pada pasien dan keluarga, maka perawat harus memiliki pemahaman terhadap prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran (Bastable, 2014).

Tujuan edukasi kesehatan adalah membantu individu mencapai tingkat kesehatan yang optimal melalui tindakannya sendiri. Metode dalam pelaksanaan edukasi juga ikut berperan penting. Metode edukasi yang digunakan harus disesuaikan dengan tujuan dan sasaran pembelajaran Metode edukasi dibagi menjadi 3 yaitu edukasi untuk individual, metode edukasi untuk kelompok, dan metode edukasi untuk massa. Selain menggunakan metode yang tepat, sebagai intervensi yang terstruktur, maka edukasi membutuhkan persiapan media dalam pelaksanaannya sehingga dapat meningkatkan efektifitas edukasi Secara umum orang mempergunakan tiga metode dalam belajar yaitu visual, auditory, kinesthetic (Widiastuti, 2012).

- b Terapi gizi medis Pengelolaan diet pada penderita diabetes melitus sangat penting Tujuan dari pengelolaan diet ini adalah untuk membantu penderita memperbaiki gizi dan untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik yaitu ditunjukkan pada pengendalian glukosa, lipid dan tekanan darah Penatalaksanaan diet bagi penderita diabetes tipe 2 ini merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes mellitus secara total (Waspadji. 2011).

Standar dan prinsip diet diabetes melitus tipe 2 menurut Waspadji (2011) standar diet diabetes melitus diberikan pada penderita diabetes mellitus atau pasien sehat yang bukan penderita diabetes mellitus sesuai kebutuhannya. Terdapat 8 jenis standar diet menurut kandungan energi. yaitu diet diabetes mellitus 1100, 1300, 1500, 1700, 1900, 2100, 2300, dan 2500 kalori. Secara umum standar diet 1100 kalori sampai dengan 1500 kalori untuk pasien diabetes yang gemuk Diet 1700 sampai dengan 1900 kalori untuk pasien diabetes dengan berat badan normal. Sedangkan diet 2100 sampai dengan 2500 kalori untuk pasien diabetes kurus (Waspadji dkk, 2011).

- c. Latihan jasmani olahraga Kegiatan jasmani sehari-hari yang dilakukan secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes tipe 2 Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitifitas terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah Latihan jasmani yang teratur dapat menyebabkan kontraksi otot

meningkat, sehingga permeabilitas membran sel terhadap glukosa meningkat dan resistensi insulin berkurang. Ada beberapa latihan jasmani yang disarankan bagi penderita diabetes melitus, diantaranya jalan, bersepeda santai, jogging dan berenang.

Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Penelitian yang dilakukan oleh Choi, Kyung (2012) menunjukkan bahwa setelah dilakukan latihan selama 60 menit dengan 12 kali latihan, kelompok intervensi menunjukkan penurunan berat badan secara signifikan, lingkar pinggang, tekanan darah, glikatet hemoglobin, apolipoprotein B dan kadar asam lemak bebas (Kyung, 2012).

- d. Intervensi farmakologis. Penderita diabetes melitus tipe I mutlak diperlukan suntikan insulin setiap hari. Penderita diabetes melitus tipe 2, umumnya perlu minum obat antidiabetes secara oral atau tablet. Penderita diabetes memerlukan suntikan insulin pada kondisi tertentu, atau bahkan kombinasi suntikan insulin dan tablet (Perkeni, 2011).

B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien menentukan asuhan keperawatan. Dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang akan diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan setiap tahap saling ketergantungan dan saling berhubungan (Nursalam, 2019).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu kegiatan mengumpulkan dan mengorganisasikan data yang dikumpulkan dari berbagai sumber dan merupakan dasar untuk tindakan dan keputusan yang diambil pada tahap-tahapnya selanjutnya. Adapun pengkajian meliputi:

a. Pengumpulan Data

data yang diperoleh harus lengkap, akurat, nyata, dan relevan untuk menentukan langkah selanjutnya sehingga saat memberikan bantuan kepada klien tetap sesuai yang dibutuhkan oleh klien. Data yang diperoleh langsung dari klien, orang terdekat, catatan klien, hasil pemeriksaan diagnosa ataupun dari perawatan dan profesi lainnya. Data yang diperlukan dalam proses keperawatan antara lain:

1). Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, no cm, diagnose medis (Nursalam, 2019).

2). Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, dan hubungan dengan klien (Nursalam, 2019).

3). Komposisi keluarga

4). Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah bagan yang menggambarkan konstelasi keluarga atau pohon keluarga. genogram yang diisikan minimal tiga generasi.

5). Tipe keluarga

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

6). Status sosial ekonomi keluarga

Suatu ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga, maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga di tentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

7). Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

yang perlu dikaji pada tahap perkembangan adalah:

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan tertua dari keluarga inti.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

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

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai kesehatan pada inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman penting yang berhubungan dengan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Data lingkungan

1) Karakteristik lingkungan

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luar tanah, tipe rumah, jumlah luangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabot, rumah tangga, jenis septic tank, dan jarak septic tank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah.

