

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. W DENGAN
DIABETES MELITUS PADA TN. W DI RT 02 RW 01 KELURAHAN
BANJARSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAYONGBONG
GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

MUHAMMAD AZWAR

NIM : KHGA 23143



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. W DENGAN
DIABETES MELITUS PADA TN. W DI RT 02 RW 01 KELURAHAN
BANJARSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAYONGBONG
GARUT**

NAMA : MUHAMMAD AZWAR

NIM : KHGA 23143

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan perbaikan
Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Penelaah I



Tantri Puspita, S.Kep., Ns., M.NS

Penelaah II



Yudi Muammar, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi Diploma III

Keperawatan

Institut Kesehatan Karsa Husada

Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd

Pembimbing



Buyung Reza M, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA TN. W DENGAN
DIABETES MELITUS PADA TN. W DI RT 02 RW 01 KELURAHAN
BANJARSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAYONGBONG
GARUT**

**Disusun oleh
MUHAMMAD AZWAR
KHGA 23143**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim penguji Program Studi
Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu keperawatan dan kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Buyung Reza M, S.Kep., Ns., M.Kep

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Mengesahkan
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi D III
Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun diperguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026

Muhammad Azwar
KHGA23143

ABSTRAK

IV BAB, 82 Halaman, 13 Tabel, 4 Lampiran

Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan berkelanjutan karena dapat menimbulkan berbagai komplikasi apabila tidak dikendalikan dengan baik. Peran keluarga sangat penting dalam mendukung keberhasilan perawatan dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Tn. W dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja UPT Puskesmas Bayongbong. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Hasil pelaksanaan menunjukkan bahwa masalah utama yang ditemukan berkaitan dengan kurangnya pengetahuan keluarga dalam pengelolaan Diabetes Melitus. Intervensi yang diberikan berupa edukasi mengenai penyakit, pengaturan pola makan, kepatuhan minum obat, aktivitas fisik, serta pencegahan komplikasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, terjadi peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus. Diharapkan keluarga dapat mempertahankan perilaku hidup sehat serta memanfaatkan pelayanan kesehatan secara rutin untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus

Daftar Pustaka : 26 buah

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalau tercurahkan kepada nabi kita, Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabatnya dan kita selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN.W DENGAN DIABETES MELITUS PADA TN.W DI RT 02 RW 01 KELURAHAN BANJARSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAYONGBONG GARUT”**. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan, nasehat, dukungan dan bantuan yang bersifat moril maupun materil yang sangat berharga, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiyat MA, Selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, S. E., M. Si, Selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.kep., Ns., M.Kep, Selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd, Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Bapak Buyung Reza M., S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing penulis yang memberikan Arahan Dan bimbingan dengan penuh kesabaran dan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah.

7. Seluruh staf dosen Institut Kesehatan Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis selama masa studi yang akan berguna di masa mendatang.
8. Seluruh staf Administrasi dan perpustakaan yang telah membantu dan memberikan semangat dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah.
9. Bapak Egi A, S.Kep. Ns, selaku CI PKK Komprehensif, beserta seluruh perawat di Puskesmas Bayongbong yang membantu dan memberikan bimbingan dan ilmu pengetahuan.
10. Tn. W dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam proses asuhan keperawatan selama kunjungan ke rumah.
11. Kedua orang tua tercinta Bapak Hendar dan Ibu Suminar, dua orang yang sangat berjasa dalam hidup penulis, dua orang yang menjadi sumber kekuatan disetiap langkah penulis, dua orang yang selalu mengusahakan anak bungsunya ini untuk bisa menempuh pendidikan setinggi-tingginya meski mereka tidak pernah merasakannya. Terima kasih yang tak terhingga kepada bapak dan mama yang telah memberikan kasih sayang dan dukungan, memberikan banyak motivasi, nasehat, dan selalu mendoakan disetiap langkah penulis. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat mama dan bapak bahagia, sehat selalu dan panjang umur karena mama dan bapak harus selalu ada disetiap perjuangan dan pencapaian hidup penulis.
12. Untuk kaka perempuanku Irma, terima kasih sudah menjadi garda terdepan untuk adik kecilmu ini, terima kasih telah mengusahakan yang terbaik untukku, terima kasih telah menjadi kaka perempuan terbaik, terima kasih telah memanjakan adik kecilmu ini, maaf jika aku hanya bisa mengucapkan terima kasih, sehat selalu dan bahagia ya kak, terima kasih telah menjadi saudara terbaik *lov you more* kakak.
13. Kepada pacar saya anisa aulia telah menjadi bagian dari segala kisah hidup penulis. Kesabaran dan kasih sayang yang dimiliki dalam menghadapi sikap penulis berkontribusi sangat banyak dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.

Sebuah kenangan indah bisa bersama-sama dalam menjalani perjuangan menuju masa depan yang didambakan

14. Kepada diri saya Muhammad Azwar terima kasih telah kuat sampai detik ini, yang sudah menepikan ego dan mampu menepikan diri dari berbagai tekanan di luar keadaan, yang tidak menyerah sesulit apapun rintangannya kuliah ataupun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
15. Kepada teman-teman saya yang tak kalah penting kehadirannya, Inggi Muhammad firmansyah, Farhan Sukma Adhyasta, Duden Gumilar, Ahmad Fauzi, Muhammad Hasby Abdillah, Fahad Catur Wijaya, Rijal, terima kasih karena telah hadir dan menjadi bagian dari perjalanan kuliah penulis, memberikan semangat, memberikan dukungan, menghibur, mendengarkan keluh kesah, dan selalu ada buat penulis, baik dalam suka maupun duka.
16. Terima kasih kepada rekan-rekan 3C serta seluruh angkatan 30, D-III Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, yang tidak dapat disebutkeun satu persatu. Semoga kita semua senantiasa diberikan jalan menuju keberhasilan dan kebahagiaan.
17. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang paling dalam kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kebaikan bimbingan, dan motivasi yang di berikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah Swt. Aamiin

Garut, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Metode Telaahan.....	4
D. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	6
A. Konsep Dasar Keluarga.....	6
1. Pengertian Keluarga	6
2. Tipe Keluarga	6
3. Fungsi Keluarga	8
4. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga	10
5. Tingkat Kemandirian Keluarga	13
B. Konsep Dasar Diabetes Melitus	15
1. Pengertian Diabetes Melitus.....	15
2. Etiologi	16
3. Klasifikasi Diabetes Melitus	19
4. Faktor Risiko	20
5. Patofisiologi Diabetes Melitus	22
6. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus.....	24
7. Komplikasi Diabetes Melitus	25
8. Pemeriksaan Penunjang.....	26
9. Penatalaksanaan.....	27
10. Dampak Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Keluarga.....	29
C. Proses Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus	31
1. Pengkajian	31
2. Diagnosis Keperawatan	37
3. Perencanaan Keperawatan.....	40
4. Pelaksanaan Keperawatan Keluarga.....	44
5. Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	45
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	46

D. Tinjauan kasus	46
1. Pengkajian	46
2. Analisa Data	58
3. Diagnosa keperawatan.....	62
4. Perencanaan Asuhan Keperawatan.....	64
5. Implementasi dan Evaluasi.....	66
6. Catatan perkembangan	69
B. Pembahasan	72
1. Tahap Pengajian	72
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	75
3. Tahap perencanaan	75
4. Tahap Implementasi	76
5. Tahap Evaluasi	77
6. Dokumentasi.....	77
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	78
A. Kesimpulan	78
B. Rekomendasi.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Keluarga Mandiri	15
Tabel 2. 2 Skoring Prioritas Masalah.....	38
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Dengan Menggunakan SIKI Dan SLKI.....	40
Tabel 3. 1 Komposisi Keluarga Tn. W	46
Tabel 3. 2 Data Hasil Pemeriksaan Fisik	55
Tabel 3. 3 Tingkat kemandirian keluarga	57
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	58
Tabel 3. 5 Sekoring masalah 1	59
Tabel 3. 6 Skoring masalah 2.....	60
Tabel 3. 7 Skoring masalah 3.....	61
Tabel 3. 8 Perencanaan Asuhan Keperawatan	64
Tabel 3. 9 Implementasi dan evaluasi	67
Tabel 3. 10 Catatan perkembangan.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Genogram	47
Gambar 3. 2 Denah Rumah.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang dihasilkan secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur gula darah. Hiperglikemia atau gula darah yang meningkat, merupakan efek umum dari diabetes tidak terkontrol yang menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah. Penderita diabetes melitus memiliki kadar gula darah yang tinggi disertai adanya gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat rusaknya fungsi insulin. Kondisi ini disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan rendahnya respons sel-sel tubuh terhadap insulin (Aminuddin et al., 2023).

Tujuan pengobatan pada pasien diabetes melitus yaitu untuk mencegah timbulnya komplikasi dan meningkatkan keberhasilan terapi. Keberhasilan terapi meliputi ketepatan dosis, ketepatan pemilihan obat, dan kepatuhan dalam pengobatan (Adita, 2025).

Berdasarkan data terbaru, tingkat penderita diabetes pada orang dewasa usia 18 tahun ke atas melonjak hingga mencapai 14%, dua kali lipat dibandingkan angka pada tahun 1990 yang hanya sebesar 7%. Disamping itu, pada tahun 2022 tercatat bahwa 59% penderita diabetes berusia di atas 30 tahun tidak mendapatkan terapi obat. Masalah keterbatasan akses pengobatan ini paling banyak dijumpai di negara-negara dengan tingkat pendapatan rendah hingga menengah (Ramadhani & Khotami, 2023).

Indonesia berada di peringkat ke-5 dunia untuk kasus diabetes tertinggi. Terdapat sekitar 20,4 juta penduduk usia 20–79 tahun yang mengidap penyakit ini. Dengan persentase kasus nasional sebesar 11,3%, Indonesia menghadapi peningkatan kasus diabetes yang cukup signifikan. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI), prevalensi Diabetes

Melitus pada penduduk usia ≥ 15 tahun mencapai 11,7%. Dari seluruh kasus diabetes yang tercatat, sebanyak 50,2% di antaranya merupakan Diabetes Melitus Tipe 2 (Purwandari et al., 2022).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut tahun 2025, Diabetes Melitus termasuk dalam 10 penyakit terbesar yang ditemukan di wilayah kerja puskesmas tersebut. Jumlah penderita Diabetes Melitus mencapai 72 kasus atau 7% dari total 1.925 kasus penyakit yang tercatat. Diabetes Melitus menempati urutan kelima setelah Hipertensi dengan jumlah kasus sebanyak 86 orang (7%). Data tersebut menunjukkan bahwa Diabetes Melitus masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus dalam upaya pencegahan dan pengendaliannya.

Diabetes Melitus (DM) terdiri dari beberapa tipe, dengan DM Tipe 2 sebagai jenis yang paling umum. Penyakit ini terjadi akibat resistensi insulin dan menurunnya produksi insulin dalam tubuh. Jumlah kasus DM Tipe 2 diperkirakan terus meningkat, terutama di daerah perkotaan, negara berpenghasilan tinggi, dan kelompok usia lanjut (Ramdani et al., 2023).

Diabetes Melitus tipe 2 pada orang dewasa dapat menimbulkan berbagai dampak dan risiko yang serius apabila kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik. Kondisi hiperglikemia yang berlangsung dalam waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, saraf, ginjal, mata, dan jantung. Penderita Diabetes Melitus tipe 2 juga berisiko mengalami komplikasi seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal ginjal, neuropati diabetik, serta gangguan penglihatan yang dapat berujung pada kebutaan. Selain dampak fisik, Diabetes Melitus juga dapat menurunkan kualitas hidup karena penderita harus menjalani pengobatan dan pengendalian penyakit secara terus-menerus (Ilmiah & Pencerah, 2022).

Pasien dan keluarga juga memeran peran penting, sehingga diperlukan edukasi untuk memahami perkembangan, pencegahan, dan pengelolaan penyakit diabetes. Pengetahuan yang baik benar-benar dapat

membantu meningkatkan keterlibatan keluarga dalam mengelola diabetes untuk hasil yang lebih baik. Pengetahuan tentang diabetes melitus dapat meningkatkan peranan aktif untuk ikut serta dalam pengelolaan dan pengendalian Diabetes Melitus (DM). Dan diharapkan anggota keluarga mengetahui konsep tugas dan fungsi keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan yang sehat, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Agar keluarga dan pasien mengetahui dengan baik asuhan keperawatan yang akan di lakukan

Berdasarkan hasil pengkajian langsung pada daerah binaan UPT Puskesmas Bayongbong ditemukan keluarga Tn. W yang bertempat tinggal di Kampung Cibodas RT 02 RW 01 Kelurahan Banjarsari Kecamatan Bayongbong. Tn. W yang berusia 56 tahun menderita penyakit Diabetes Melitus. Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merasa tertarik untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga yang dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. W Dengan Diabetes Melitus Pada Tn. W di RT 02 RW 01 Kelurahan Banjarsari Wilayah Kerja UPT Puskesmas Bayongbong**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual pada pasien dengan Diabetes Melitus.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian status kesehatan, mengklasifikasikan, menganalisa data, menentukan dan memprioritaskan masalah pada klien Diabetes Melitus.
- b. Penulis mampu menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada klien dengan masalah Diabetes Melitus.

- c. Mampu melakukan rencana keperawatan sesuai diagnosa dan melaksanakan implementasinya sesuai dengan masalah yang di alami klien.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah di susun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan pada klien Diabetes Melitus.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

Metode telaahan yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan tehnik studi kasus, dengan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada keluarga. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara Melakukan tanya jawab langsung dengan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh keluarga, tujuannya untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan, serta untuk menjalin hubungan antara penulis dengan keluarga.
2. Observasi Penulis mengamati secara langsung pada kondisi klien, keluarga serta lingkungan rumah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan keluarga.
3. Pemeriksaan Fisik Melakukan pemeriksaan fisik pada keluarga untuk menentukan kesehatan keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara diantaranya: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
4. Studi Dokumentasi Metode pengumpulan data dimana penulis mendapat data selain dari wawancara, obserpasi dan pemeriksaan fisik.
5. Studi Kepustakaan Penulis mengumpulkan sumber-sumber dari buku dan artikel yang berasal dari internet guna mendapatkan keterangan dan

data dasar yang mendukung berkaitan erat dengan masalah yang di hadapi pada klien yaitu Diabetes Melitus.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan

Menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulisan yang meliputi tujuan umum dan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teori

Yang berisi tentang konsep dasar keluarga, konsep keluarga resiko tinggi, konsep dasar penyakit Diabetes Melitus dan proses keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus.

BAB III : Tinjauan kasus dan Pembahasan

Menjelaskan tinjauan kasus membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata di lapangan, mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada. Mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

Merupakan bab terakhir yang memuat kesimpulan dan rekomendasi, yang berisikan kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada keluarga dan rekomendasi untuk perbaikan di masa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terbentuk melalui hubungan perkawinan, pertalian darah, maupun adopsi. Keluarga berperan memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi setiap anggotanya serta menjadi lingkungan pertama dalam membentuk perilaku hidup sehat (Megavitry, 2025).

Dalam perspektif keperawatan, keluarga adalah suatu sistem yang saling memengaruhi. Oleh karena itu, keluarga memiliki tanggung jawab dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal (Yunita et al., 2024).

Pada keluarga dengan anggota yang menderita diabetes melitus, dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan, perawatan mandiri, serta penerapan pola hidup sehat. Bayaranie et al., (2024) melaporkan bahwa edukasi peran keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien diabetes melitus.

Berdasarkan uraian tersebut, keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam pemeliharaan kesehatan. Keterlibatan keluarga berperan penting dalam keberhasilan pengelolaan diabetes melitus, pencegahan komplikasi, dan peningkatan kualitas hidup pasien.

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga merupakan bentuk atau susunan anggota keluarga yang terbentuk berdasarkan hubungan perkawinan, pertalian darah, adopsi, maupun kondisi sosial yang berkembang di masyarakat. Pemahaman mengenai tipe keluarga penting dalam keperawatan keluarga karena setiap tipe memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda dalam menghadapi masalah kesehatan, termasuk penyakit kronis seperti diabetes melitus (Megavitry, 2025).