2) Karakteristik tetangga

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

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

5) Sistem pendukung keluarga

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

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 berperilaku.

3) struktur peran

Menjelaskan tentang peran dari masing-masing anggota keluarga, baik secara formal maupun informal.

e. fungsi keluarga

1) fungsi afektif

Adanya anggota keluarga yang sakit membutuhkan perhatian seluruh anggota keluarganya, akibat anggota keluarga karena timbul perasaan takut kehilangan salah satu anggota keluarganya, kurangnya rasa aman dan kasih sayang.

2) fungsi psikologis

Dalam keluarga timbul kecemasan dari anggota keluarga karena timbul perasaan takut kehilangan salah satu anggota keluarganya, kurangnya rasa aman dan kasih sayang.

3) fungsi sosial

Sosial keluarga menjadi terganggu karena perawatan anggota keluarganya yang sakit, sehingga aktivitas anggota keluarga untuk bersosialisasi terganggu karena menjadi terbatas.

4) fungsi ekonomi

Fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari menjadi berkurang, karena keuangan keluarga sebagian digunakan untuk biaya pengobatan keluarga yang sakit,

akibatnya keluarga dalam mengatur ekonominya akan lebih berat lagi karena kurangnya sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) fungsi perawatan

Dalam keterbatasan pengetahuan yang ada, keluarga tidak mampu menjalankan lima tugas keluarga dengan baik. Dalam hal ini keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan, dan keluarga tidak mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

f. stress dan coping keluarga

- 1) stressor jangka pendek, yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.
- 2) stressor jangka panjang, yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu dari 6 bulan.
- 3) kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi/stressor.

4) strategi adaptasi disfungsional

dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

g. Pemeriksaan fisik

pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik, tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik (head to toe).

h. Harapan keluarga

pada akhir pengakjian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah salah satu tahap proses keperawatan yaitu mengidentifikasi masalah kesehatan klien yang dapat diatasi (ditangani, dikurangi, atau dirubah) melalui intervensi dan manajemen keperawatan (Nursalam, 2019).

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, langkah berikutnya adalah menetapkan perencanaan. Perencanaan meliputi proses penentuan prioritas dan metode yang akan digunakan untuk penyelesaian masalah kesehatan klien. Tujuan dari perencanaan adalah menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatan baik yang aktual, resiko maupun potensial (Nursalam, 2019).

- a. Menentukan Prioritas Diagnosa yang menjadi prioritas, dilihat dari angka yang paling tinggi dilanjutkan sampai angka yang terendah. Untuk mendapatkan masalah prioritas, terlebih dahulu dilakukan perhitungan dengan menggunakan skala Baylon dan Maglaya (1978) dalam Yohanes & Yasinta (2013) adalah seperti yang tercantum dalam tabel 2.1

Tabel. 2.1 Skoring

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah Skala : ancaman kesehatan tidak atau kurang sehat krisis	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : dengan mudah Hanya sebagian Tidak ada	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah Skala : tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah Skala : masalah berat harus ditangani Masalah yang tidak perlu segera ditangani Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber: Baylon & Setiawan, 2016

Skoring:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{skore}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

3. Menentukan kriteria hasil

Pedoman penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART:

S: *Spesific* (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)

M: *Measurable* (tujuan keperawatan harus dapat di ukur, khususnya tentang perilaku klien: dapat dilihat, di dengar, diraba, dirasakan , dibau

A: *Achievable* (tujuan harus dicapai)

R: *Reasonable* (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T: *Time* (tujuan harus mempunyai batasan waktu yang jelas)

3. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam sebuah proses keperawatan keluarga. tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien dan keluarga, perencanaan keluarga merupakan kumpulan-kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama sasaran (keluarga) untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan & masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Nadirawati, 2018:112).

Tabel. 2.2 Perencanaan Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria hasil		Intervensi keperawatan
		Umum	Khusus	kriteria	standar	
1	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Hipoglikemia (D. 0038)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kadar glukosa dalam darah membaik (L.03022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Respon verbal	1. Klien mampu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Keluarga mampu konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Keluarga mampu memonitor kadar glukosa darah	Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 3. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) Terapeutik 1. Konsultasi dengan medis jika

						tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl 3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi
--	--	--	--	--	--	--

						pemberian insulin, jika diperlu (I.03115)
2	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D. 0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Respon verbal	1. Klien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit DM	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan

						kesehatan sesuai kesepakatan Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (I.12383)
3	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Setelah dilakukan tindakan	Respon verbal	Klien dan keluarga mampu merawat anggota keluarga	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan

	mengatasi (masalah individu/keluarga) (D. 0117)	diharapkan pemeliharaan kesehatan tidak efektif keluarga meningkat (L.12106)	keperawatan keluarga dapat merawat anggota keluarga			kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
--	---	--	---	--	--	--

						Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (I.12383)
--	--	--	--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaann implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawata pada klien. Evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif, dilakukam setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan, dan evalua hasil atau sumatif, dilakukan dengan membandungkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Nursalam, 2019).

Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dan dapat juga timbul masalah baru dan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang hilang Kecemasan pasien berkurang, resiko infeksi tidak terjadi, kebutuhan nutrisi seimbang dan tercukupi Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOP. sebagai berikut:

S: Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan pengamatan formatif.

A: Analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa (Nursalam, 2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

1. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas Kepala Keluarga

Nama : Tn. N

Umur : 65 tahun

Jenis Kelamin : Laki - Laki

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Tidak bekerja

No Telpn : -

Alamat : Kp. Buleud Kulon RT/RW 02/04, Desa Jati,
Kecamatan Tarogong Kaler, Kabupaten
Garut, Provinsi Jawa Barat.

2) Identitas Pasien

Nama : Ny. S

Umur : 54 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

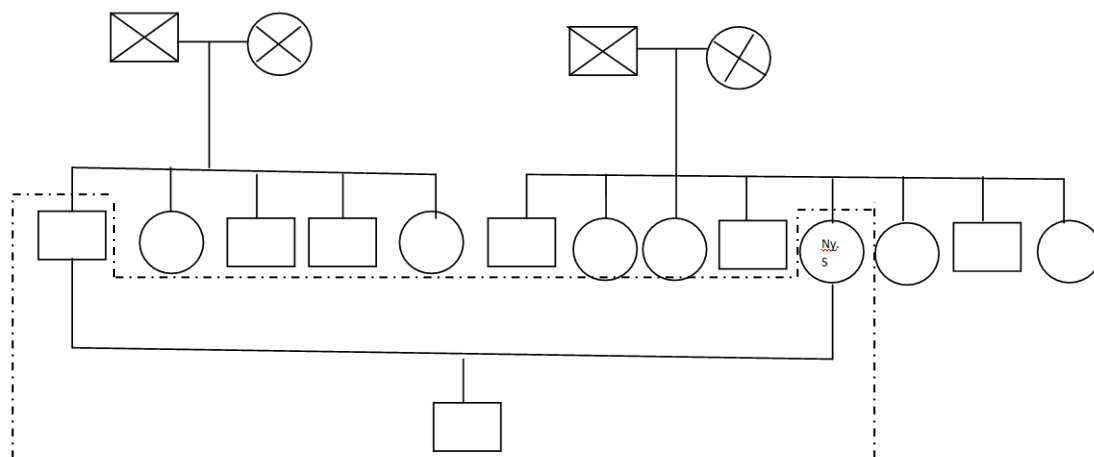
No Telpn : -

Alamat : Kp. Buleud Kulon RT/RW 02/04, Desa
Jati, Kecamatan Tarogong Kaler,
Kabupaten Garut, Provinsi Jawa Barat

b. Komposisi Keluarga

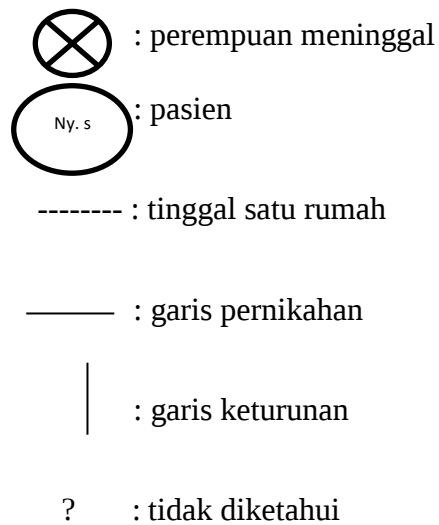
No	Inisial Anggota Keluarga	Jenis Kelamin	Agama	Hubungan Dengan KK	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Riwayat Kesehatan
1.	Ny. S	Perempuan	Islam	Istri	54 tahun	SMP	IRT	Kurang sehat
2.	Tn. A	Laki-laki	Islam	Anak	35 tahun	SMA	Karyawan swasta	Sehat

c. Genogram



keterangan :

-  : laki-laki
 : perempuan
 : laki-laki meninggal



d. Tipe keluarga:

Tipe keluarga Ny.S merupakan tipe keluarga inti (Family Nuclear) terdiri dari Tn.N, Ny.S dan anaknya

e. Suku bangsa

Keluarga Ny. S bersuku sunda, tidak, terdapat kebiasaan maupun kepercayaan yang mempengaruhi kesehatannya

f. Agama

Semua keluarga Ny. S beragama islam, selalu menjalankan ibadah dan meyakini adanya penyakit dan kesembuhannya.

g. Status sosial ekonomi keluarga (keluarga sejahtera)

1) Penghasilan anggota keluarga:

Ny. S mengatakan pendapatan keluarga diperoleh dari anaknya yang sudah bekerja

2) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari:

Klien mengatakan bisa makan 3x dalam sehari

h. Aktivitas rekreasi keluarga (dalam dan luar rumah)

Ny. S dan keluarganya jarang rekreasi keluar rumah, biasanya waktu luang dipakai untuk menonton tv bersama.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan saat ini:

Keluarga Ny. S saat ini berada pada tahap keluarga lansia

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi:

Keluarga Ny. S sudah memenuhi kebutuhan keluarganya

c. Riwayat keluarga inti:

Ny.S mengatakan anaknya dan suaminya sedang dalam keadaan sehat.