Secara umum, tipe keluarga dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk sebagai berikut (Megavitry, 2025).

a. Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti merupakan tipe keluarga yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah tangga. Tipe keluarga ini merupakan bentuk keluarga yang paling banyak dijumpai di masyarakat. Pada keluarga yang memiliki anggota dengan diabetes melitus, keterlibatan seluruh anggota keluarga inti sangat diperlukan untuk membantu pasien menjalankan terapi, mengatur pola makan, serta memberikan dukungan selama proses perawatan (Bayaranie et al., 2024).

b. Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga besar merupakan keluarga yang terdiri atas keluarga inti beserta anggota keluarga lain, seperti kakek, nenek, paman, bibi, atau kerabat yang tinggal dalam satu rumah maupun masih memiliki hubungan yang erat. Namun, banyaknya anggota keluarga juga dapat menyebabkan perbedaan pendapat dalam proses pengambilan keputusan sehingga diperlukan komunikasi yang baik agar tujuan perawatan tetap tercapai (Megavitry, 2025).

c. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal (*Single Parent Family*)

Keluarga dengan orang tua tunggal merupakan keluarga yang hanya dipimpin oleh ayah atau ibu akibat perceraian, kematian pasangan, maupun sebab lainnya. Kondisi tersebut sering kali meningkatkan beban fisik maupun psikologis sehingga dukungan dari keluarga besar maupun tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk membantu keluarga mempertahankan fungsi perawatan kesehatan (Megavitry, 2025).

d. Keluarga Tanpa Anak (*Childless Family*)

Keluarga tanpa anak merupakan keluarga yang terdiri atas pasangan suami istri yang belum atau tidak memiliki anak. Meskipun tidak memiliki keturunan, keluarga tetap menjalankan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, spiritual, serta kesehatan setiap anggotanya (Megavitry, 2025).

e. Keluarga Campuran (*Blended Family*)

Keluarga campuran merupakan keluarga yang terbentuk akibat pernikahan kembali salah satu atau kedua pasangan yang sebelumnya telah memiliki anak. Tipe keluarga ini memerlukan proses adaptasi yang lebih kompleks karena melibatkan anggota keluarga dengan latar belakang yang berbeda (Megavitry, 2025).

f. Keluarga Tiga Generasi (*Three Generation Family*)

Keluarga tiga generasi merupakan keluarga yang terdiri atas tiga generasi dalam satu rumah tangga, misalnya kakek atau nenek, orang tua, dan anak. Keberadaan tiga generasi memungkinkan terjadinya pembagian peran dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Pada pasien diabetes melitus, dukungan dari anggota keluarga lintas generasi dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, membantu mengingatkan jadwal kontrol, serta memberikan motivasi dalam menjalankan pola hidup sehat (Bayaranie et al., 2024).

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan keluarga untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga serta mempertahankan keberlangsungan kehidupan keluarga Rahmadhani & Chamroen (2022). Menjelaskan bahwa fungsi keluarga memiliki hubungan dengan kualitas hidup anggota keluarga karena keluarga berperan dalam memberikan dukungan, perawatan, serta pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga melalui pemberian kasih sayang, perhatian, rasa aman, perlindungan, dan dukungan psikologis. Fungsi ini berperan dalam membentuk hubungan yang harmonis serta meningkatkan kemampuan anggota keluarga dalam menghadapi berbagai permasalahan kehidupan (Megavitry, 2025).

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi keluarga dalam membentuk nilai, norma, sikap, dan perilaku yang berlaku dalam masyarakat. Melalui fungsi ini, keluarga menjadi tempat pertama bagi individu untuk belajar berkomunikasi, berinteraksi, dan beradaptasi dengan lingkungan sosial. Proses sosialisasi yang baik akan membantu anggota keluarga mengembangkan perilaku yang sesuai dengan norma sosial dan budaya yang berlaku (Megavitry, 2025).

c. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam memperoleh, mengelola, dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga. Kebutuhan tersebut meliputi pangan, sandang, papan, pendidikan, serta pelayanan kesehatan. Kondisi ekonomi keluarga dapat memengaruhi kemampuan keluarga dalam mempertahankan kesejahteraan dan kualitas hidup anggota keluarga (Megavitry, 2025).

d. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keberlangsungan generasi melalui proses kelahiran dan pengasuhan anak. Selain menghasilkan keturunan, fungsi reproduksi juga mencakup tanggung jawab keluarga dalam membesarkan, mendidik, dan mempersiapkan anak agar mampu menjalankan perannya di masyarakat. Fungsi ini berkontribusi terhadap pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas (Megavitry, 2025).

e. Fungsi Perawatan atau Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan merupakan kemampuan keluarga dalam menjaga, mempertahankan, dan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga. Pelaksanaan fungsi ini dilakukan melalui pengenalan masalah kesehatan, pemberian perawatan, pengawasan pengobatan, penerapan perilaku hidup sehat, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Megavitry, 2025).

f. Fungsi Spiritual

Fungsi spiritual berkaitan dengan upaya keluarga dalam menanamkan nilai-nilai agama, keyakinan, dan moral kepada anggota keluarga. Fungsi ini berperan dalam membentuk karakter, memberikan pedoman hidup, serta membantu anggota keluarga menghadapi berbagai tantangan kehidupan. Nilai spiritual yang baik dapat menjadi sumber kekuatan dan mekanisme koping ketika keluarga menghadapi masalah kesehatan maupun permasalahan lainnya (Megavitry, 2025).

g. Fungsi Protektif

Fungsi protektif merupakan fungsi keluarga dalam memberikan perlindungan kepada anggota keluarga dari berbagai ancaman yang dapat membahayakan kondisi fisik, psikologis, maupun sosial. Bentuk perlindungan tersebut dapat berupa pengawasan, pendampingan, pemberian rasa aman, serta pencegahan terhadap faktor-faktor yang berisiko menimbulkan gangguan kesehatan maupun masalah sosial (Rahmadhani & Chamroen, 2022).

h. Fungsi Rekreasi

Fungsi rekreasi berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan suasana yang menyenangkan melalui kegiatan bersama yang dapat mengurangi stres dan meningkatkan keharmonisan keluarga. Aktivitas rekreasi memberikan kesempatan bagi anggota keluarga untuk mempererat hubungan interpersonal serta meningkatkan kualitas interaksi antaranggota keluarga. Kegiatan rekreasi yang dilakukan secara bersama dapat mendukung kesehatan fisik dan psikologis anggota keluarga (Megavitry, 2025).

4. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahapan perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang dialami keluarga sejak terbentuk hingga memasuki usia lanjut. Setiap tahap perkembangan memiliki karakteristik, tugas perkembangan, serta tantangan yang berbeda sehingga memerlukan kemampuan adaptasi dari seluruh anggota keluarga. Pemahaman mengenai tahapan perkembangan keluarga penting dalam keperawatan karena membantu perawat mengidentifikasi

kebutuhan kesehatan, potensi masalah, serta intervensi yang sesuai dengan kondisi keluarga pada setiap tahap kehidupan (Megavitry, 2025).

Menurut Megavitry (2025). Tahapan perkembangan keluarga terdiri atas beberapa tahap sebagai berikut.

a. Keluarga Baru (*Beginning Family*)

Tahap keluarga baru dimulai sejak pasangan menikah hingga kelahiran anak pertama. Pada tahap ini keluarga dituntut mampu membangun hubungan yang harmonis, menyesuaikan peran sebagai suami dan istri, merencanakan kehamilan, mengatur kondisi ekonomi, serta membangun komunikasi yang efektif.

b. Keluarga dengan Anak Usia Bayi (*Child Bearing Family*)

Tahap ini dimulai sejak kelahiran anak pertama hingga anak berusia sekitar 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga meliputi penyesuaian terhadap peran sebagai orang tua, memenuhi kebutuhan fisik dan emosional bayi, memberikan stimulasi tumbuh kembang, serta menciptakan lingkungan yang aman dan sehat bagi anak. Orang tua juga mulai membentuk pola asuh yang sesuai untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal.

c. Keluarga dengan Anak Usia Prasekolah (*Family with Preschool Children*)

Tahap ini berlangsung ketika anak berusia sekitar 2,5 hingga 6 tahun. Pada tahap ini keluarga memiliki tanggung jawab dalam memberikan pendidikan dasar, menanamkan nilai dan norma, membentuk perilaku hidup sehat, serta mendukung perkembangan sosial dan emosional anak. Orang tua juga perlu mengembangkan komunikasi yang positif agar anak mampu belajar mandiri sesuai dengan tahap perkembangannya.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (*Family with School Children*)

Tahap keluarga dengan anak usia sekolah dimulai ketika anak memasuki pendidikan formal hingga menjelang masa remaja. Keluarga bertugas mendukung proses belajar, membangun kebiasaan hidup sehat,

mengembangkan rasa tanggung jawab, serta membimbing anak agar mampu berinteraksi dengan lingkungan sosial secara positif. Selain itu, keluarga perlu memantau perkembangan fisik dan psikologis anak agar masalah kesehatan dapat dikenali sejak dini.

e. Keluarga dengan Anak Remaja (*Family with Teenagers*)

Tahap ini ditandai dengan adanya anggota keluarga yang memasuki masa remaja. Perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang dialami remaja menuntut keluarga untuk mampu menyesuaikan pola komunikasi serta memberikan dukungan dalam proses pembentukan identitas diri. Orang tua diharapkan mampu membangun hubungan yang terbuka sehingga remaja dapat berkembang menjadi individu yang mandiri tanpa kehilangan kedekatan dengan keluarga.

f. Keluarga dengan Anak Dewasa (*Launching Center Family*)

Tahap ini dimulai ketika anak mulai meninggalkan rumah untuk melanjutkan pendidikan, bekerja, atau membentuk keluarga baru. Orang tua perlu menyesuaikan kembali peran dan tanggung jawabnya serta tetap memberikan dukungan kepada anak tanpa mengurangi kemandiriannya. Pada tahap ini keluarga juga mulai mempersiapkan perubahan menuju usia lanjut.

g. Keluarga Usia Pertengahan (*Middle Age Family*)

Tahap keluarga usia pertengahan terjadi ketika seluruh anak telah mandiri sehingga pasangan kembali hidup berdua. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini meliputi mempertahankan hubungan yang harmonis dengan pasangan, mempersiapkan masa pensiun, menjaga kondisi kesehatan, serta memberikan dukungan kepada orang tua yang mulai memasuki usia lanjut apabila masih hidup. Upaya mempertahankan gaya hidup sehat pada tahap ini menjadi penting untuk mencegah munculnya penyakit degeneratif, termasuk diabetes melitus.

h. Keluarga Usia Lanjut (*Aging Family*)

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai ketika pasangan memasuki masa lanjut usia hingga salah satu pasangan meninggal dunia.

Pada tahap ini keluarga menghadapi berbagai perubahan, seperti penurunan fungsi fisik, perubahan kondisi psikologis, berkurangnya aktivitas sosial, serta meningkatnya risiko penyakit kronis. Oleh karena itu, keluarga perlu mempertahankan kualitas hidup lansia melalui pemenuhan kebutuhan kesehatan, dukungan emosional, aktivitas fisik yang sesuai, serta pemeriksaan kesehatan secara rutin. Pada keluarga dengan lansia penderita diabetes melitus, keterlibatan seluruh anggota keluarga menjadi faktor penting dalam mempertahankan kepatuhan pengobatan dan mencegah terjadinya komplikasi (Bayaranie et al., 2024).

5. Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian keluarga merupakan ukuran kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, melakukan tindakan perawatan, memodifikasi lingkungan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya. Tingkat kemandirian keluarga menjadi indikator penting dalam keperawatan keluarga karena menunjukkan kemampuan keluarga dalam mempertahankan, meningkatkan, dan memulihkan status kesehatan secara mandiri (Megavitry, 2025).

a. Kemandirian Tingkat I

Kemandirian tingkat I merupakan tingkat kemandirian terendah, dimana keluarga masih sangat bergantung pada tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan. Karakteristik keluarga pada tingkat kemandirian I meliputi:

- 1) Menerima petugas kesehatan untuk melakukan kunjungan rumah.
- 2) Menerima pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.
- 3) Belum mampu mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 4) Belum mampu melakukan tindakan perawatan sederhana.
- 5) Masih sangat bergantung pada petugas kesehatan.

b. Kemandirian Tingkat II

Kemandirian tingkat II menunjukkan bahwa keluarga mulai mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi pada anggota keluarganya. Karakteristik keluarga pada tingkat kemandirian II meliputi:

- 1) Menerima pelayanan dan kunjungan tenaga kesehatan.
- 2) Mampu mengenali masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga.
- 3) Mulai melakukan tindakan sederhana sesuai anjuran petugas kesehatan.
- 4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 5) Masih membutuhkan bimbingan dalam pengambilan keputusan kesehatan.

c. Kemandirian Tingkat III

Kemandirian tingkat III menunjukkan bahwa keluarga telah mampu menjalankan sebagian besar tugas kesehatan keluarga secara mandiri. Karakteristik keluarga pada tingkat kemandirian III meliputi:

- 1) Mampu mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Mampu mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan.
- 3) Mampu melakukan tindakan perawatan sederhana secara mandiri.
- 4) Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan secara tepat.
- 5) Berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan masyarakat.

d. Kemandirian Tingkat IV

Kemandirian tingkat IV merupakan tingkat kemandirian tertinggi dalam keperawatan keluarga. Karakteristik keluarga pada tingkat kemandirian IV meliputi:

- 1) Mampu mengenali masalah kesehatan secara mandiri.
- 2) Mampu mengambil keputusan kesehatan secara tepat.
- 3) Mampu merawat anggota keluarga yang sakit secara mandiri.
- 4) Mampu memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan.
- 5) Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal.
- 6) Aktif dalam kegiatan kesehatan masyarakat.
- 7) Menjadi contoh perilaku hidup sehat bagi lingkungan sekitar.
- 8) Indikator Penilaian Tingkat Kemandirian Keluarga

Menurut Friedman yang dikutip dalam Setiawan (2020) lima tugas kesehatan keluarga tersebut meliputi kemampuan mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan kesehatan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara optimal.

Tabel 2. 1
Keluarga Mandiri

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		I	II	III	IV
1	Menerima petugas	√	√	√	√
2	Menerima pelayanan sesuai dengan rencana keperawatan	√	√	√	√
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar		√	√	√
4	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6	Melakukan tindakan pencegahan secara asertif			√	√
7	Melakukan tindakan peningkatan atau promotif secara aktif				√

(Sumber: Setiawan (2020))

B. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau kombinasi keduanya. Kondisi tersebut menyebabkan tubuh tidak mampu menggunakan glukosa secara optimal sebagai sumber energi sehingga terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Apabila tidak dikendalikan dengan baik, diabetes melitus dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronis yang memengaruhi kualitas hidup bahkan meningkatkan risiko kematian pada penderitanya (Bayaranie et al., 2024).

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan seumur hidup melalui penerapan manajemen diri (self-management). Pengelolaan tersebut meliputi pengaturan pola makan,

aktivitas fisik secara teratur, kepatuhan terhadap terapi farmakologis, pemantauan kadar glukosa darah, serta pemeriksaan kesehatan secara berkala. Keberhasilan pengelolaan diabetes melitus tidak hanya bergantung pada pasien, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga dalam mendampingi dan membantu pasien menjalankan seluruh program terapi secara berkesinambungan (Alfreyzal et al., 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus merupakan penyakit metabolik kronis yang ditandai oleh hiperglikemia akibat gangguan produksi maupun kerja insulin sehingga memerlukan pengelolaan jangka panjang. Keberhasilan pengendalian diabetes melitus dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi serta keterlibatan keluarga sebagai pendukung utama dalam proses perawatan untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

2. Etiologi

Diabetes melitus terjadi akibat gangguan pada produksi insulin oleh sel β pankreas, penurunan sensitivitas jaringan terhadap kerja insulin (resistensi insulin), maupun kombinasi dari kedua kondisi tersebut. Gangguan tersebut menyebabkan glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal oleh sel sebagai sumber energi sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia). Perkembangan penyakit berlangsung secara bertahap dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor genetik maupun lingkungan. Pada diabetes melitus tipe 2, faktor lingkungan dan gaya hidup berkontribusi besar terhadap terjadinya resistensi insulin sehingga penyakit berkembang secara progresif apabila tidak dilakukan pengendalian faktor risiko (Bayaranie et al., 2024).