Namun Ny. S memiliki riwayat penyakit DM $\pm$ sejak 2 tahun yang lalu.

d. Riwayat keluarga sebelumnya:

Menurut penuturan Ny. S keluarganya tidak pernah menderita penyakit yang diturunkan maupun penyakit yang ditularkan

3. Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Rumah Ny. S berukuran $5 \times 6 \text{m}^2$ yang terdiri dari 1 lantai, terdiri dari 2 kamar tidur, 1 dapur, 1ruang tamu, 1kamar mandi, dan 2 jendela permanen dan minim ventilasi udara. Sumber air sumur. Terdapat lampu disetiap ruangan kedaan rumah Ny. S bersih, rapih kebersihannya terjaga.

b. Pengelolaan sampah

Biasanya Ny. S membuang sampah disatukan dan jika sudah banyak baru dibuang

c. Sistem drainase (pembuangan air)

Ny. S memiliki jamban sendiri

d. Sumber air

Ny.S Memiliki sumber air yang berasal dari sumur

e. Lingkungan sekitar rumah

1)sarana komunikasi dan transportasi

Tidak ada masalah

2)fasilitas hiburan

Tidak ada

3)fasilitas pelayanan kesehatan

Jarak ke pelayanan kesehatan sekitar kurang lebih 1km

4. Sosial

a. Karakteristik tetangga dan komunikasi RW:

Ny. S mengatakan tetangga – tetangganya baik semua, jarang ada masalah dengannya, dan dapat berkomunikasi sangat baik

b. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Ny. S sudah menempati rumah yang ditempatinya saat ini sejak berumah tangga sampai sekarang $\pm$ 25 tahun

c. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:

Keluarga Ny. S sering mengikuti kegiatan formal atau informal di lingkungan seperti

d. Sistem pendukung keluarga

Keluarga Ny. S saat ini tinggal bersama suami dan anaknya, karena dalam keadaan sering sakit

5. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Ny.S mengatakan komunikasi dikeluarganya terbuka

b. Struktur kekuatan keluarga

Keluarga Ny.S selalu saling mendukung satu sama lain

c. Struktur peran

Ny. S merupakan seorang ibu rumah tangga dan sebagai istri

d. Nilai, norma dan budaya

Keluarga Ny. S menaati peraturan sesuai dengan norma dan nilai baik yang dianut oleh keluarga maupun masyarakat

6. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Ny. S selalu mendiskusikan masalah dengan suami dan anaknya

b. Fungsi sosialisasi

Ny. S mempunyai hubungan baik dengan tetangga sekitar rumah

c. Fungsi ekonomi

Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makan yang cukup, pakaian dan biaya berobat

d. Fungsi reproduksi

tn. N dan ny. S tidak mengalami masalah

7. Stress dan koping keluarga

a. Stressor jangka panjang dan pendek

Ny. S mengatakan sering buang air kecil dan suka merasa sering cepat haus, ny. S mengkhawatirkan penyakit DM yang dimilikinya

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Keluarga hanya berdoa agar cepat sembuh dan ny.s biasanya selalu memanggil mantra atau membeli obat yang pernah diresepkan tanpa memeriksakan dirinya terlebih dahulu

c. Strategi koping yang digunakan

Saat ada masalah biasanya ny.s memusyawarahkan dengan tn.n

d. Strategi adaptasi disfungsional

Dalam menghadapi masalah baik dalam keluarga maupun masyarakat pada akhirnya Allah swt yang menentukan

8. Pemeriksaan fisik

No	Pemeriksaan	Tn.N	Ny.S	Tn.A
1	Kepala	Bentuk kepala simetris, rambut bersih, berwarna putih	Bentuk kepala simetris, rambut bersih, berwarna hitam	Bentuk kepala simetris, rambut bersih, berwarna hitam
2.	TTV	TD: 120/90mmHg N:86x/menit S:36, 2°C SPO ² :96%	TD: 140/80mmHg N: 99x/menit GDS:12,3mg/dL S:36,1°C SPO ² : 98%	TD: 120/80mmHg N:96x/menit S: 36,4°C SPO ² : 98%
3.	Mata	Mata simetris anantara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sclera putih	Mata simetris anantara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sclera putih	Mata simetris anantara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sclera putih
4.	Hidung	Lubang hidung simetris	Lubang hidung simetris	Lubang hidung simetris
5.	Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis	Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis	Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis
6.	Telinga	Fungsi pendengaran baik, posisi telinga simetris antara kiri dan kanan	Fungsi pendengaran baik, posisi telinga simetris antara kiri dan kanan	Fungsi pendengaran baik, posisi telinga simetris antara kiri dan kanan
7.	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
8.	Dada	Bentuk dada simetris suara jantung normal tidak ada tarikan	Bentuk dada simetris suara jantung normal tidak ada tarikan dinding dada	Bentuk dada simetris suara jantung normal tidak ada tarikan

		dinding dada		dinding dada
9.	Abdomen	Bentuk perut normal, tidak ada nyeri tekan	Bentuk perut normal, tidak ada nyeri tekan	Bentuk perut normal, tidak ada nyeri tekan
10.	Ektermitas	Tidak ada oedema, masuh dapat bebas bergerak aktif	Tidak ada oedema, masuh dapat bebas bergerak aktif	Tidak ada oedema, masuh dapat bebas bergerak aktif

9. Terapi obat

Amplodipine 1 x 5 mg

Forbetes 2 x 1 tab

Acarbose 2 x 1 tab

Glimefiride 1 x 1 tab

Benofomin 2 x 1 tab

10. Harapan keluarga terhadap perawat

Ingin ny.s cepat sembuh agar dapat melakukan aktivitas dengan normal kembali

11. Tingkat kemandirian

Keluarga ny. S termasuk kedalam keluarga dengan tingkat mandiri II (KM II) karena keluarga dapat menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan keperawatan, memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mau melakukan rencana tindakan keperawatan sesuai yang direncanakan

2. Analisa Data

No	Syntom	Etiologi	Problem
1	DS: Ny. S mengatakan sering buang air kecil, dan suka merasa cepat haus DO: Klien tampak lemas TTV: TD: 140/80mmHg N: 99x/menit GDS: 12,3mg/dL S:36,1°C SPO ₂ :98%	Hipoglikemia	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)
2	DS: Ny. S mengatakan kurang mengerti tentang (DM) DO: Klien masih bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan (D.0111)
3	DS: Ny. S mengatakan masih suka meminum kopi Ny. S tidak pernah/rutin kontrol karena merasa tidak ada keluhan, membeli obat diapotek hanya dengan copy resep DO: klien tampak kurang memahami penyakit yang dialaminya	Ketidakmampuan mengatasi (masalah indivu/keluarga)	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

3. Diagnosa keperawatan

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia

DS : Ny.S mengatakan sering buang kecil dan suka merasa cepat haus

Do : klien Nampak lemas

TTV : TD : 140/80mmhg

N : 99 x /menit

SPO² : 98%

S : 36,1°C

GDS: 12,3 mg/dl

2. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

DS : Ny.S mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya (DM)

DO: klien masih bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya

3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan mengatasi (masalah individu/keluarga)

DS : 1) Ny.S mengatakan masih suka meminum kopi

2) Ny.S tidak pernah rutin kontrol karena merasa tidak ada keluhan, membeli obat di apotek hanya dengan copy resep

DO: klien tampak kurang memahami penyakit yang dialaminya

4. Skoring (skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan)

1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia

N o	Kriteria	Sko r	Bobo t	Perhitunga n	Pembenara n
1	Sifat masalah Skala: a. Aktual(3) b. Resiko tinggi(2) c. Potensial(1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Ny. S mengeluh sering buang air kecil, dan suka merasa haus
2	Kemungkinan masalah dapat diubah			$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	Harapan keluarga Ny. S terhadap

	Skala: a. Mudah(2) b. Sebagian(1) c. Tidak dapat(0)	1	2		kesembuhan ya sangat tinggi. Namun masih tidak menjalani pola hidup sehat
3	Potensial masalah untuk dicegah Skala: a. Tinggi(3) b. Cukup(2) c. Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,6$	Masalah dapat dicegah dengan mudah jika keluarga Ny. S ingin menjalankan pola hidup sehat
4	Menonjolnya masalah Skala: a. Masalah berat, harus segera ditangani (2) b. Ada masalah tapi tidak perlu ditangani (1) c. Masalah tidak dirasakan (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Ny. S menganggap remeh dan acuh terhadap penyakit yang dideritanya
	Jumlah			$\frac{11}{3}$	

2. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

N o	Kriteria	Sko r	Bobo t	Perhitunga n	Pembenara n
1	Sifat masalah Skala: a. Aktual(3) b. Resiko tinggi(2) c. Potensial(1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Sudah terjadi masalah penegtahua n pada Ny. S terutama

					pada Ny. S
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: a. Mudah(2) b. Sebagian(1) c. Tidak dapat(0)	1	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	Kurang pengetahuan keluarga kemungkinan masalah untuk diubah sebagian karena suaminya orang yang jarang dirumah
3	Potensial masalah untuk dicegah Skala: a. Tinggi(3) b. Cukup(2) c. Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,6$	Kurang pengetahuan keluarga potensi masalah untuk dicegah cukup karena keluarga Ny. S termasuk keluarga usia dewasa
4	Menonjolnya masalah Skala: a. Masalah berat, harus segera ditangani (2) b. Ada masalah tapi tidak perlu ditangani (1) c. Masalah tidak dirasakan (0)	1	1	$\frac{1}{2} \times 1 = 0,5$	Kurang pengetahuan
	Jumlah			$\frac{19}{6}$	