Etiologi diabetes melitus bersifat multifaktorial sehingga tidak hanya dipengaruhi oleh satu penyebab. Berbagai faktor yang berperan dalam terjadinya diabetes melitus antara lain sebagai berikut.

g. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu penyebab yang meningkatkan risiko seseorang mengalami diabetes melitus. Individu yang memiliki

riwayat diabetes melitus pada orang tua maupun saudara kandung memiliki kemungkinan lebih besar mengalami penyakit yang sama dibandingkan individu tanpa riwayat keluarga. Predisposisi genetik tersebut akan semakin meningkatkan risiko apabila disertai dengan pola hidup yang kurang sehat, seperti konsumsi makanan tinggi kalori dan rendah aktivitas fisik (Alfreyzal et al., 2024).

h. Resistensi Insulin

Resistensi insulin merupakan kondisi ketika sel tubuh tidak mampu merespons insulin secara optimal sehingga glukosa sulit masuk ke dalam sel untuk digunakan sebagai sumber energi. Akibatnya, pankreas akan meningkatkan produksi insulin sebagai mekanisme kompensasi. Apabila kondisi tersebut berlangsung dalam waktu lama, fungsi sel β pankreas akan mengalami penurunan sehingga produksi insulin menjadi tidak mencukupi dan kadar glukosa darah meningkat secara terus-menerus (Bayaranie et al., 2024).

i. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko utama yang berhubungan dengan terjadinya diabetes melitus tipe 2. Penumpukan jaringan lemak, terutama lemak visceral, dapat menurunkan sensitivitas insulin melalui peningkatan pelepasan asam lemak bebas dan mediator inflamasi. Kondisi tersebut menyebabkan resistensi insulin semakin berat sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya hiperglikemia. Penurunan berat badan melalui pengaturan pola makan dan peningkatan aktivitas fisik terbukti mampu memperbaiki sensitivitas insulin pada penderita diabetes melitus (Alfreyzal et al., 2024).

j. Kurangnya Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang rendah menyebabkan penggunaan glukosa oleh otot berkurang sehingga kadar glukosa darah cenderung meningkat. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik juga berkontribusi terhadap peningkatan berat badan dan resistensi insulin. Oleh karena itu, aktivitas fisik secara teratur menjadi salah satu komponen penting dalam

pencegahan maupun pengelolaan diabetes melitus (Bayaranie et al., 2024).

k. Pola Makan Tidak Sehat

Pola makan tinggi kalori, tinggi gula, tinggi lemak jenuh, serta rendah serat berkontribusi terhadap peningkatan berat badan dan gangguan metabolisme glukosa. Konsumsi makanan yang tidak seimbang dalam jangka panjang dapat mempercepat terjadinya resistensi insulin sehingga meningkatkan risiko diabetes melitus. Sebaliknya, penerapan pola makan seimbang mampu membantu mengendalikan kadar glukosa darah dan mengurangi risiko komplikasi penyakit (Bayaranie et al., 2024).

l. Usia

Risiko diabetes melitus meningkat seiring bertambahnya usia. Proses penuaan menyebabkan penurunan fungsi sel β pankreas, berkurangnya sensitivitas insulin, serta meningkatnya kemungkinan terjadinya penyakit penyerta. Oleh karena itu, kelompok usia dewasa dan lanjut usia memiliki risiko lebih tinggi mengalami diabetes melitus dibandingkan kelompok usia muda, terutama apabila disertai faktor risiko lain seperti obesitas dan kurang aktivitas fisik (Alfreyzal et al., 2024).

m. Faktor Lain

Selain faktor-faktor tersebut, diabetes melitus juga dapat dipengaruhi oleh hipertensi, dislipidemia, kebiasaan merokok, stres, penggunaan obat-obatan tertentu, maupun riwayat diabetes gestasional. Kombinasi berbagai faktor tersebut dapat mempercepat terjadinya gangguan metabolisme glukosa sehingga meningkatkan risiko seseorang mengalami diabetes melitus (Bayaranie et al., 2024).

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Diabetes melitus diklasifikasikan berdasarkan mekanisme terjadinya gangguan metabolisme glukosa. Setiap klasifikasi memiliki karakteristik klinis, penyebab, serta pendekatan penatalaksanaan yang berbeda. Pemahaman mengenai klasifikasi diabetes melitus penting bagi tenaga kesehatan karena menjadi dasar dalam menentukan diagnosis, perencanaan terapi, serta penyusunan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien (E. B. Putri & Indrawati, 2024).

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 merupakan penyakit autoimun yang ditandai dengan kerusakan sel β pankreas sehingga produksi insulin menjadi sangat sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali. Kondisi tersebut menyebabkan penderita memerlukan terapi insulin seumur hidup untuk mempertahankan kadar glukosa darah dalam batas normal. Diabetes melitus tipe 1 umumnya terjadi pada usia anak-anak hingga remaja, meskipun dapat ditemukan pada usia dewasa

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 merupakan jenis diabetes yang paling banyak ditemukan di masyarakat. Penyakit ini terjadi akibat resistensi insulin yang disertai penurunan fungsi sel β pankreas sehingga tubuh tidak mampu mempertahankan kadar glukosa darah dalam batas normal. Faktor risiko yang berperan meliputi obesitas, kurang aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, usia, dan riwayat keluarga. Sebagian besar kasus diabetes melitus yang dijumpai pada pelayanan kesehatan primer merupakan diabetes melitus tipe 2

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional adalah gangguan toleransi glukosa yang pertama kali ditemukan selama masa kehamilan. Kondisi ini dipengaruhi oleh perubahan hormonal yang meningkatkan resistensi insulin selama kehamilan. Meskipun kadar glukosa darah umumnya kembali normal setelah persalinan, ibu yang pernah mengalami diabetes gestasional

memiliki risiko lebih tinggi mengalami diabetes melitus tipe 2 pada masa mendatang

d. Diabetes Melitus Tipe Lain

Selain tipe 1, tipe 2, dan gestasional, terdapat diabetes melitus yang disebabkan oleh kondisi khusus, seperti kelainan genetik fungsi sel β pankreas, penyakit pankreas eksokrin, gangguan endokrin, penggunaan obat-obatan tertentu, maupun infeksi. Meskipun prevalensinya lebih rendah, klasifikasi ini tetap memerlukan penatalaksanaan sesuai dengan penyebab yang mendasarinya agar pengendalian glukosa darah dapat dicapai secara optimal

4. Faktor Risiko

Faktor risiko diabetes melitus merupakan berbagai kondisi yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami gangguan metabolisme glukosa. Faktor risiko tersebut terdiri atas faktor yang tidak dapat diubah (non-modifiable risk factors) dan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors). Identifikasi faktor risiko sangat penting sebagai dasar dalam upaya pencegahan, deteksi dini, serta pengendalian diabetes melitus, terutama pada individu yang memiliki riwayat keluarga maupun kebiasaan hidup yang kurang sehat (Erdaliza et al., 2024).

a. Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Individu yang memiliki orang tua atau saudara kandung dengan diabetes melitus mempunyai risiko lebih tinggi mengalami penyakit yang sama dibandingkan individu tanpa riwayat keluarga. Faktor genetik yang diwariskan berperan terhadap gangguan sekresi maupun sensitivitas insulin sehingga meningkatkan kerentanan seseorang terhadap diabetes melitus

b. Usia

Pertambahan usia berhubungan dengan meningkatnya risiko diabetes melitus akibat penurunan fungsi sel β pankreas, perubahan metabolisme tubuh, serta menurunnya sensitivitas insulin. Risiko diabetes

melitus meningkat terutama pada usia di atas 45 tahun, terlebih apabila disertai obesitas dan aktivitas fisik yang rendah (Putri & Indrawati, 2024).

c. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko utama diabetes melitus tipe 2. Penumpukan lemak tubuh, terutama di daerah abdomen, dapat menyebabkan resistensi insulin sehingga glukosa sulit dimanfaatkan oleh sel sebagai sumber energi. Pengendalian berat badan melalui pola makan sehat dan aktivitas fisik menjadi salah satu upaya penting dalam menurunkan risiko diabetes melitus (Astutisari et al., 2022).

d. Kurangnya Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang rendah menyebabkan penggunaan glukosa oleh otot berkurang sehingga kadar glukosa darah meningkat. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik berkontribusi terhadap peningkatan berat badan dan resistensi insulin. Oleh karena itu, olahraga secara teratur dianjurkan sebagai bagian dari pencegahan maupun pengendalian diabetes melitus (Astutisari et al., 2022).

e. Pola Makan Tidak Sehat

Pola makan tinggi kalori, tinggi gula sederhana, tinggi lemak jenuh, dan rendah serat meningkatkan risiko terjadinya diabetes melitus. Konsumsi makanan yang tidak seimbang dalam jangka panjang dapat memicu obesitas dan resistensi insulin. Sebaliknya, penerapan pola makan bergizi seimbang dapat membantu menjaga kadar glukosa darah tetap terkendali (Astutisari et al., 2022).

f. Hipertensi dan Dislipidemia

Hipertensi dan dislipidemia sering ditemukan bersamaan dengan diabetes melitus sebagai bagian dari sindrom metabolik. Kedua kondisi tersebut dapat memperburuk resistensi insulin dan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kardiovaskular pada penderita diabetes melitus. Oleh karena itu, pengendalian tekanan darah dan profil lipid menjadi bagian penting dalam pencegahan maupun pengelolaan diabetes melitus (Erdaliza et al., 2024).

g. Kebiasaan Merokok

Merokok meningkatkan risiko diabetes melitus melalui peningkatan stres oksidatif, inflamasi, dan gangguan sensitivitas insulin. Selain meningkatkan risiko terjadinya diabetes, kebiasaan merokok juga mempercepat timbulnya komplikasi mikrovaskular maupun makrovaskular pada penderita diabetes melitus (Erdaliza et al., 2024).

5. Patofisiologi Diabetes Melitus

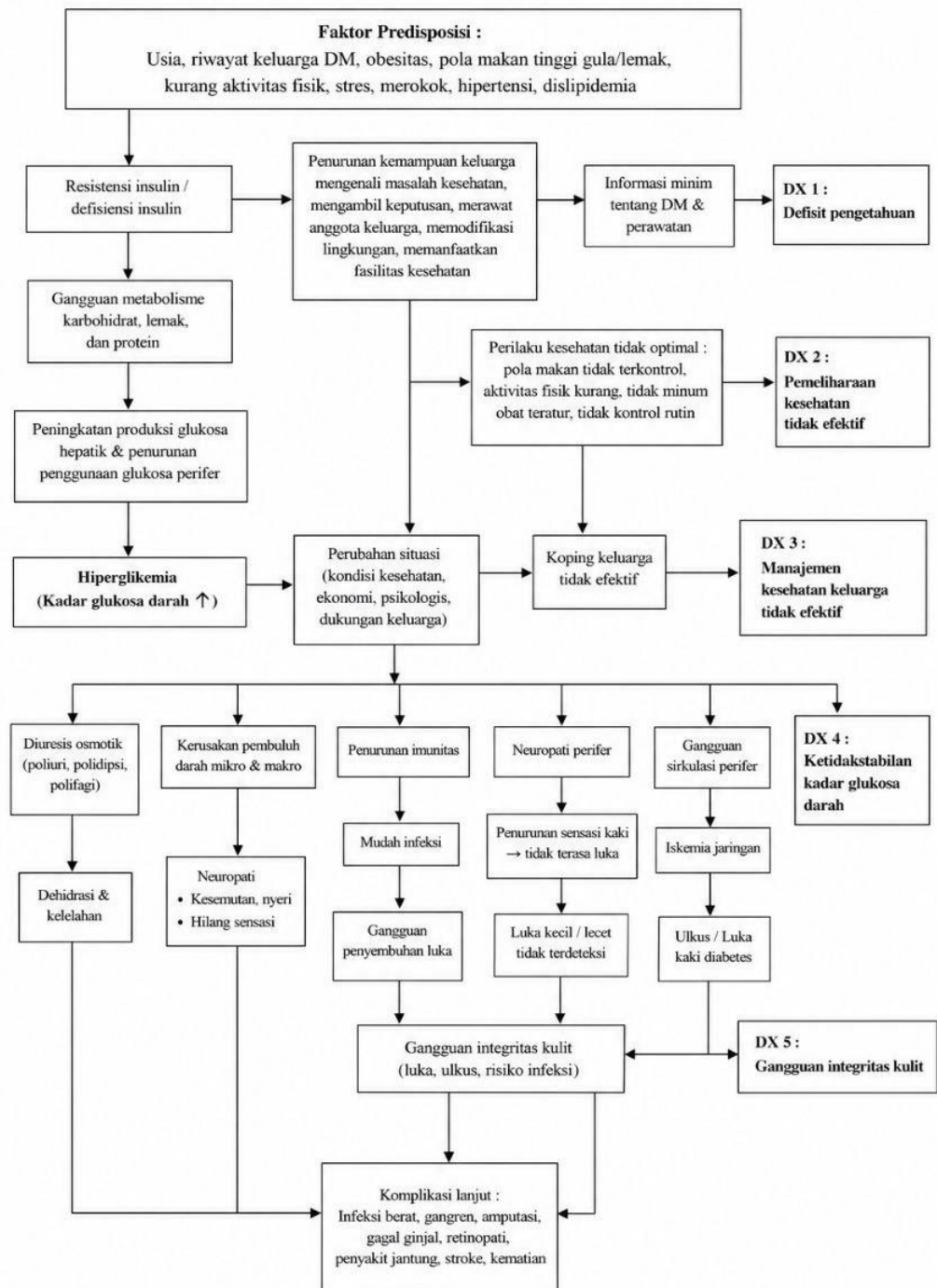
Patofisiologi diabetes melitus diawali oleh gangguan produksi insulin, gangguan kerja insulin (resistensi insulin), atau kombinasi keduanya yang menyebabkan glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal oleh sel tubuh. Dalam keadaan normal, insulin yang diproduksi oleh sel β pankreas berfungsi membantu transport glukosa dari sirkulasi darah ke dalam sel sebagai sumber energi. Apabila produksi insulin menurun atau kerja insulin terganggu, glukosa akan tetap berada di dalam aliran darah sehingga menyebabkan hiperglikemia. Kondisi ini menjadi dasar terjadinya berbagai perubahan metabolisme pada penderita diabetes melitus (A. A. Putri et al., 2024).

Pada diabetes melitus tipe 2, proses penyakit umumnya diawali oleh resistensi insulin pada jaringan perifer, terutama otot, hati, dan jaringan adiposa. Untuk mempertahankan kadar glukosa darah tetap normal, pankreas akan meningkatkan produksi insulin (hiperinsulinemia). Namun, apabila resistensi insulin berlangsung terus-menerus, kemampuan kompensasi pankreas akan menurun akibat disfungsi sel β sehingga produksi insulin tidak lagi mencukupi kebutuhan tubuh. Akibatnya, kadar glukosa darah meningkat secara progresif dan berkembang menjadi hiperglikemia kronis (Putri & Indrawati, 2024).

Hiperglikemia kronis dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah melalui proses glikasi protein, stres oksidatif, dan inflamasi kronis. Kerusakan tersebut mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskular) berupa retinopati, nefropati, dan neuropati diabetik, serta pembuluh darah besar (makrovaskular) seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit arteri perifer. Oleh karena itu, pengendalian kadar glukosa darah secara optimal

menjadi langkah penting dalam mencegah komplikasi dan mempertahankan kualitas hidup penderita diabetes melitus (Erdaliza et al., 2024).

5. Pathway Diabetes Melitus (DM)



6. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus

Manifestasi klinis diabetes melitus muncul akibat peningkatan kadar glukosa darah yang berlangsung secara terus-menerus sehingga mengganggu metabolisme tubuh. Gejala yang dialami penderita dapat berkembang secara perlahan, terutama pada diabetes melitus tipe 2, sehingga sering kali tidak disadari sampai terjadi komplikasi. Oleh karena itu, pengenalan manifestasi klinis secara dini sangat penting untuk mempercepat diagnosis, pengobatan, dan mencegah kerusakan organ lebih lanjut (Putri & Indrawati, 2024).

Gejala klasik diabetes melitus dikenal sebagai trias diabetes, yaitu poliuria, polidipsia, dan polifagia. Poliuria terjadi akibat peningkatan kadar glukosa darah yang melebihi ambang ginjal sehingga glukosa dikeluarkan bersama urin dan menarik cairan melalui proses diuresis osmotik. Kehilangan cairan yang berlebihan menyebabkan penderita mengalami rasa haus berlebihan (*polidipsia*). Sementara itu, ketidakmampuan sel memanfaatkan glukosa sebagai sumber energi akan merangsang pusat lapar di hipotalamus sehingga timbul rasa lapar yang berlebihan (*polifagia*) (A. A. Putri et al., 2024).

Selain trias diabetes, penderita juga sering mengalami penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, mudah lelah, lemah, pandangan kabur, kesemutan atau baal pada ekstremitas, kulit terasa gatal, serta luka yang sulit sembuh. Penurunan berat badan terjadi karena tubuh menggunakan cadangan lemak dan protein sebagai sumber energi akibat glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal. Gangguan penyembuhan luka disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah, penurunan aliran darah ke jaringan, serta gangguan respons imun akibat hiperglikemia kronis

Pada kondisi yang tidak terkontrol, diabetes melitus dapat menimbulkan manifestasi yang lebih berat, seperti infeksi berulang, terutama pada kulit dan saluran kemih, neuropati perifer yang ditandai dengan rasa baal atau nyeri pada kaki, serta penurunan ketajaman penglihatan akibat retinopati diabetik. Apabila kadar glukosa darah sangat tinggi dan tidak segera ditangani, penderita dapat mengalami komplikasi akut seperti ketoasidosis diabetik atau keadaan

hiperglikemik hiperosmolar yang memerlukan penanganan segera (Erdaliza et al., 2024).

7. Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi diabetes melitus merupakan keadaan yang timbul akibat hiperglikemia kronis yang tidak terkontrol sehingga menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh. Komplikasi dapat terjadi pada pembuluh darah kecil (mikrovaskular) maupun pembuluh darah besar (makrovaskular). Risiko terjadinya komplikasi meningkat apabila kadar glukosa darah tidak terkontrol, penderita tidak patuh terhadap pengobatan, serta tidak menerapkan perubahan gaya hidup yang sehat (Handayani et al., 2025).

a. Komplikasi Mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular merupakan komplikasi yang terjadi akibat kerusakan pembuluh darah kecil karena paparan hiperglikemia dalam waktu yang lama. Komplikasi ini meliputi retinopati diabetik, nefropati diabetik, dan neuropati diabetik. Retinopati diabetik dapat menyebabkan penurunan ketajaman penglihatan hingga kebutaan, sedangkan nefropati diabetik mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal kronis. Neuropati diabetik ditandai dengan gangguan fungsi saraf berupa kesemutan, baal, nyeri, hingga hilangnya sensasi pada ekstremitas, terutama kaki, yang meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetik

b. Komplikasi Makrovaskular

Komplikasi makrovaskular terjadi akibat kerusakan pembuluh darah besar yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular. Komplikasi ini meliputi penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit arteri perifer. Hiperglikemia kronis mempercepat proses aterosklerosis sehingga aliran darah menuju organ vital menjadi terganggu. Kondisi tersebut menyebabkan penderita diabetes melitus memiliki risiko lebih tinggi mengalami serangan jantung, stroke, maupun gangguan sirkulasi pada ekstremitas bawah yang dapat berakhir dengan amputasi apabila tidak ditangani secara tepat

c. **Komplikasi Akut**

Selain komplikasi kronis, diabetes melitus juga dapat menimbulkan komplikasi akut yang memerlukan penanganan segera. Komplikasi akut meliputi hipoglikemia, ketoasidosis diabetik (*diabetic ketoacidosis*), dan keadaan hiperglikemik hiperosmolar (*hyperosmolar hyperglycemic state*). Hipoglikemia umumnya terjadi akibat penggunaan obat antidiabetes atau insulin yang tidak diimbangi dengan asupan makanan yang cukup, sedangkan ketoasidosis diabetik dan keadaan hiperglikemik hiperosmolar disebabkan oleh peningkatan kadar glukosa darah yang sangat tinggi disertai gangguan metabolisme cairan dan elektrolit. Kondisi tersebut merupakan keadaan gawat darurat yang memerlukan penanganan medis segera untuk mencegah kematian

d. **Ulkus Kaki Diabetik**

Ulkus kaki diabetik merupakan salah satu komplikasi yang paling sering ditemukan pada penderita diabetes melitus. Komplikasi ini terjadi akibat kombinasi neuropati perifer, gangguan sirkulasi darah, dan infeksi sehingga luka pada kaki sulit sembuh. Apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, ulkus diabetik dapat berkembang menjadi infeksi berat, gangren, hingga memerlukan tindakan amputasi. Oleh karena itu, perawatan kaki secara rutin, pemeriksaan kaki berkala, serta edukasi kepada pasien dan keluarga menjadi bagian penting dalam pencegahan komplikasi ini (Noyumala et al., 2023).

8. Pemeriksaan Penunjang

a. **Pemeriksaan Laboratorium**

- 1) Glukosa Darah Puasa (GDP), digunakan untuk mengetahui kadar glukosa darah setelah puasa minimal 8 jam sebagai salah satu pemeriksaan utama dalam menegakkan diagnosis diabetes melitus.
- 2) Glukosa Darah Sewaktu (GDS), dilakukan tanpa memperhatikan waktu makan terakhir dan digunakan untuk mengetahui kadar glukosa darah pada saat pemeriksaan.

- 3) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO), dilakukan dengan mengukur kadar glukosa darah sebelum dan dua jam setelah pemberian glukosa oral untuk membantu menegaskan diagnosis diabetes melitus.
 - 4) Hemoglobin A1c (HbA1c), digunakan untuk menggambarkan rata-rata kadar glukosa darah selama 2–3 bulan terakhir serta mengevaluasi keberhasilan pengendalian diabetes melitus.
 - 5) Urinalisis, dilakukan untuk mendeteksi adanya glukosa, protein, maupun badan keton dalam urin sebagai indikator gangguan metabolisme dan kemungkinan komplikasi diabetes melitus.
- b. Pemeriksaan Fungsi Ginjal, meliputi pemeriksaan ureum, kreatinin, dan laju filtrasi glomerulus (eGFR) untuk menilai adanya gangguan fungsi ginjal akibat komplikasi diabetes melitus.
 - c. Profil Lipid, meliputi pemeriksaan kolesterol total, HDL, LDL, dan trigliserida untuk mengidentifikasi faktor risiko penyakit kardiovaskular yang sering menyertai diabetes melitus.
 - d. Elektrokardiografi (EKG), dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan irama jantung atau komplikasi kardiovaskular yang berhubungan dengan diabetes melitus.
 - e. Pemeriksaan Mata (Funduskopi), dilakukan untuk mendeteksi retinopati diabetik sebagai komplikasi mikrovaskular akibat hiperglikemia kronis (Putri & Indrawati, 2024)

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus bertujuan untuk mengendalikan kadar glukosa darah, mencegah terjadinya komplikasi akut maupun kronis, mempertahankan kualitas hidup, serta meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri (*self-management*). Keberhasilan penatalaksanaan tidak hanya bergantung pada terapi medis, tetapi juga dipengaruhi oleh kepatuhan pasien, perubahan gaya hidup, serta dukungan keluarga dalam menjalankan program pengobatan secara berkesinambungan. Menurut (Nofi Susanti et al., 2024).

Penatalaksanaan diabetes melitus meliputi beberapa komponen sebagai berikut.

a. Edukasi

Edukasi merupakan dasar utama dalam pengelolaan diabetes melitus. Edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai pengertian penyakit, penyebab, tanda dan gejala, faktor risiko, komplikasi, pentingnya kepatuhan terhadap terapi, pengaturan pola makan, aktivitas fisik, pemantauan kadar glukosa darah, serta perawatan kaki diabetes.

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi nutrisi medis merupakan pengaturan pola makan sesuai kebutuhan energi, status gizi, usia, aktivitas fisik, dan kondisi klinis pasien. Pengaturan diet dilakukan dengan memperhatikan jumlah, jenis, dan jadwal makan (3J). Pasien dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, memperbanyak serat, membatasi makanan tinggi gula sederhana, lemak jenuh, serta mengurangi konsumsi makanan tinggi kalori.

c. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan bagian penting dalam pengelolaan diabetes melitus karena dapat meningkatkan sensitivitas insulin, membantu penggunaan glukosa oleh otot sebagai sumber energi, mengontrol berat badan, serta memperbaiki kebugaran tubuh. Pasien dianjurkan melakukan aktivitas fisik intensitas sedang, seperti berjalan kaki, senam diabetes, bersepeda, atau berenang selama ± 150 menit per minggu yang dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kondisi kesehatan pasien.

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan apabila pengendalian glukosa darah belum tercapai melalui modifikasi gaya hidup. Terapi dapat berupa obat antidiabetes oral maupun insulin sesuai indikasi medis. Pemilihan jenis obat disesuaikan dengan kondisi klinis, kadar glukosa darah, usia, adanya

penyakit penyerta, serta risiko hipoglikemia. Selama menjalani terapi farmakologis, pasien perlu mematuhi dosis, waktu pemberian obat, serta melakukan kontrol kesehatan secara rutin untuk mengevaluasi efektivitas pengobatan.

e. Monitoring Kadar Glukosa Darah

Pemantauan kadar glukosa darah dilakukan secara berkala untuk mengetahui keberhasilan terapi serta mendeteksi terjadinya hipoglikemia maupun hiperglikemia. Monitoring dapat dilakukan melalui pemeriksaan glukosa darah sewaktu, glukosa darah puasa, maupun HbA1c sesuai anjuran tenaga kesehatan. Hasil pemeriksaan digunakan sebagai dasar dalam mengevaluasi terapi dan menentukan penyesuaian pengobatan apabila diperlukan.

f. Perawatan Kaki Diabetes

Perawatan kaki diabetes bertujuan mencegah terjadinya ulkus diabetik, infeksi, maupun amputasi akibat komplikasi neuropati dan gangguan sirkulasi. Pasien dianjurkan memeriksa kondisi kaki setiap hari, menjaga kebersihan kaki, menggunakan alas kaki yang nyaman, menghindari berjalan tanpa alas kaki, memotong kuku dengan benar, serta segera memeriksakan diri apabila ditemukan luka atau perubahan pada kaki. Perawatan kaki yang dilakukan secara rutin terbukti mampu menurunkan risiko komplikasi pada penderita diabetes melitus.

10. Dampak Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Keluarga

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan jangka panjang sehingga tidak hanya berdampak pada kondisi fisik penderita, tetapi juga memengaruhi kehidupan keluarga. Seluruh anggota keluarga perlu beradaptasi terhadap perubahan pola hidup, pengobatan, serta kebutuhan perawatan yang harus dilakukan secara terus-menerus. Oleh karena itu, keluarga memiliki peran penting dalam mendukung keberhasilan pengelolaan diabetes melitus (Bayaranie et al., 2024).

Adapun dampak diabetes melitus terhadap keluarga meliputi beberapa aspek sebagai berikut :

a. Dampak Fisik

Diabetes melitus mengharuskan keluarga terlibat dalam membantu pasien menjalankan terapi, mengatur pola makan, mengingatkan konsumsi obat, serta mendampingi pemeriksaan kesehatan secara rutin. Kondisi tersebut dapat meningkatkan beban fisik keluarga, terutama apabila pasien telah mengalami komplikasi dan membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Dampak Psikologis

Penyakit diabetes melitus sering menimbulkan kecemasan, stres, rasa takut, dan kekhawatiran baik pada pasien maupun anggota keluarga. Kekhawatiran tersebut umumnya berkaitan dengan risiko komplikasi, kondisi kesehatan pasien, serta keberhasilan pengobatan yang harus dijalani dalam jangka panjang. Apabila tidak dikelola dengan baik, kondisi ini dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis seluruh anggota keluarga.

c. Dampak Sosial

Perubahan gaya hidup yang harus diterapkan menyebabkan keluarga perlu menyesuaikan kebiasaan sehari-hari, termasuk pola makan, aktivitas fisik, serta aktivitas sosial. Beberapa keluarga juga mengalami keterbatasan dalam mengikuti kegiatan sosial karena harus mendampingi anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.

d. Dampak Ekonomi

Pengelolaan diabetes melitus membutuhkan biaya yang tidak sedikit, meliputi biaya pemeriksaan laboratorium, obat-obatan, kontrol rutin, hingga penanganan komplikasi apabila terjadi. Kondisi tersebut dapat meningkatkan beban ekonomi keluarga, terutama pada pasien yang memerlukan terapi jangka panjang atau mengalami komplikasi kronis.

e. Dampak terhadap Fungsi Keluarga

Diabetes melitus dapat memengaruhi pelaksanaan fungsi keluarga, terutama dalam menjalankan fungsi pemeliharaan kesehatan. Keluarga dituntut mampu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan agar mendukung kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara optimal. Dukungan keluarga yang baik terbukti dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan perawatan diri dan membantu mengendalikan kadar glukosa darah

C. Proses Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan keluarga yang bertujuan mengumpulkan data secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita diabetes melitus, serta sumber daya yang dimiliki keluarga. Data hasil pengkajian menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan keluarga. Pengkajian dilakukan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, spiritual, dan lingkungan keluarga (Hastutik et al., 2025).

a. Data Umum

2) Nama Kepala Keluarga (KK)

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui identitas kepala keluarga sebagai penanggung jawab utama dalam pengambilan keputusan terkait perawatan anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.

3) Alamat dan Nomor Telepon

Data alamat dan nomor telepon diperlukan untuk mengetahui lokasi tempat tinggal keluarga serta memudahkan koordinasi pelayanan kesehatan dan tindak lanjut kunjungan rumah.

4) Pekerjaan Kepala Keluarga

Pengkajian pekerjaan dilakukan untuk mengetahui sumber pendapatan keluarga yang dapat memengaruhi kemampuan memenuhi kebutuhan pengobatan, pemeriksaan laboratorium, maupun kontrol rutin penderita diabetes melitus.

5) Pendidikan Kepala Keluarga

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam memahami informasi mengenai diabetes melitus, pengobatan, pengaturan diet, serta pencegahan komplikasi.

6) Komposisi Keluarga

Komposisi keluarga meliputi jumlah anggota keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan kepala keluarga, dan status kesehatan masing-masing anggota keluarga.

7) Genogram

Genogram digunakan untuk menggambarkan hubungan keluarga minimal tiga generasi, mengetahui adanya riwayat diabetes melitus atau penyakit degeneratif lain yang bersifat hereditas, serta mengidentifikasi sistem pendukung keluarga.

8) Tipe Keluarga

Pengkajian tipe keluarga bertujuan mengetahui bentuk keluarga, seperti keluarga inti, keluarga besar, maupun keluarga dengan orang tua tunggal yang dapat memengaruhi pola perawatan pasien diabetes melitus.

9) Suku Bangsa

Suku bangsa dikaji karena kebiasaan makan, budaya, serta kepercayaan tertentu dapat memengaruhi perilaku keluarga dalam pencegahan maupun pengelolaan diabetes melitus.

10) Agama

Agama dikaji untuk mengetahui nilai dan keyakinan keluarga yang dapat memengaruhi penerimaan terhadap penyakit, proses pengobatan, serta mekanisme koping keluarga.

11) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi menggambarkan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pengobatan, pemeriksaan glukosa darah, penyediaan makanan sesuai diet diabetes, dan akses terhadap pelayanan kesehatan.

12) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Aktivitas rekreasi dikaji untuk mengetahui keseimbangan aktivitas keluarga, mengurangi stres, serta meningkatkan kualitas hubungan antaranggota keluarga.

b. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi tahapan perkembangan keluarga berdasarkan siklus kehidupan keluarga. Penentuan tahap perkembangan bertujuan mengetahui apakah keluarga telah mampu melaksanakan tugas perkembangan sesuai tahap yang sedang dijalani. Pada keluarga dengan anggota yang menderita diabetes melitus, perawat juga mengkaji sejauh mana penyakit memengaruhi pencapaian tugas perkembangan keluarga, seperti kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan interpersonal, serta menjaga fungsi keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan.

2) Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Perawat mengidentifikasi tugas perkembangan keluarga yang belum dapat dilaksanakan secara optimal akibat adanya anggota keluarga yang menderita diabetes melitus. Pengkajian meliputi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi, kemampuan melakukan adaptasi terhadap penyakit kronis, mempertahankan komunikasi antaranggota keluarga, serta menjalankan lima tugas kesehatan keluarga.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

Pengkajian meliputi riwayat kesehatan seluruh anggota keluarga, terutama riwayat diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung,

stroke, penyakit ginjal, dislipidemia, maupun penyakit kronis lainnya. Selain itu dikaji lama menderita diabetes, riwayat kontrol kesehatan, kepatuhan minum obat, riwayat komplikasi, riwayat rawat inap, serta upaya perawatan yang telah dilakukan keluarga.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui adanya riwayat penyakit keturunan dalam keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, maupun penyakit metabolik lainnya yang dapat meningkatkan risiko kejadian diabetes melitus pada anggota keluarga.

c. Pengkajian Lingkungan

Meliputi karakteristik rumah, sanitasi, ventilasi, pencahayaan, sumber air bersih, kondisi lingkungan sekitar, dukungan masyarakat, mobilitas keluarga, serta akses menuju fasilitas pelayanan kesehatan.

d. Struktur Keluarga

Meliputi pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan, pembagian peran, nilai, dan norma keluarga yang memengaruhi proses pengambilan keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes melitus.

e. Fungsi Keluarga

Pengkajian fungsi keluarga meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, dan terutama fungsi perawatan kesehatan. Pada fungsi perawatan kesehatan dikaji kemampuan keluarga dalam mengenali masalah diabetes melitus, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Nofi Susanti et al., 2024)

f. Stres dan Koping Keluarga

1) Stresor Jangka Pendek

Pengkajian meliputi masalah yang sedang dialami keluarga akibat penyakit diabetes melitus, seperti peningkatan kadar glukosa darah, perubahan pola makan, kebutuhan kontrol rutin, penggunaan obat

antidiabetes, keterbatasan aktivitas, maupun munculnya komplikasi akut.

2) Stresor Jangka Panjang

Perawat mengkaji masalah yang berlangsung terus-menerus, seperti beban biaya pengobatan, kecemasan terhadap komplikasi diabetes, perubahan peran dalam keluarga, ketergantungan pasien kepada anggota keluarga, serta perubahan kualitas hidup akibat penyakit kronis.

3) Kemampuan Keluarga Berespons terhadap Stres

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui respons emosional keluarga ketika menghadapi penyakit diabetes melitus, seperti rasa cemas, takut, sedih, putus asa, marah, atau penerimaan terhadap kondisi penyakit.

4) Strategi Koping yang Digunakan

Perawat mengidentifikasi cara keluarga mengatasi masalah, seperti berdiskusi bersama anggota keluarga, mencari informasi mengenai diabetes melitus, mengikuti anjuran tenaga kesehatan, memanfaatkan dukungan sosial, meningkatkan ibadah, maupun melakukan modifikasi gaya hidup.