3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan mengatasi masalah individu/keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah Skala: a. Aktual(3) b. Resiko tinggi(2) c. Potensial(1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,6$	Keluarga Ny. S tidak mengetahui dan mengerti mengenai penyakit dan penyebab DM ini
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : a. mudah (2) b. sebagian (1) c. tidak dapat (0)	2	2	$\frac{1}{2} \times 2 = 1$	Keluarga Ny. S mengalami kesulitan menerapkan pola hidup bersih dan sehat
3	Potensial masalah untuk dicegah Skala : a. tinggi (3) b. cukup (2) c. rendah (1)	1	1	$\frac{2}{3} \times 1 = 0,6$	Keluarga Ny. S dapat memahami tentang cara perilaku pola hidup bersih dan sehat
4	Menonjolnya masalah Skala : a. masalah berat harus segera ditangani (2) b. ada masalah tapi tidak perlu ditangani (1) c. masalah tidak dirasakan (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Keluarga Ny.S menyadari dan mematuhi pola hidup sehat bersih yang dianjurkan

	Jumlah	$\frac{11}{3}$
--	--------	----------------

5. Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Hipoglikemia (D.0038)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kadar glukosa dalam darah membaik (L.03022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Respon verbal	1. Klien mampu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Keluarga mampu konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Keluarga mampu memonitor kadar glukosa darah	Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 3. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuh) Terapeutik 1. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau

						memburuk Edukasi 1. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 2. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl 3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika diperlu (I.03115)
2	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Respon verbal	1. Klien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit DM	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan

						n motivasi perilaku hidup Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (I.12383)
3	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan	Setelah dilakukan tindakan	Respon verbal	Klien dan keluarga mampu merawat anggota	Observasi 1. Identifikasi kesiapan

	b.d ketidakmampu an mengatasi (masalah individu/kelua rga) (D.0117)	keperawata n diharapkan pemelihara an kesehatan tidak efektif keluarga meningkat (L.12106)	keperawat an keluarga dapat merawat anggota keluarga		keluarga	dan kemampu an menerima informasi 2. Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatk an dan menurunka n motivasi perilaku hidup Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakata n Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengar uhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang
--	---	--	--	--	----------	--

						digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (I.12383)
--	--	--	--	--	--	--

6. Implementasi dan Evaluasi

Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
04 april 2023	10.00 WIB	1. melakukan pengkajian 2. melakukan cek TTV dan mengecek gula darah dengan hasil TD : 140/80 mmhg N : 99 x/menit SPO ² : 98% S : 36,1°C GDS : 12,23 mg/dl	S : NY. S masih mengeluh sering buang air kecil dan sering merasa haus O : klien tampak lemas TD : 140/80 mmhg N : 99 x/menit SPO ² : 98% S : 36,1°C GDS : 12,23 mg/dl A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi
05 april 2023	11.00 WIB	Melakukan cek TTV dan mengecek gula darah dengan hasil : TD : 120/80mmhg N : 96 x/menit SPO ² : 98% S : 36,2°C GDS : 114 mg/dl	S : Ny.S masih mengeluh sering buang air kecil O : klien tampak lemas TD : 120/80mmhg N : 96 x/menit SPO ² : 98% S : 36,2°C GDS : 114 mg/dl A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi
06 april 2023	13.00 WIB	Melakukan cek TTV dan mengecek gula darah dengan hasil	S : Ny. S masih mengeluh sering

		TD : 130 / 80 mmhg N : 96 x / menit SPO ² : 97% S : 36,4°C GDS : 14,9 mg/dl	buang air kecil dan merasa sering haus dan mudah lelah dan ngantuk O : klien tampak lemas TD : 130 / 80 mmhg N : 96 x / menit SPO ² : 97% S : 36,4°C GDS : 14,9 mg/dl A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
08 April 2023	13.30 WIB	1. menyediakan materi dan media pelkes berupa leaflet 2. memberikan penkes tentang DM 3. memberikan penjelasan mengolah daun salam dengan cara direbus 4. mengajarkan strategi hidup bersih dan sehat 5. mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga 6. melakukan cek TTV dan gula darah dengan hasil : TD : 120/80 mmhg N : 98 x /menit SPO ² : 97% S : 36,2°C GDS : 16,6 mg/dl	S : keluarga mengatakan paham mengenai penyakit penyebab dan pencegahan DM O : keluarga dapat menyebutkan pengertian dan tanda gejala DM A : masalah teratasi sebagian P : hentikan intervensi

7. Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	05 April 2023 10.00 WIB	S : Ny.S mengatakan sering buang air kecil dan suka merasa haus O : Klien tampak lemas GDS : 12,3 mg/dl A : resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah P : lanjutkan intervensi I : memberikan cara pengobatan	N.Maudy

		tradisional Menganjurkan untuk pemantauan gula darah rutin E : masalah belum teratasi	
2	06 April 2023 11.00 WIB	S : Ny.S masih menegelh sering buang air kecil dan merasa sering haus dan mudah lelah dan ngantuk O : klien tampak lemas GDS : 14,4 mg/dl A : resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah P : Lanjutkan intervensi I : - E : masalah belum teratasi	N.Maudy
3	08 April 2023 13.00 WIB	S : keluarga mengatakan paham tentang penyakit dan cara pencegahannya O : keluarga mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga A : pemeliharaan kesehatan tidak efektif P : hentikan intervensi I : - E : masalah teratasi	N.Maudy

8. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang ditemukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. N Dengan Diabetes Mellitus Pada Ny. S Di Kampung Buleud RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kabupaten Garut yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Menurut Hidayat (2021). Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data yang akurat dari klien. Pengumpulan data dilakukan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah risiko, aktual maupun potensial. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objektif pasien yang menjadi dasar rencana keperawatan. (Siregar, 2021).