5) Strategi Adaptasi Disfungsional

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui adanya mekanisme koping yang tidak efektif, seperti mengabaikan pengobatan, tidak patuh terhadap diet diabetes, menghentikan kontrol kesehatan, menyalahkan anggota keluarga, menarik diri dari lingkungan sosial, maupun menggunakan pengobatan yang tidak sesuai anjuran tenaga kesehatan.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada keluarga dengan anggota yang menderita diabetes melitus dilakukan secara sistematis menggunakan pendekatan head to toe dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pengkajian diawali dengan menilai keadaan umum pasien, meliputi

tingkat kesadaran, kondisi umum, status hidrasi, berat badan, tinggi badan, dan indeks massa tubuh (IMT) sebagai indikator status gizi.

Selanjutnya dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu tubuh untuk mengetahui kondisi hemodinamik serta kemungkinan adanya infeksi atau penyakit penyerta. Pemeriksaan pada sistem integumen meliputi kondisi kulit, warna kulit, kelembapan, turgor, adanya pruritus, luka yang sulit sembuh, ulkus diabetik, maupun tanda-tanda infeksi yang sering ditemukan pada penderita diabetes melitus.

Pengkajian juga difokuskan pada pemeriksaan ekstremitas untuk menilai adanya neuropati perifer maupun gangguan sirkulasi. Data yang dikaji meliputi kekuatan otot, sensasi baal atau kesemutan, pengisian kapiler (capillary refill time), nadi perifer, edema, kondisi kuku, deformitas kaki, serta adanya luka atau kelainan pada telapak kaki yang berisiko berkembang menjadi ulkus diabetik.

Selain itu, dilakukan pemeriksaan fungsi penglihatan untuk mengidentifikasi adanya pandangan kabur atau tanda-tanda retinopati diabetik. Hasil pemeriksaan fisik didukung oleh data pemeriksaan penunjang, seperti kadar glukosa darah sewaktu (GDS), glukosa darah puasa (GDP), dan hemoglobin A1c (HbA1c) apabila tersedia. Seluruh data yang diperoleh digunakan sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan, menentukan prioritas masalah, serta menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien diabetes melitus.

h. Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat mengidentifikasi harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan, kemampuan keluarga yang ingin ditingkatkan, serta bentuk dukungan yang diharapkan agar keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita diabetes melitus secara mandiri dan berkesinambungan (Alfreyzal et al., 2024).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan keputusan klinis yang diperoleh berdasarkan hasil analisis data pengkajian terhadap kondisi kesehatan keluarga, tahap perkembangan keluarga, lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, serta mekanisme koping keluarga. Diagnosis keperawatan dapat bersifat aktual, risiko, maupun promosi kesehatan (sejahtera). Penetapan diagnosis bertujuan menjadi dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan keluarga (PPNI, 2019)

Langkah-langkah dalam menetapkan diagnosis keperawatan keluarga meliputi:

- a. Analisis data.
- b. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga.
- c. Perumusan masalah keperawatan.
- d. Penentuan etiologi berdasarkan ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- e. Pada diagnosis keperawatan promosi kesehatan (*wellness*), etiologi dapat dicantumkan maupun tidak dicantumkan sesuai kondisi keluarga yang dikaji.

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan anggota yang menderita diabetes melitus menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2019) antara lain:

- a. **Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)** berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.
- b. **Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116)** berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

- c. **Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)** berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal dan mengatasi masalah kesehatan.
- d. **Defisit pengetahuan (D.0111)** berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit diabetes melitus, pengobatan, diet, aktivitas fisik, serta pencegahan komplikasi.
- e. **Gangguan integritas kulit (D.0129)** berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami luka atau ulkus diabetik.

Setelah seluruh diagnosis dirumuskan, tahap berikutnya adalah menentukan diagnosis prioritas. Penentuan prioritas dilakukan berdasarkan tingkat urgensi masalah menggunakan metode skoring, sehingga diagnosis dengan nilai tertinggi menjadi prioritas utama dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan keluarga.

Tabel 2. 2
Skoring Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		
	• Aktual • Resiko • Potensial	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	• Dengan mudah • Hanya sebagian • Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk dicegah		
	• Tinggi • Cukup • Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah		
	• Masalah berat, harus segera ditangani • Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani • Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi angka tertinggi dan dikaitkan dengan bobot

$$\frac{\text{skoring}}{\text{angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
 - d. Jumlah skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi penentuan prioritas:
- a. Dengan melihat kriteria yang pertama, yaitu sifatnya masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
 - b. Untuk kriteria kedua, yaitu kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memerhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
 - 1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menenangi masalah.
 - 2) Sumbernya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - 3) Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
 - 4) Sumber daya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
 - c. Untuk kriteria ketiga, yaitu potensial masalah dapat dicegah, faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah:
 - 1) Kepemilikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - 2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
 - 3) Tindakan yang sedang dijalani adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - 4) Adanya kelompok "*high risk*" atau kelompok yang sangat peka menambah potensial untuk mencegah masalah.
 - d. Untuk kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan

tersebut. Nilai skore yang tertinggi yang terlebih dahulu, dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan keluarga dengan hipertensi menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah:

Tabel 2. 3
Intervensi Keperawatan Dengan Menggunakan SIKI Dan SLKI

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Kestabilan kadar glukosa darah meningkat berarti kadar glukosa darah berada dalam rentang normal. Dengan kriteria hasil: 1. Koordinasi meningkat 2. Mengantuk menurun 3. Pusing menurun 4. Lelah/lesu menurun 5. Rasa lapar menurun 6. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi 7. Suplemen metabolisme lengkap Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
			gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulasi jika ada Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu
2	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal dan mengatasi masalah kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pemeliharaan kesehatan meningkat (L.12106) dengan kriteria hasil : 1. Klien menunjukkan perilaku adaptif meningkat 2. Klien menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat 3. Klien menunjukkan kemampuan perilaku sehat meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
			2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 4. Manajemen Perilaku
3	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat (L.12105) dengan kriteria hasil: 1. Klien dan keluarga mampu merawat anggota keluarga meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat 3. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) Observasi: 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan Bersama keluarga 3. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga Terapeutik: 4. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga Edukasi: 5. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga 6. Anjurkan menggunakan fasilitas yang ada
4	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal penyakit diabetes melitus, pengobatan, diet, aktivitas fisik, serta	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil: 1. Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit diabetes melitus meningkat	Edukasi proses penyakit (I.12444) Observasi: 7. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 8. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
	pencegahan komplikasi.		9. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 10. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 11. Jelaskan penyebab dan faktor resiko 12. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 13. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
5	Gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami luka atau ulkus diabetik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Integritas kulit/jaringan meningkat berarti meningkatnya keutuhan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
			11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

4. Pelaksanaan Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan intervensi yang telah disusun berdasarkan diagnosis keperawatan keluarga. Pada tahap ini perawat bekerja sama dengan keluarga dalam memberikan pendidikan kesehatan, mendampingi pengelolaan diabetes melitus, meningkatkan kepatuhan terhadap diet, terapi, aktivitas fisik, pemantauan glukosa darah, serta perawatan kaki diabetes sesuai kebutuhan keluarga. Implementasi bertujuan meningkatkan kemampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan keluarga sehingga mampu merawat anggota keluarga yang menderita diabetes melitus secara mandiri. Keberhasilan implementasi ditandai dengan meningkatnya pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien, meningkatnya kepatuhan terhadap pengobatan dan gaya hidup sehat, serta membaiknya pengendalian kadar glukosa darah sehingga risiko komplikasi dapat diminimalkan (Alfreyzal et al., 2024).

5. Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi keperawatan keluarga merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada keluarga dengan anggota yang menderita diabetes melitus. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil implementasi terhadap tujuan dan luaran yang telah ditetapkan sebagai dasar penyusunan tindak lanjut sesuai kebutuhan keluarga.

Evaluasi didokumentasikan menggunakan metode SOAP, yaitu *Subjective* (S), *Objective* (O), *Assessment* (A), dan *Planning* (P). Metode ini digunakan untuk menilai perkembangan kondisi pasien, kemampuan keluarga, serta menentukan rencana keperawatan selanjutnya.

Keberhasilan evaluasi ditandai dengan meningkatnya pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan keluarga, meningkatnya kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan gaya hidup sehat, serta tercapainya pengendalian kadar glukosa darah. Apabila tujuan belum tercapai, intervensi keperawatan disusun kembali sesuai kondisi dan kebutuhan keluarga (Putri & Indrawati, 2024).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

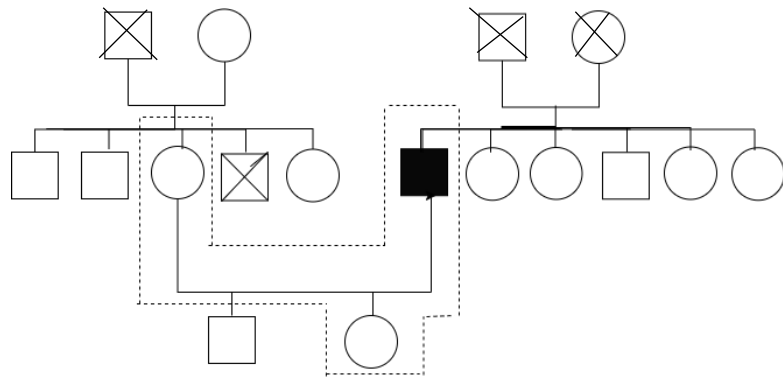
Nama : Tn.W
 Umur : 56 tahun
 Pendidikan : SMP
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Buruh tani
 Suku : Sunda
 Agama : Islam
 Status perkawinan : Kawin
 Tanggal pengkajian : Senin,13 Mei 2026
 Alamat : Kp. Cibodas RT:02 RW:01 Desa
 Banjarsari Kecamatan Bayongbong

2) Komposisi keluarga

Tabel 3. 1
Komposisi Keluarga Tn. W

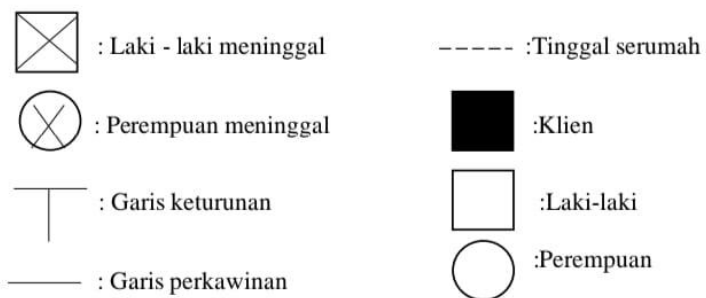
No.	Nama	L/ P	Hubungan dengan Keluarga	Umur	Status Pendidikan	Status Pekerjaan	Status Kesehatan	Status Imunisasi	Ket.
1.	Ny.E	P	Istri	51 Thn	SMP	IRT	Sehat	–	–
2.	Ny.S	P	Anak	20 Thn	SMA	Bekerja	Sehat	–	–

3. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan :



3) Tipe Keluarga

Tipe keluarga Tn.W adalah keluarga dengan tipe nuclear family (Keluarga inti), dimana dalam keluarga hanya terdiri dari kepala keluarga (Suami), Istri, Anak.

4) Suku Bangsa

Keluarga Tn.W Berasal dari suku sunda asli dan bahasa sehari-hari digunakan untuk berkomunikasi dengan keluarga yaitu dengan menggunakan bahasa sunda.

5) Agama

Agama yang dianut oleh keluarga Tn.W adalah agama islam keluarga juga mengikuti pengajian rutin di lingkungan rumah.

6) Status Sosial Ekonomi

Status Sosial ekonomi keluarga Tn.w sebagai seorang kepala keluarga mempunyai penghasilan cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarganya dan Ny.E hanya berpotensi sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga). Penghasilan sekarang bergantung pada Tn.W Penghasilan tidak menentu kadang-kadang mencapai Rp 1.500.000-2.000.000 perbulan. Dengan penghasilan tersebut keluarga mengatakan cukup, masih bisa di pakai untuk tagihan listrik, makan sehari-hari dan kebutuhan lainnya.

7) Kegiatan Waktu Luang/Rekreasi

Tn.W Mengatakan sudah jarang berekreasi dengan keluarga, semenjak usia Tn.W sudah semakin menua. Keluarga Tn.W sekarang lebih milih berkumpul dirumah bersama anggota keluarga besar, Begitupun hari-hari penting seperti idul adha, idul fitri. atau acara keluarga lainnya, Biasanya rumah Tn.W di jadikan titik kumpul oleh anggota keluarga besar dan kerabat

8) Pola kebiasaan hidup sehari-hari

a) Kebiasaan makan dan minum

Kebiasaan makan dan minum keluarga tidak teratur antara 2-3x/ hari dan minumannya. Menu makan terdiri dari nasi, lauk pauk, sayuran dan kadang-kadang telur dan daging. Tn.W juga mengatakan sering merokok dan setiap harinya menghabiskan 1 bungkus rokok dan suka memakan ikan asin dan goreng-gorengan.

b) Kebiasaan tidur

Tn.W mengatakan kadang-kadang tidur siang saat tidak ada kegiatan ataupun pekerjaan dan tidur malem 6-7 jam, sedangkan Ny.E biasanya tidur jam 21:00 WIB dan bangun pukul 04:30 WIB pagi.

c) Kebiasaan kebersihan

Kebersihan anggota keluarga mengganti pakaian sehari 2 kali, mandi 2x sehari dengan memakai sabun. Keluarga terbiasa menggosok gigi, setelah makan pagi.

9) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga Tn.W saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga VII karena keluarga Tn.W terdiri dari pasangan dan anak usia pertengahan / melepas anak dewasa (anak terakhir sudah bekerja).

b) Tahap perkembangan yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan yang belum terpenuhi adalah ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, kurangnya pengetahuan tentang penyakit kronis atau kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi

c) Riwayat kesehatan keluarga inti

Keluarga Tn.W mengatakan di keluarga inti hanya Tn.W saja yang mengalami kesehatan yaitu diabetes melitus, tidak ada anggota keluarga yang mengidap penyakit turunan lainnya seperti jantung dan juga paru-paru.

d) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Tn.W mengatakan mempunyai riwayat diabetes melitus sejak 2 tahun yang lalu, pada saat melakukan pengecekan pertama hasil GDS klien mencapai 450 mg/dl sekaligus menjadi nilai GDS tertinggi klien, lalu Tn.W meminum obat rutin atau sampai habis dan beberapa hari lagi di cek GDS kembali hasilnya normal (150 mg/dl). Kemudian kambuh kembali, keluhan yang dirasakan sama pada saat gula darah tinggi yaitu badan lemes dan pusing, lalu melakukan pengecekan gula darah lagi dan hasilnya GDS = 396 mg/dl.

b. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah keluarga Tn.W termasuk rumah permanen dan merupakan rumah milik sendiri yang terdiri dari 1 lantai.

a) Ruangan

Ruangan rumah keluarga Tn.W terdiri dari 8 ruangan, 1 wc, 2 kamar tidur, warung, dapur, ruang tamu, ruang tv, dan teras.

b) Penerangan

Penerangan rumah Tn.W pada siang hari cukup baik, sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah sedangkan penerangan pada malam hari keluarga Tn.W selalu menggunakan lampu listrik.

c) Ventilasi

Rumah keluarga Tn.W ventilasinya cukup baik, udara dapat masuk melalui jendela.

d) Jamban / WC

Rumah keluarga Tn.W memiliki jamban sendiri dimana penempatannya terdapat didalam rumah dan untuk pembuangan limbahnya dilirkan ke septic tank.

e) Sumber air minum

Sumber air berasal dari PDAM yang digunakan untuk keperluan mencuci, memasak, minum dan mandi. Keadaan air bersih tidak berbau, tidak berwarna dan tidak berasa.

f) Kebiasaan memasak

Untuk memenuhi kebutuhan makan sehari-hari keluarga Tn.W memasak sendiri untuk istrinya, dan kadang di bantu anaknya.

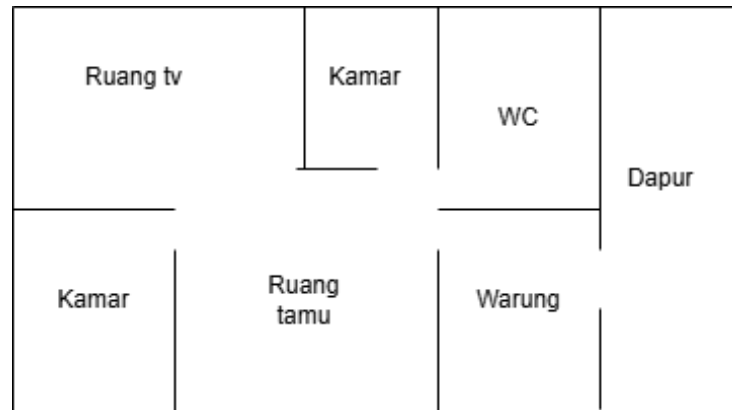
g) Pembuangan sampah

Keluarga Tn.W membuang sampah menggunakan kantong keresek di kumpulkan bila sudah penuh di buang ke tempat pembuangan sampah.

h) Pembuangan air Limbah

Air limbah rumah langsung disalurkan ke selokan /sungai.

i) Denah



Gambar 3. 2 Denah Rumah

2) Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Keluarga Tn.W tinggal di lingkungan padat penduduk tetangganya semua bersuku sunda, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan tetangga. Karakter tetangga ramah dan memiliki sifat kebersamaan, dan kepedulian yang tinggi sesama tetangga. Tetangga di sekitar lingkungan rumah sering melakukan kegiatan bersama seperti bergotong royong dan juga pengajian rutin.

3) Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Tn.W tinggal menetap di Kp. Cibodas RT:02 RW:01 Desa Banjarsari Kecamatan Bayongbong.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi masyarakat

Keluarga Tn.W dapat berinteraksi secara baik dengan masyarakat sekitarnya.

5) Sistem pendukung keluarga

Keluarga Tn.W semuanya saling mendukung dan mensupport khususnya masalah kesehatan keluarga, apalagi sang istri yang selalu menemani Tn.W dalam kondisi apapun.

c. Struktur dan Fungsi Keluarga

1) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Tn.W Mengatakan pola komunikasi dalam keluarganya di lakukan secara terbuka dan apabila ada masalah selalu di rundingkan dengan keluarga demi mendapatkan hasil yang sesuai.

b) Struktur kekuatan keluarga

Struktur kekuatan keluarga terletak pada Tn.W selaku kepala keluarga namun dalam pengambilan keputusan biasanya berdasarkan keputusan bersama persetujuan bersama atau hasil berunding dengan keluarga

c) Struktur peran

Tn.W dan Ny.E merupakan anggota masyarakat di RT 02 RW 01 Kp. Cibodas, oleh karena itu jika ada kegiatan di lingkungan Tn.W dan Ny.E ikut serta dalam kegiatan seperti kerja bakti. Tn.W berperan sebagai kepala keluarga, Ny.E berperan sebagai istri

d) Nilai dan norma keluarga

Nilai dan norma yang di anut oleh keluarga Tn.W yaitu nilai-nilai adat istiadat sunda. Tn.W selalu menekankan kepada anak-anaknya untuk mengembangkan sikap sopan santun, saling menghormatai, menghargai, ramah-tamah dan saling tolong menolong.

2) Fungsi keluarga

a) Fungsi *Afektif*

Semua anggota keluarga Tn.W saling menyayangi satu sama lain meskipun sedang sakit Tn.W selalu memberikan yang terbaik untuk keluarganya seperti perhatian tidak lupa pekerjaannya dan bila ada masalah keluarga selalu membantu sesama lain

b) Fungsi *social*

Interaksi antara keluarga Tn.W dengan lingkungan sekitarnya sangat baik, hal ini terbukti dengan keluarga Tn.W selalu mengikuti kegiatan seperti kerja bakti dan pengajian rutin, apabila ada waktu senggang Tn.W sering mengobrol dengan tetangga selain itu Tn.W juga tampak bersikap saling menghormati satu sama lain dengan tetangga sekitarnya.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menurut Tn.W dan keluarga kesehatan itu sangatlah penting bagi dirinya dan keluarganya. Keluarganya sangat peduli jika terdapat anggota keluarganya sakit tetapi keluarga dan Tn.W mengatakan tidak tahu sepenuhnya tentang penyakit diabetes melitus yang dideritanya. Keluarga tidak tahu pasti tentang penyebab, tanda dan gejala Diabetes Melitus karena kurang informasi sehingga Tn.W dan keluarga tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit DM, serta keluarga Tn.W tidak mengetahui bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit dengan DM. Pada saat dilakukan pengkajian Tn.W dan keluarga bertanya-tanya mengenai akibat dari penyakit DM.

d) Fungsi reproduksi

Tn.W mengatakan sangat bahagia dirinya dikaruniai anak yang berbakti. Tn.W mempunyai 2 orang anak, 1 anak laki-laki dan 1 anak perempuan. Ny.E tidak mengikuti program KB karena sudah menopause.

e) Fungsi ekonomi

Menurut penuturan keluarga Tn.W penghasilan didapat dari Tn.W sebagai buruh tani dan dari anak-anaknya, kebutuhan dan pangannya keluarga Tn.W cukup terpenuhi.

f) Fungsi keperawatan keluarga

1) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Keluarga Tn.W mengatakan bahwa Tn.W menderita diabetes melitus namun tidak mengetahui sepenuhnya tentang penyakit diabetes melitus tersebut.

2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan khususnya Tn.W keluarga selalu langsung membawa ketempat pelayanan kesehatan terdekat tetapi keluarga suka selalu melakukan pemeriksaan kesehatan pada saat sakit atau kambuh. Keluarga mengatakan jarang melakukan pemeriksaan kesehatan pada saat sehat.karena Tn.W merasa dirinya sehat atau baik-baik saja.

3) Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Keluarga Tn.W mengatakan belum bisa merawat dengan maksimal terhadap Tn.W.

4) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan

Keluarga Tn.W mampu memelihara lingkungan rumah yang sehat dan bersih.

5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Keluarga Tn.W sudah mampu menggunakan fasilitas kesehatan,terbukti ketika Tn.W sakit keluarga langsung membawanya ke fasilitas kesehatan (Klinik/puskesmas).

d. Stress dan koping keluarga

1) Stress

Tn.W menghawatirka dirinya dan cemas akan kesehatannya.

2) Kemampuan keluarga berperan terhadap stress

Keluarga Tn.W memberikan dorongan dan semangat pada anggota keluarga yang memiliki masalah dan membantu memecahkan masalah dengan bermusyawarah.

3) Strategi koping yang digunakan

Tn.W menganggap penyakit yang di deritanya merupakan kehendak tuhan.Tn.W hanya bisa pasrah dan yakin atas kesembuhannya

e. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3. 2
Data Hasil Pemeriksaan Fisik

No	Jenis Pemeriksaan	Tn.W	Ny.E	Ny.S
1	2	3	4	5
1	Keadaan Umum	Tampak Lemah	Sehat	Sehat
2	Kesadaran	Compos mentis	Compos mentis	Compos mentis
3	Tanda-tanda vital - TD - Nadi - Respirasi - Suhu - Spo2 - BB - TB	150/90 mmHg 87x/menit 21x/menit 36,5 °c 98% 75,6 kg 175 cm	140/80 mmHg 87x/menit 21x/menit 36 °c 98% 70 kg 160 cm	120/80 mmHg 85x/menit 20x/menit 36 °c 98% 53 kg 154 cm
4	Kepala	Penyebaran rambut tidak merata, tidak ada luka, rambut bersih, sedikit beruban, tidak ada keluhan	Penyebaran rambut merata, tidak ada luka, rambut panjang, rambut bersih, sedikit beruban, tidak ada keluhan	Penyebaran rambut merata, tidak ada luka, rambut panjang, rambut bersih, tidak beruban, tidak ada keluhan
5	Mata	Mata kanan dan kiri simetris, tidak ada benjolan, konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman mata sedikit menurun	Mata kanan dan kiri simetris, tidak ada benjolan, konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman mata baik	Mata kanan dan kiri simetris, tidak ada benjolan, konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman mata baik
6	Hidung	Tidak ada benjolan,tidak ada luka, lubang hidung simetris, tidak ada pembengkakan	Tidak ada benjolan, tidak ada luka,lubang hidung simetris, tidak ada pembengkakan	Tidak ada benjolan, tidak ada luka,lubang hidung simetris, tidak ada pembengkakan

No	Jenis Pemeriksaan	Tn.W	Ny.E	Ny.S
7	Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries gigi, tidak ada sariawan	Mukosa bibir lembab, tidak terdapat caries gigi, tidak ada sariawan	Mukosa bibi lembab, tidak terdapat caries gigi, tidak ada sariawan
8	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
9	Kulit	Warna kulit kecoklatan, tugor kulit elastis, gatal tidak ada, tidak ada luka	Warna kulit putih, tugor kulit elastis, gatal tidak ada, tidak ada luka	Warna kulit putih, tugor kulit elastis, gatal tidak ada, tidak ada luka
10	Dada	Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, bunyi napas vesikuler, irama jantung teratur, Respirasi 21x/menit	Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, bunyi napas vesikuler, irama jantung teratur, Respirasi 21x/menit	Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, bunyi napas vesikuler, irama jantung teratur, Respirasi 20x/menit
11	Abdomen	Bentuk abdomen datar, tidak ada nyeri tekan, bising usus 12x/menit	Bentuk abdomen datar, tidak ada nyeri tekan, bising usus 12x/menit	Bentuk abdomen datar, tidak ada nyeri tekan, bising usus 12x/menit
12	Genetalia	Klien mengatakan tidak ada kelainan di area genetaliaanya	Klien mengatakan tidak ada kelainan di area genetaliaanya, sudah tidak haid karena sudah menopause	Klien mengatakan tidak ada kelainan di area genetaliaanya
13	Ginjal	Tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB	Tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB	Tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB
14	Ekstremitas	Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada edema.	Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada edema.	Tidak ada kesulitan dalam pergerakan, tidak ada edema.

f. Harapan keluarga

Keluarga senang degan adanya kehadiran perawat, keluarga berharap perawat dapat membantu mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada Tn.W

g. Tingkat kemandirian keluarga

Tabel 3. 3
Tingkat kemandirian keluarga

No	Kriteria Kemandirian Keluarga	Tingkat Keluarga Mandiri			
		KM I	KM II	KM III	KM IV
1	Keluarga menerima perawat	√			
2	Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencan keperawatan keluarga	√			
3	Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar				
4	Keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara benar				
5	Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran				
6	Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif				
7	Keluarga melakukan tindakan promotif				

Keluarga Tn.W termasuk kedalam keluarga mandiri I karena sudah menerima perawat untuk melakukan asuhan keperawatan dan menyepakati perencanaan asuhan keperawatan yang telah di buat oleh perawat dan keluarga serta keluarga mengetahui tentang DM namun tidak mengetahui sepenuhnya.

2. Analisa Data

Tabel 3. 4
Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Klien mengatakan lelah - Klien mengatakan sering BAK - Klien mengatakan sering haus dan lapar - Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes sejak 2 tahun yang lalu - Keluarga Klien mengatakan gula darah klien naik turun DO: - Klien tampak lemas - GDS:396 mg/dl - TTV: TD: 150/90 mmHg N:85 x/menit R:21x/menit S:36,5 °C Spo2: 98%	Resistensi insulin ↓ Gangguan metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein ↓ Hiferglikemi ↓ Ketidak stabilan kadar glukosa darah	Ketidak-stabilan kadar glukosa darah
2	DS: - Klien mengatakan tidak tahu penyebab dan tanda gejala masalah kesehatan yang dialami - Klien mengatakan tidak tahu cara menurunkan gula darah DO: - Klien bertanya tanya tentang penyakitnya - Klien tampak bingung	Penurunan kemampuan keluarga mengenali masalah keluarga ↓ Informasi minim tentang DM ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan
3	DS: - Klien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan yang tinggi gula - Klien mengatakan masih sering mengonsumsi minuman manis - Klien mengatakan jarang berolahraga DO: - Klien tampak tidak dapat mengontrol pola makan - Klien tampak kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku hidup sehat	Perubahan situasi (kondisi kesehatan, ekonomi, psikologis, dukungan keluarga) ↓ Koping keluarga tidak efektif ↓ Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

a. Skoring

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

Tabel 3. 5
Sekoring masalah 1

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah: a. Aktual (3) b. Resiko tinggi (2) c. Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Tn.W Sejak 2 tahun yang lalu menderita penyakit diabetes melitus
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: a. Mudah (2) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Keluarga Tn.W belum mempertahankan kesehatan keluarganya dengan pola hidup sehat, seperti berolahraga teratur dan menjaga makanan yang dikonsumsi keluarganya
3	Kemungkinan masalah dapat dicegah: a. Tinggi (3) b. Cukup (2) c. Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Penyakit diabetes melitus dapat dikendalikan apabila keluarga mengetahui

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
					tindakan yang harus di lakukan
4	Menonjolnya masalah : a. Segera di tangani (2) b. Masalah ada tapi tidak perlu (1) c. Masalah tidak dirasakan (0)	2	1	$\frac{1}{1} \times 1 = 1$	Masalah yag dirasakan oleh keluarga harus segera ditangani dengan baik
Total				5	

2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi.

Tabel 3. 6
Skoring masalah 2

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah: a. Aktual (3) b. Resiko tinggi (2) c. Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Sipat masalah aktual, karena keluarga Tn.W kurang mengenal tentang penyakit
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: a. Mudah (2) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Kemungkinan masalah dapat di ubah mudah, karena Tn.W menunjukkan minat dalam pemberian informasi
3	Kemungkinan masalah dapat dicegah: a. Tinggi (3) b. Cukup (2) c. Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Potensi masalah dapat dicegah tinggi,karena keluarga Tn.W mengatakan ingin merawat Tn.W dengan benar

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
4	Menonjolnya masalah : a. Segera di tangani (2) b. Masalah ada tapi tidak perlu (1) c. Masalah tidak dirasakan (0)	2	1	$\frac{1}{2} \times 1$ = 1/1	Menonjolnya masalah tidak segera di atasi karena Tn.W enggan memeriksakan kesehatan secara rutin, jadi pengetahuan penyakit kurang
Total				$4 \frac{1}{2}$	

3) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengatasi masalah

Tabel 3. 7
Skoring masalah 3

No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1	Sifat masalah: a. Aktual (3) b. Resiko tinggi (2) c. Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	Tn.W tidak dapat mengontrol pola makan
2	Kemungkinan masalah dapat diubah: a. Mudah (2) b. Sebagian (1) c. Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{1}{2} \times 2$ = 1	Tn.W mengatakan masalah dapat diubah apabila sudah dapat penjelasan
3	Kemungkinan masalah dapat dicegah: a. Tinggi (3) b. Cukup (2) c. Rendah (1)	3	1	$\frac{1}{3} \times 1$ = 0,3	Kemungkinan potensi masalah dapat dicegah tinggi apabila segera di berikan penjelasan
4	Menonjolnya masalah : a. Segera di tangani (2) b. Masalah ada tapi tidak perlu (1) c. Masalah tidak dirasakan (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1$ = 1	Masalah diabetes melitus yang diderita Tn.W sangat dirasakan betul oleh keluarga dan keluarga ingin segera masalah di tangani
Total				3,3	

3. Diagnosa keperawatan

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia

DS:

- Klien mengatakan lelah
- Klien mengatakan sering BAK
- Klien mengatakan sering haus dan lapar
- Klien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 2 tahun
- Keluarga Klien mengatakan gulah darah Klien naik turun

DO:

- Tn.W Tampak lemas
- GDS: 396 mg/dl
- TTV:
 - TD : 150/90 mmHg
 - N : 85 x/menit
 - R :21 x/menit
 - S :36,5 °c
 - Spo2: 98%

- 2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi

DS:

- Klien mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami
- Klien tidak mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami
- Klien mengatakan tidak tahu bagaimana diet gula

DO:

- Kline menunjukan tidak sesuai anjuran
- Klien tampak kebingungan dengan penyakit yang di derita
- Kesadaran compos mentis
- TTV:
 - TD : 150/90 mmHg

N : 85 x/menit

R : 21 x/menit

S : 36,5 °C

Spo2: 98%

- 3) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengatasi masalah

DS:

- Klien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi gula
- Klien mengatakan masih sering mengonsumsi minuman manis
- Klien mengatakan jarang berolahraga

DO:

- Klien tampak tidak dapat mengontrol pola makan
- Klien tampak kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku hidup sehat

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Tabel 3. 8
Perencanaan Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan lelah. - Klien mengatakan sering BAK. - Klien mengatakan sering haus dan lapar. - Klien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 2 tahun. - Keluarga klien mengatakan gula darah klien naik turun. DO: - Klien tampak lemas. - GDS : 396 mg/dl. - TTV: TD: 150/90mmHg. N:85 x/menit. R:21 x/menit. S:36,5 °C. Spo2:98%.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan kadar glukosa darah dapat membaik dengan kriteria hasil: - Lemas menurun. - Kadar glukosa dalam darah membaik. - frekuensi urin membaik.	Manajemen hiperglikemi Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. 2. Identifikasi kadar glukosa darah. 3. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemi. Terapeutik 4. Berikan asupan cairan oral. 5. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi 6. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. 7. Anjurkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral). Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian insulin jika perlu.	1. Untuk mengetahui penyebab hiperglikemia. 2. Untuk mengetahui kadar glukosa darah. 3. Agar mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia. 4. Agar mengetahui asupan cairan kedalam tubuh. 5. Untuk menentukan tindakan yang tepat. 6. Agar mengurangi makanan tinggi gula serta mengimbangi dengan olahraga. 7. Untuk memandirikan klien mengenal tentang penyakitnya. 8. Untuk mengetahui pemberian insulin dengan tenaga medis.
2	Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Edukasi kesehatan observasi	1. Agar informasi diterima dengan baik

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
	kurang terpapar informasi ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan tidak tahu penyebab dan tanda gejala pada masalah kesehatan yang dialami. - Klien mengatakan tidak tahu cara menurunkan kadar gula darah. DO: - Klien bertanya-tanya dengan penyakitnya. - Klien tampak bingung. - TTV: TD :150/90 mmHg. N :85 x/menit. R :21 x/menit. S :36,5 °C. Spo2: 98%.	selama 3x kunjungan, maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: - Prilaku sesuai anjuran meningkat. - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. - Persepsi keliru tentang masalah menurun. - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun.	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi 5. Jelaskan penyebab dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 6. Jelaskan tanda dan gejala yang timbul oleh penyakit. 7. Jelaskan kemungkinan terjadi komplikasi.	2. Agar mempermudah saat menerima informasi. 3. Agar terjalin kesepakatan. 4. Agar mempunyai kesempatan untuk bertanya. 5. Untuk meningkatkan pengetahuan klien. 6. Agar klien mengetahui tanda dan gejala pada penyakit. 7. Agar klien dan keluarga mengetahui kondisinya saat ini.
3	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengatasi masalah ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan masih sering mengonsumsi makanan yang tinggi gula.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan, maka diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil: - Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat.	Dukungan keluarga merencanakan perawatan Observasi 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan. 2. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga. 3. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga.	1. Untuk mengetahui keinginan yang dimiliki anggota keluarga terhadap kesehatan. 2. Untuk meningkatkan semangat anggota keluarga yang sakit perlu ada dukungan dan keterlibatan keluarga dalam proses keperawatan.