Menurut teori tanda dan gejala yang akan muncul pada penderita Diabetes Melitus yaitu badan sering merasa letih lesu, sering buang air kecil (poliuria), sering merasa haus (polidipsi), sering merasa lapar (polifagi), rasa kesemutan pada kaki, masalah kulit dan proses penyembuhan luka lambat, pandangan kabur, dan penurunan berat badan (Pamungkas, 2021).

Pada saat dilakukan pengkajian penulis menemukan kecocokan antara tanda dan gejala menurut teori dan tanda gejala yang muncul pada Ny. S yaitu didapatkan data klien mengatakan sering mengeluh merasa haus, adanya peningkatan kadar glukosa darah pada Ny. S yaitu 12,3 mg/dl, sering kencing pada malam hari dengan frekuensi 9-10 kali/hari.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny. S penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan, dimana penulis tidak menemukan adanya peningkatan rasa lapar (polifagia). Karena saat dikaji klien mengatakan tidak mengalami penurunan nafsu makan,

frekuensi makan baik, klien makan 3 kali sehari. Menurut teori juga akan ditemukan adanya masalah kulit dan proses penyembuhan luka lambat, data ini mengalami kesenjangan antara teori dan kasus lapangan karena klien mengatakan tidak mempunyai masalah pada kulit dan tidak ada luka. Tanda dan gejala yang terakhir menurut teori yaitu pandangan kabur, penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus lapangan, dimana klien mengatakan tidak mengalami pandangan kabur, klien mengatakan penglihatan jelas.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Setelah dilakukan analisis dari hasil pengkajian pada Ny. S masalah keperawatan yang muncul ada 3 masalah keperawatan.

Diagnosa yang pertama yaitu risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data, Ny. S mengatakan sering merasa haus dan sering buang air kecil dengan frekuensi 9-10 kali sehari itu disebabkan karena saat terjadi hiperglikemia, ginjal tidak dapat menahannya dan melebihi ambang batas reabsorpsi ginjal,

sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria. Glukosa menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (poliuria). Poliuria pada pasien mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien merasakan haus secara terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (polidipsi).

Diagnosa yang kedua yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang di dapatkan dari data Ny. S mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya. Jadi Ny. S masih bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya.

Diagnosa yang ketiga yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi (masalah individu/keluarga), sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang di dapatkan dari data Ny. S mengatakan masih suka meminum kopi, Ny. S juga tidak pernah atau rutin kontrol karena merasa tidak ada keluhan, dan suka membeli obat di apotek hanya dengan copy resep.

3. Rencana Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada, perencanaan dibuat sesuai dengan masalah, situasi, kondisi, dan kemampuan penulis sesuai dengan perencanaan yang harus dicapai berdasarkan kriteria hasil. Tujuan,

kriteria hasil, dan intervensi yang dibuat untuk Ny. S merujuk pada SIKI dan SLKI yang disesuaikan dengan kondisi masalah yang muncul pada Ny. S maka dari itu penulis melakukan perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah klien.

Diagnosa pertama risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil rasa haus menurun, kadar glukosa darah membaik dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan yaitu: monitor tanda dan gejala diabetes mellitus untuk mengetahui tanda dan gejala yang dirasakan Ny. S, anjurkan Ny.S untuk pengelolaan diabetes dengan cara meminum obat secara rutin. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai teori yaitu manajemen hiperglikemia dan penulis tidak menemukan adanya kesenjangan.

Diagnosa kedua defisit pengetahuan, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan yaitu: mengidentifikasi kesiapan menerima informasi dengan menyediakan materi dan pendidikan kesehatan.

Diagnosa ketiga pemeliharaan kesehatan tidak efektif, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat,

kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan yaitu: mengidentifikasi kesiapan menerima informasi dengan menyediakan materi dan pendidikan kesehatan dan jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti & Muryanti, 2017). Secara umum penulis mampu mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan tujuan, kriteria dan standar hasil serta berdasarkan rasional keilmuan.

Diagnosa pertama risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, penulis melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah puasa dengan menggunakan glucometer dengan hasil GDS:12,3mg/dl. Kedua melakukan pengkajian tanda dan gejala yang dirasakan dengan cara berdiskusi secara langsung dengan Ny. S. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan.

Diagnosa kedua defisit pengetahuan, penulis melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus dan memberikan penjelasan cara pengobatan obat tradisional mengolah daun salam dengan cara di rebus

dengan menggunakan media leaflet dengan hasil Ny. S mampu menyebutkan pengertian dm, tanda dan gejala, faktor resiko dan komplikasi dm. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan.