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
	- Klien mengatakan masih suka mengonsumsi minuman manis. - Klien mengatakan jarang berolahraga. DO: - Klien tampak tidak bisa mengontrol pola makan. - Klien tampak kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku hidup sehat.	- Menerapkan program perawatan meningkat. - Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan atau pengobatan meningkat.	Terapeutik 4. Motivasi pembangunan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan. 5. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal. Edukasi 6. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. 7. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.	3. Untuk memberikan penanganan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit. 4. Untuk mempermudah proses penyembuhan klien dengan dukungan upaya kesehatan. 5. Untuk membuat klien merasa nyaman dalam melakukan pengobatannya. 6. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan pengobatan yang dilakukan klien. 7. Untuk mempermudah keluarga dalam melakukan perawatan.

5. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn.W

Umur : 56 tahun

Dx : Diabetes melitus

Alamat : Kp. Cibodas RT:02 RW:01 Kelurahan Banjarsari Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut

Tabel 3. 9
Implementasi dan evaluasi

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Selasa, 12 Mei 2026	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Waktu : 08.00 WIB 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. R: Klien mengatakan masih sering mengonsumsi makana dan minuman manis. 2. Memonitor kadar glukosa darah. R : Hasil GDS : 396 mg/dl 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia. R : Klien merasa sering haus dan sering BAK. 4. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. R : Klien bersedia untuk diet diabetes dan berolahraga. 5. Berkolaborasi pemberian obat anti diabetes. R : Klien mengatakan mengonsumsi obat metformin untuk menurunkan kadar gula.	Waktu : 09.00 WIB S : - Klien mengatakan masih sering lemas. - Klien mengatakan masih sering BAK dan haus. - Klien mengatakan sudah mulai mengurangi makanan atau minuman manis, melainkan sering minum air putih. - Klien mengatakan setelah minum obat badan terasa lebih nyaman O : - Klien tampak masih lemas - GDS :396 mg/dl - TTV : TD : 150/90 mmHg N :85 x/menit R : 21 x/menit S : 36,5 °C Spo2 :98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	Muhammad Azwar
2	Selasa, 12 Mei 2026	Defisit pengetahuan	Waktu :10.00 WIB 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.	Waktu : 11.00 WIB S :	Muhamad Azwar

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
			R: Klien dan keluarga siap menerima informasi. 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. R: Menyediakan media leaflet. 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. R: Keluarga sepakat melakukan pertemuan. 4. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit. R: Klien tampak kooperatif. 5. Menjelaskan tanda dan gejala yang timbul. R: Klien tampak mendengarkan 6. Menjelaskan kemungkinan terjadi komplikasi. R: Klien tampak paham.	- Klien mengatakan sudah mulai paham dengan materi yang dijelaskan. O : - Klien dan keluarga tampak kooperatif - Klien dan keluarga tampak memperhatikan - Klien tampak sedikit masih bingung A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
3	Selasa, 12 Mei 2026	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Waktu : 13.00 WIB 1. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan . R: Tn.W dan keluarga berharap agar sembuh dari penyakitnya. 2. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga. R: Keluarga Tn.W dapat melakukan pencegahan dengan menjaga makanan yang dikonsumsi Tn.W. 3. Memotivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan.	Waktu : 14.00 WIB S : - Klien mengatakan sesekali masih mengkonsumsi makanan yang mengandung gula. - Klien mengatakan sesekali masih suka mengkonsumsi minuman manis. - Klien mengatakan masih belum bisa mengontrol pola makan sehat. O :	Muhammad Azwar

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
			R: Tn.W senantiasa menerima dan ingin kondisinya pulih seperti sebelumnya. 4. Mengajukan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. R: Keluarga Tn.W Mampu menerima saran untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk memeriksa kondisi kesehatan Tn.W 5. Mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. R: Mengurang makanan tinggi gula, mengonsumsi buah dan sayur dan olahraga rutin.	- Klien tampak kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku hidup sehat. - Klien tampak sedikit paham mengenai makanan yang harus dihindari. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan.	

6. Catatan perkembangan

Nama : Tn.W

Umur : 56 Tahun

Dx : Diabetes Melitus

Alamat : Kp. Cibodas RT:02 RW:01 Kelurahan Banjarsari Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut

Tabel 3. 10
Catatan perkembangan

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSIS	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
1	Kamis, 14 Mei 2026	Ketidakstabilan kadar glukosa darah.	S: - Klien mengatakan lemas menurun. - Klien mengatakan Frekuensi BAK sudah berkurang. O: - GDS : 224 mg/dl - TTV: - TD : 140/80 mmHg - N : 88 x/menit - R : 20 x/menit - S : 36 °C - Spo2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi. I : - Klien mengetahui hal yang dapat menyebabkan glukosa meningkat. - Klien mengetahui tanda dan gejala penyakitnya. E : Masalah teratasi sebagian.	Muhammad Azwar
2	Kamis, 14 Mei 2026	Defisit pengetahuan.	S : - Klien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang penyakit diabet mellitus. O :	Muhammad Azwar

NO	HARI / TANGGAL	DIAGNOSIS	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
			- Klien tampak memperhatikan saat diberikan penyuluhan lanjutan tentang penyakit diabetes. - Klien bisa menjawab pertanyaan ketika ditanya tentang seputar diabetes mellitus. A : Masalah teratasi. P : Hentikan intervensi.	
3	Kamis, 14 Mei 2026	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.	S : - Klien mengatakan sudah mrngurangi makanan dan minuman tinggi gula. - Klien mengatakan sudah tidak mengonsumsi minuman manis. O : - Klien dan keluarga tampak sudah menjalankan perilaku hidup sehat. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.	Muhammad Azwar
4	Jumat, 15 Mei 2026	Ketidaksetabilan kadar glukosa darah.	S : - Klien mengatakan sudah tidak lemas. - Klien mengatakan sudah tidak sering BAK. - Klien mengatakan badan sudah terasa nyaman. O : - GDS : 180 mg/dl - TTV : - TD : 135/ mmHg - N : 75 x/menit - R : 20x/menit - S : 36 °C - Spo2 : 99 % A: Masalah Teratasi. P: Intervensi dihentikan.	Muhammad Azwar

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang hal-hal yang mendukung dan menghambat serta kesenjangan antara teori dan kenyataan yang penulis dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn. W dengan Diabetes Melitus di Kp. Cibodas, RT 02/RW 01, Desa Banjarsari, Kecamatan Bayongbong, Kabupaten Garut yang dilakukan mulai tanggal 13 sampai tanggal 16 Mei 2026.

Dalam memberikan Asuhan Keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pembahasan terhadap tahapan- tahapan tersebut adalah:

1. Tahap Pengkajian

Dalam pengumpulan data penulisan menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi literatur dan studi dokumentasi (Wulandari et al., 2026).

Dalam tahap pengkajian ini, penulis mampu mengumpulkan data, menganalisa data, merumuskan masalah, memprioritaskan masalah, dan menegakan diagnosa keperawatan. Dalam melakukan pengkajian pada keluarga Tn. W, penulis tidak menemukan hambatan karena Tn. W dan keluarga selalu ada di rumah dan Tn. W beserta keluarga mampu merespon dengan baik, bersikap kooperatif dan Tn. W mengungkapkan masalah kesehatan yang terjadi sehingga dapat membantu kelancaran pada tahap pengkajian. Maka dari itu penulis dapat mengumpulkan data yang berupa data umum dan data khusus.

Pada tahap pengkajian ditemukan kesenjangan antara data teoritis dengan hasil pengkajian pada Tn. W. Secara teoritis, Diabetes Melitus tipe 2 adalah penyakit metabolik kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia), yang terjadi akibat adanya gangguan dalam sekresi insulin maupun resistensi terhadap kerja insulin. Kondisi hiperglikemia kronis ini secara teori

(Harai, 2026). Dapat menimbulkan berbagai manifestasi klinis atau tanda dan gejala komprehensif pada penderitanya, antara lain:

- a. Mudah lemas / letargi.
- b. Sering merasa haus (*polidipsia*).
- c. Sering merasa lapar (*polifagia*).
- d. Frekuensi buang air kecil sering (*poliuria*).
- e. Pusing.
- f. Mual dan muntah.
- g. Penurunan berat badan.
- h. Pandangan kabur / gangguan retinopati.
- i. Kerusakan atau pembengkakan perifer (*edema*).
- j. Penurunan sistem imun (rentan terhadap infeksi saluran pernapasan seperti *pneumonia*).

Namun kenyataan yang ditemukan pada Tn. W hanya menunjukkan sebagian dari tanda-tanda gejala khas hiperglikemia tersebut, yaitu sebagai berikut:

- a. Mudah lemas, yang disebabkan karena sel-sel tubuh tidak dapat menyerap dan menggunakan glukosa darah secara optimal sebagai sumber energi akibat adanya resistensi insulin atau disfungsi sekresi insulin. Hal ini mengakibatkan tubuh kekurangan energi seluler sehingga pasien mengeluhkan tubuhnya menetap dalam kondisi lemas.
- b. Gampang haus, terjadi akibat adanya efek diuresis osmotik dari tingginya kadar gula dalam darah. Ginjal harus bekerja ekstra untuk menyaring dan membuang kelebihan glukosa, yang secara bersamaan menarik cairan tubuh keluar, sehingga memicu dehidrasi seluler dan merangsang pusat haus di otak agar pasien terus-menerus minum.
- c. Gampang lapar, terjadi karena glukosa yang menumpuk di dalam pembuluh darah tidak dapat masuk ke dalam sel untuk diubah menjadi energi. Sel-sel tubuh yang mengalami "kelaparan" ini

mengirimkan sinyal ke otak untuk terus meningkatkan asupan makanan demi memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh.

- d. Frekuensi buang air kecil (BAK) sering, yang timbul sebagai mekanisme kompensasi ginjal untuk mengekskresikan kelebihan kadar glukosa darah yang telah melewati ambang batas ginjal melalui urine (*glukosuria*). Proses ini membawa serta volume air dalam jumlah besar (*diuresis osmotik*), sehingga frekuensi dan volume berkemih pasien meningkat secara drastis terutama di malam hari.

Namun untuk tanda dan gejala teoritis lainnya tidak ditemukan dan tidak dirasakan oleh klien pada saat pengkajian, seperti:

- 1) Pusing, mual, dan muntah, klien mengatakan tidak merasakan mual ataupun pusing yang berat. Hal ini dapat terjadi karena meskipun mengalami hiperglikemia, kondisi metabolik Tn. W belum mengalami komplikasi akut yang berat seperti ketoasidosis diabetikum yang dapat memicu ketidakseimbangan elektrolit ekstrem atau peningkatan asam lambung yang berlebih.
- 2) Sesak napas dan batuk berdahak, Tn. W mengatakan fungsi pernapasannya normal dan tidak sedang mengalami batuk berdahak. Hal ini menunjukkan bahwa sistem imun Tn. W saat ini masih cukup adaptif sehingga ia tidak mengalami penyakit penyerta atau komorbid infeksi saluran pernapasan sekunder seperti pneumonia yang umum mengancam penderita diabetes akibat penurunan fungsi leukosit.
- 3) Pembengkakan pada kaki (*edema*), saat dilakukan inspeksi dan palpasi pada ekstremitas bawah, tidak ditemukan adanya retensi cairan atau edema. Hal ini menandakan sirkulasi perifer Tn. W masih relatif efektif serta belum terjadi komplikasi lanjut berupa nefropati diabetik berat atau gangguan kardiovaskular kronis yang dapat menghambat aliran balik cairan tubuh.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Penulis juga dapat menganalisa masalah dan merumuskan masalah serta memprioritaskan masalah kesehatan dan yang selanjutnya membuat diagnosa keperawatan.:

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada diabetes melitus berdasarkan standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hiperglikemi
- b. Defisit pengetahuan b.d Keluarga kurang terpapar informasi
- c. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidak mampuan keluarga mengatasi masalah.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah karena sudah 2 tahun yang lalu mengalami diabetes melitus

3. Tahap perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan dimulai dari penentuan tujuan (umum/khusus), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga. Rencana tindakan ini diarahkan untuk membantu keluarga mengubah pengetahuan menjadi lebih baik, mengubah sikap yang mendukung perilaku sehat, dan mengubah perilaku ke arah yang lebih baik (Bemj et al., 2026).

Dalam tahap perencanaan tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah yang terjadi pada Tn. W, penulis menyesuaikan perencanaan dengan sumber daya dan faktor penunjang lainnya untuk tercapainya tujuan dari asuhan keperawatan tersebut. Adapun intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn. W yakni:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah: Dapat diatasi dengan keluarga mengurangi makanan dan minuman tinggi gula dan kondisi pasien membaik dengan badan lemas membaik, frekuensi

BAK pada malam hari, merasa mudah lapar dan haus, dan rutin memberikan pemeriksaan kesehatan difasilitas kesehatan terdekat.

- b. Defisit pengetahuan: untuk mengatasinya diberikan penyuluhan kesehatan pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus meliputi pengertian, penyebab dan tanda gejala, dan komplikasi dari diabetes melitus.
- c. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif: untuk mengatasinya identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan, identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga, motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan, anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada ajarkan perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

4. Tahap Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya (Kesuma Dewi et al, 2026).

Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Tn. W yakni:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah: Dapat diatasi dengan keluarga mengurangi makanan dan minuman tinggi gula dan kondisi pasien membaik dengan badan lemas membaik, frekuensi BAK pada malam hari, merasa mudah lapar dan haus, dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan difasilitas kesehatan terdekat.
- b. Defisit pengetahuan: untuk mengatasinya diberikan penyuluhan kesehatan pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi. Motivasi keluarga untuk dapat menyebutkan kembali pengertian penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi dari diabetes melitus
- c. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif: untuk mengatasinya identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan, identifikasi tindakan yang dapat dilakukan

keluarga, motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan, anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dan ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahapan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah dicapai selama melakukan asuhan keperawatan keluarga (Dewi et al., 2026).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan implementasi yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat diatasi dengan keluarga mengurangi makanan dan minuman tinggi gula dan kondisi pasien membaik dengan badan lemas membaik, frekuensi BAK pada malam hari, merasa mudah lapar dan haus, dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan terdekat.
- b. Defisit pengetahuan dapat diatasi dengan melakukan penyuluhan kesehatan terhadap klien dan anggota keluarga klien, di mana klien dan keluarga sudah paham mulai dari pengertian diabetes melitus sampai diet diabetes melitus.
- c. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif dapat diatasi dengan perubahan perilaku seperti penerapan pola makan yang benar, kemampuan menyiapkan menu diet dan melakukan pemeriksaan secara rutin ke fasilitas kesehatan.