Diagnosa ketiga pemeliharaan kesehatan tidak efektif, penulis melakukan dan mengajarkan strategi hidup bersih dan sehat, dan mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga, kedua penulis menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur dengan cara mengedukasikan bagaimana cara meminum obat yang benar dan tepat dengan hasil Ny. S rutin mengonsumsi obat metmorfin. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan dengan melibatkan Ny. S secara langsung.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Penulis melakukan evaluasi dari tanggal 4-8 april 2023 dengan hasil diagnosa pertama risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu keluhan sering haus berkurang dan buang air kecil berkurang, kadar

glukosa darah yaitu 14,4mg/dl. Masalah klien teratasi sebagian sehingga lanjutkan intervensi dengan rutin.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada keluarga Ny.S dengan DM pada Ny S dari tanggal 04 April 2023 yang dimulai dari pengkajian sampai dengan 08 April 2023 mengevaluasi catatan perkembangan Ny.S. Maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian, adapun data yang didapat saat pengkajian yaitu:
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan. Adapun yang didapat saat merumuskan masalah kesehatan yaitu: defisiensi pengetahuan, Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif, Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan meliputi: penyuluhan dan demonstrasi
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan meliputi: penyuluhan dan demonstrasi.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dan tindakan yang telah dilakukan pada Ny.S dari ketiga masalah yang muncul semua dapat teratasi dengan baik.

6 Mampu mendemonstrasikan Asuhan Keperawatan pada keluarga Ny dengan DM pada Ny.S di Kampung Buleud Kulon RT 02 RW 04 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat.

B. Rekomendasi

1. Untuk keluarga

Keluarga harus tetap mempertahankan cara perawatan pada Ny.S dengan DM yaitu dengan mengkonsumsi obat tradisional seperti dari daun salam.

2. Untuk Puskesmas

Agar proses pembinaan pada keluarga dapat berhasil dengan baik dan optimal hendaknya adakan pembinaan secara rutin oleh pihak puskesmas. Adapun dalam kesiapan alat-alat yang diperlukan dalam pemeriksaan dan pengecekan terhadap program yang sebelumnya telah dilakukan terutama terhadap pengobatan penyakit hipertensi yang dilakukan di puskesmas hendaknya lebih proaktif terhadap masyarakatnya.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Agar mahasiswa dapat lebih memahami lebih banyak tentang kasus yang diambil oleh mahasiswa tersebut diharapkan Institusi Pendidikan dapat memperbanyak sumber referensi terutama pada penyakit-penyakit yang telah mahasiswa ambil contohnya seperti Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi dengan edisi buku yang selalu diperbaharui.

DAFTAR PUSTAKA

- AH Yusuf, H. E. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Jakarta: Salemba Medika
- Amin huda nurarif, & Hardhi kusuma, (2015). aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc (jilid 3). Penerbit mediation jogja
- Ardiansyah, M. 2012. Medikal Bedah. Yogyakarta: DIVA Press.
- Andra, S. W., & Yessie, M. P. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta Nuha Medika
- Bain & Maria, H. (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta Pustaka Mahardika.
- Debora Oda. (2013). Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik. Jakarta: Salemba Medika
- Doenges, M. E. (2014) Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan. (P. E. Karyuni, E. A. Mardella, E Wahyuningsih, & M. Mulyaningrum, Eds.) (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. and Murr, A.C. (2016) Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Prioritized Interventions and Rationales (Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Interventions & Rationales). 14th Edition, 1-1184.
- Harmoko. (2012) Asuhan Keperawatan Keluarga Penerbit: Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Harmilawati. (2013). Konsep dan proses Keperawatann Keluarga. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Nadirawati (2018) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. 1st edn. Edited by Anna Bandung PT Refika Aditama.
- Olfah, Yustiana, Ghofur, A. (2016) Dokumentasi Keperawatan. Jakarta Selatan. Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC, 2012.
- PPNI (2016) Standar diagnosa keperawatan indonesia: definisi dan indikator diagnostik, edisi 1. Jakarta: DPP PPNL.

- PPNI (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Putri, A. T., Rezal, F., & Akifah. (2017). Efektifitas Media Audio Visual Dan Leaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Tentang Pencegahan Penyakit Gastritis Pada Santriwati Di Pondok Pesantren Hidayatullah Putri Dan Ummusshabri Kota Kendari Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1-11.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih, Eds). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Smeltzer, Susan C. 2014. Keperawatan medikal-bedah. Jakarta:EGC.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (7 th Ed) St. Louis: Mosby
- Suarli S dan Yanyan Bahtiar, 2012. Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis. Jakarta. Erlangga
- Sulastri, Delmi. 2012. Faktor Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia Sekolah Di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang. Fakultas Kedokteran Universitas Andalas: Padang
- Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, Bandung Alfabeta, CV.
- Sukarmin. (2013). Keperawatan Pada Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wahyu, D, dkk. (2015). Pola Makan Sehari-Hari Penderita Gastritis. Malang: Poltekes Kemenkes Malang
- Wijaya, AS dan Y.M. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO. World Health Statistic Report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015

World Health Organization (2017). Mental disorders fact sheets. World Health Organization.

DOKUMENTASI



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Neng Maudy Yulianti

NIM : KHGA20095

Alamat : Karangpawitan

Riwayat Pendidikan

1. SDN 5 Sindanggalih
2. PPI 19 Bentar Garut
3. MAN 1 Garut
4. STIKes Karsa Husada Garut