6. Dokumentasi

Pada saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada keluarga penulis mendapatkan beberapa kesulitan, tetapi dengan adanya teori dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga ini dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.W dengan diabetes melitus pada Tn.W di kampung cibodas RT02 RW01 Desa Banjarsari kecamatan bayongbong Kabupaten Garut, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan secara menyeluruh, oleh karena itu tahap pengajian memegang peranan penting dalam mengenali masalah yang timbul. Penulis dapat melaksanakan pengkajian setatus kesehatan secara lengkap, dan mampu menganalisa data yang timbul pada keluarga Tn.W dengan diabetes melitus yaitu klien mengeluh badan lemas, sering merasa haus dan lapar, dan BAK sering, keluarga tidak mengetahui bagaimana cara perawatan pada anggota keluarga yang sakit dengan diabetes, klien dan keluarga juga tidak tahu apa itu diabetes dan juga tidak tahu cara menurunkan diabetes. Dalam tahap pengkajian ini penulis tidak menemukan kesulitan dikarenakan keluarga Tn.W bersikap kooperatif.
2. Melalui data-data yang sudah terkumpul selanjutnya penulis menemukan masalah atau diagnosis keperawatan yang berdasarkan *problem, etiologi dan sign* (PES), lalu dibuat skoring untuk menentukan diagnosa sesuai.
3. Dengan prioritas. Adapun masalah atau diagnosa yang ditemukan pada Tn.W yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.
4. Pada tahap intervensi keperawatan, penulis mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan meliputi prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil yang dicapai Tn.W maka, Dalam merencanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan.
5. Pada tahap implementasi, penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan asesuaian dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan teori namun pelaksanaannya dilakukan berdasarkan situasi

dan kondisi dilapangan. Banyak faktor yang mendukung terlaksananya implementasi keperawatan, diantaranya: peran keluarga yang mendukung, tersedianya alat alat serta adanya bimbingan dari pembimbing akademik, serta adanya peran Tn.W dan keluarga yang selalu kooperatif dalam setiap tahap implementasi asuhan keperawatan. Meskipun dalam pelaksanaannya penulis tidak dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh karena, keterbatasan waktu yang dimiliki.

6. Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi untuk masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah evaluasi pada hari 1 dan 2 didapatkan hasil masalah teratasi sebagian. Defisit pengetahuan pada hari ke-1 masalah teratasi sebagian, pada saat dilakukan evaluasi hari ke-2 didapatkan masalah teratasi. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada hari ke-1 masalah teratasi sebagian, pada dilakukan evaluasi hari ke-2 didapatkan masalah teratasi. Tahap pendokumentasian, penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.W dengan diabetes melitus secara sistematis dan komprehensif serta menyusunnya dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelaah penulis memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.W secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan berbagai saran yang tentunya bersipat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut ditunjukan kepada:

1. Bagi pembaca

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan akan menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi pembaca dalam pembuatan asuhan keperawatan keluarga dengan penyakit diabetes melitus.

2. Bagi keluarga

Penulis berharap Tn.W dapat menyempatkan waktu luang dengan melakukan kontrol cek gula darah (GDS). Serta mempertahankan segala sesuatu yang sudah dicapai oleh Tn.W dan jika perlu ditingkatkan lagi,

agar tujuan diperoleh tidak hanya sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankannya untuk mendapat kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Tn.W.

3. Bagi puskesmas

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan peran sertanya di masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan khususnya tentang diabetes melitus umumnya penyakit lain, sehingga masyarakat dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang dideritanya dengan cara pengobatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat secara mandiri.

4. Bagi institusi pendidikan

Dikarnakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan buku perpustakaan dilengkapi sebagai bahan perbandingan di lapangan dan sebagai *literature*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adita, M. (2025). Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Puskesmas X. *Journal Medicine And Clinical Pharmacy*, 2(1). <https://doi.org/10.47794/medclip.v2i1.18>
- Alfreyzal, M., Paizer, D., Anggraini, D., Syahfitri, R. D., & Azhari, M. H. (2024). EDUKASI KESEHATAN PADA KELUARGA DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PEMELIHARAAN KESEHATAN TIDAK EFEKTIF. *Jurnal Kesehatan*, 13(1).
- Amalia Ayu Ramadhani, & Roissiana Khotami. (2023). Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, Usia dan Riwayat Keluarga DM dengan Perilaku Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Usia Dewasa Muda. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(1), 137–147. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i1.1271>
- Aminuddin, A., Sima, Y., Izza, N. C., Norma, N. S., & Arda, D. (2023). *Abdimas Polsaka : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Edukasi Kesehatan Tentang Penyakit Diabetes Melitus bagi Masyarakat*. 7–12.
- Astutisari, I. D. A. E. C., Darmi, A. A. A. Y., & Wulandari, I. A. P. (2022). HUBUNGAN POLA MAKAN DAN AKTIVITAS FISIK DENGAN KADAR GULA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI PUSKESMAS MANGGIS I. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 6(2), 79–87. <https://doi.org/https://doi.org/10.37294>
- Bayaranie, M., Yuliza, E., & Herliana, I. (2024). Pengaruh Edukasi Peran Keluarga Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Kemampuan Merawat Pasien Diabetes Melitus Pada Pasien Poliklinik Di Rs Hermina Depok Tahun 2023. *Barongko Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 74–92. <https://doi.org/https://doi.org/10.59585/bajik.v3i1.504>
- Bemj, B. E. J., Puskesmas, D., Kecamatan, S., & Madani, T. (2026). *Bunda Edu-Midwifery Journal (BEMJ)*. 9, 55–62.
- Cepi Ramdani, Ujang Miftahudin, & Abdul Latif. (2023). Banun: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini. *Jurnal Albadar.Ac.Id.*, Vol. 1, 2(2829), 12–20.
- Dewi, N. A., Anjani, W., Dian, V., Putri, A., & Hidiyaningtyas, L. (2026). EVALUASI KESESUAIAN TERAPI TERHADAP PEDOMAN TERAPI PADA PASIEN RAWAT JALAN DIABETES MELITUS TIPE 2 EVALUATION OF THE SUITABILITY OF THERAPY TO GUIDELINES THERAPY IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS. (November 2023), 21–33.

- Erdaliza, Mitra, Rany, N., Harnani, Y., & Abidin, A. R. (2024). Diabetes Mellitus Tipe 2 Risk factors associated with complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 10(September), 534–545. <https://doi.org/https://doi.org/10.25311/keskom.Vol10.Iss3.2039>
- Handayani, D. S., Vitayani, S., Harahap, M. W., & Gani, A. B. (2025). *Analysis of complications in type 2 diabetes mellitus patients at Ibnu Sina Hospital in*. 11(2), 300–306. <https://doi.org/https://doi.org/10.22487/hjt.v11i2.1664>
- Harai, A. K. (2026). *STUDI KASUS ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUMAH SAKIT X Case Study Analysis of Nursing Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus X Hospital*. 2, 467–476.
- Hastutik, A. S., Fata, U. H., & Romadhon, W. A. (2025). Family Nursing Care for Clients With Diabetes Mellitus in Community Health Center. *Health Gate*, 3(4), 136–144. <https://doi.org/https://doi.org/10.70111/hg3402x>
- M. Alvi Darmawan¹, Tri Kesuma Dewi², S. A. S. (2026). *PENDAHULUAN Diabetes melitus (DM) adalah salah satu dari sekian banyak penyakit tidak menular (PTM) yang masih menjadi ancaman kesehatan penduduk dunia . Tercatat angka kejadian DM saat ini yaitu 537 juta orang mengidap diabetes dan diperkirakan pada*. 6(September).
- Megavitry, R. (2025). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga* (R. Riwayani, Ed.; Edisi ke-). Tahta Media Group.
- Nofi Susanti, S. R., Mawarni, D., & Widya, S. (2024). *FAKTOR RISIKO DAN PENATALAKSANAAN DIABETES MELITUS TIPE 2*. 10(4), 713–721.
- Noyumala, Asriadi, & Musaidah. (2023). Deteksi Dini Luka Kaki Diabetes Melalui Skrining Kaki Diabetes Pada Pasien Diabetes. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Gunung Sari*, Vol. 1 No.(September 2023), 8–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.58294/jpmgs.v1i3.148>
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- Purwandari, C. A. A., Wirjatmadi, B., & Mahmudiono, T. (2022). Faktor Risiko Terjadinya Komplikasi Kronis Diabetes Melitus Tipe 2 pada Pra Lansia. *Amerta Nutrition*, 6(3), 262–271. <https://doi.org/10.20473/amnt.v6i3.2022.262-271>

- Putri, A. A., Junando, M., Oktafany, & Sukohar, A. (2024). REVIEW ARTICLE: PATOFISIOLOGI DAN TERAPI FARMAKOLOGI DIABETES MELITUS TIPE 2 PADA PASIEN GERIATRI. *Sains Medisina*, 2(5), 142–147. <https://doi.org/https://doi.org/10.63004/snsmed.v2i5.401>
- Putri, E. B., & Indrawati. (2024). ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY S DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS AIR TIRIS. *PLENARY HELATH: JURNAL KESEHATAN PARIPURNA*, 1(2), 62–67. <https://doi.org/https://doi.org/10.37985/plenaryhealth.v1i2.705>
- Rahmadhani, W., & Chamroen, P. (2022). *Family functions , social support and quality of life among elderly during pandemic COVID-19 : A cross-sectional study*. 6(March), 1540–1550. <https://doi.org/https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.6281>
- Setiawan, R. (2020). *Teori dan Praktek Keperawatan Keluarga* (U. Press, Ed.; Edisi ke-3). Unnes Press.
- Wulandari, S., Marni, L., Dewi, D. S., & Yessi, H. (2026). *Asuhan Keperawatan pada Ny . N dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Interne RSUD Prof . M . Yamin , SH Pariaman Tahun 2026*. (April).
- Yunita, A., Novera, M., & Apriatin, Y. (2024). Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Marunggi Kota Pekanbaru. *Jurnal Keperawatan Medika*, 3(1), 67–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.24036/jkem.v3i1.255>

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Diabetes melitus (DM)

Sasaran :Tn. W

Waktu : 20 Menit

Tanggal : 13 Mei 2026

Tempat : Rumah Tn. W

Penyuluh : Muhammad azwar

A. Tujuan Penyuluhan/Kegiatan

1. Tujuan umum

Setelah diberikan penyuluhan ini, keluarga Tn. W diharapkan dapat mengerti dan memahami tentang penyakit diabetes melitus.

2. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan tentang penyakit Diabetes Melitus diharapkan keluarga Tn. W mengetahui tentang:

- a. Pengertian Diabetes Melitus
- b. Tanda dan gejala Diabetes Melitus
- c. Penyebab Diabetes Melitus
- d. Pencegahan Diabetes Melitus
- e. Perawatan Diabetes Melitus

B. Materi Penyuluhan

Terlampir

C. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Diskusi

D. Media Penyuluhan

Leaflet

E. Proses Penyuluhan

No	Tahapan	Penyuluhan	Peserta	Waktu
1.	Pembukaan	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan penyuluhan d. Menyebutkan runtunan acara yang akan dibahas	- Menjawab salam - Mendengarkan	5 Menit
2.	pelaksanaan	a. Menjelaskan definisi tanda gejala dan pencegahan penyakit Diabetes b. Memberikan kesempatan untuk bertanya c. Menjawab dan menjelaskan pertanyaan	- Mendengarkan dan memperhatikan penyuluhan - Bertanya mengenai masalah yang belum jelas dan mengerti	20 Menit
3.	Penutup	a. Melakukan evaluasi b. Mengakhiri kesimpulan mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam	- Sasaran menjawab pertanyaan - Mendengarkan - Memperhatikan - Menjawab salam	5 menit

F. Evaluasi

Keluarga diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian Diabetes Melitus.
2. Menjelaskan tanda dan gejala.
3. Menjelaskan tentang pencegahan Diabetes Melitus.
4. Menjelaskan penyebab Diabetes Melitus

PEMBAHASAN

A. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau kombinasi keduanya. Kondisi tersebut menyebabkan tubuh tidak mampu menggunakan glukosa secara optimal sebagai sumber energi sehingga terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Apabila tidak dikendalikan dengan baik, diabetes melitus dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronis yang memengaruhi kualitas hidup bahkan meningkatkan risiko kematian pada penderitanya (Bayaranie et al., 2024)

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan seumur hidup melalui penerapan manajemen diri (self-management). Pengelolaan tersebut meliputi pengaturan pola makan, aktivitas fisik secara teratur, kepatuhan terhadap terapi farmakologis, pemantauan kadar glukosa darah, serta pemeriksaan kesehatan secara berkala. Keberhasilan pengelolaan diabetes melitus tidak hanya bergantung pada pasien, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga dalam mendampingi dan membantu pasien menjalankan seluruh program terapi secara berkesinambungan (Alfreyzal et al., 2024)

B. Tanda dan gejala Diabetes Melitus

penderita juga sering mengalami beberapa tanda dan gejala klinis, antara lain:

1. Penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas (karena tubuh menggunakan cadangan lemak dan protein sebagai sumber energi akibat glukosa tidak dapat dimanfaatkan secara optimal)
2. Mudah Lelah
3. Lemah
4. Pandangan kabur (dapat berkembang menjadi penurunan ketajaman penglihatan akibat retinopati diabetik)

5. Kesemutan atau baal pada ekstremitas (serta neuropati perifer yang ditandai dengan rasa baal atau nyeri pada kaki)
6. Kulit terasa gatal
7. Luka yang sulit sembuh (disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah, penurunan aliran darah ke jaringan, serta gangguan respons imun akibat hiperglikemia kronis)
8. Infeksi berulang, terutama pada kulit dan saluran kemih
9. Komplikasi akut pada kondisi tidak terkontrol dengan kadar glukosa darah sangat tinggi, seperti ketoasidosis diabetik atau keadaan hiperglikemik hiperosmolar yang memerlukan penanganan segera (Erdaliza et al., 2024).

C. Penyebab Diabetes Melitus

1. Faktor Genetik

Faktor genetik dari orang tua atau saudara kandung secara signifikan meningkatkan risiko seseorang terkena diabetes melitus, dan kemungkinan tersebut akan semakin besar jika dikombinasikan dengan pola hidup yang kurang sehat seperti konsumsi makanan tinggi kalori serta kurangnya aktivitas fisik.

2. Resistensi Insulin

Resistensi insulin adalah kondisi ketika sel tubuh gagal merespons insulin secara optimal sehingga glukosa sulit masuk ke dalam sel, yang memicu pankreas untuk memproduksi lebih banyak insulin sebagai kompensasi hingga akhirnya fungsi sel β pankreas menurun dan menyebabkan kadar glukosa darah melonjak terus-menerus.

3. Obesitas

Obesitas, terutama penumpukan lemak visceral, merupakan faktor risiko utama diabetes melitus tipe 2 karena pelepasan asam lemak bebas dan mediator inflamasi dapat memperberat resistensi insulin hingga memicu hiperglikemia, namun kondisi ini dapat diperbaiki melalui penurunan berat badan dengan mengatur pola makan dan aktif bergerak.

4. Kurangnya Aktivitas Fisik

dapat menurunkan penggunaan glukosa oleh otot, meningkatkan berat badan, dan memicu resistensi insulin yang menyebabkan kadar gula darah naik, sehingga olahraga teratur menjadi komponen penting dalam mencegah dan mengelola diabetes melitus.

5. Pola Makan Tidak Sehat

Konsumsi pola makan yang tinggi kalori, gula, dan lemak jenuh serta rendah serat dalam jangka panjang dapat memicu obesitas dan resistensi insulin yang meningkatkan risiko diabetes melitus, sedangkan penerapan pola makan seimbang justru mampu mengendalikan kadar glukosa darah sekaligus mencegah risiko komplikasinya.

6. Usia

Risiko diabetes melitus akan semakin tinggi pada orang dewasa dan lansia karena proses penuaan menyebabkan penurunan fungsi pankreas serta berkurangnya sensitivitas insulin, terlebih jika mereka jarang bergerak dan mengalami obesitas

7. Faktor Lain

Selain faktor-faktor tersebut, kebiasaan merokok, stres, obat-obatan tertentu, serta riwayat diabetes gestasional yang secara bersama-sama mempercepat gangguan metabolisme glukosa (Bayaranie et al., 2024).

APA ITU DIABETES MELITUS?

merupakan penyakit dimana kadar gula didalam darah tinggi



KAPAN DIKATAKAN DM?

Gula darah sewaktu > 200 mg/dl

FAKTOR RISIKO DM

- **TIDAK DAPAT DIUBAH**
 - Usia > 40 tahun
 - Riwayat keluarga
- **DAPAT DIUBAH**
 - Obesitas / kegemukan
 - Hipertensi
 - Kurang aktivitas fisik
 - Diet tidak seimbang

- Tinggi gula
- Tinggi garam
- Tinggi lemak
- Rendah serat

WASPADA DIABET MELITUS

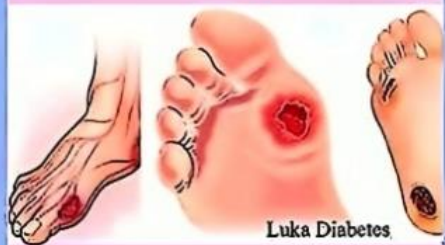


Muhammad azwar

KHG.A23143
institut Karsa Husada Garut
tahun ajaran 2026
Puskesmas bayongbong

KOMPLIKASI

-  Gangguan mata atau penglihatan
-  Penyakit kardiovaskuler dan darah
-  Gangguan pada ginjal
-  Gangguan saraf dan menyebabkan luka dan amputasi pada kaki



Luka Diabetes

Pencegah komplikasi

Batasi makanan dengan :

1. Makan sehat dan bergizi
2. Rutin cek kadar gula darah
3. Olahraga teratur, minimal 150 menit per minggu
 - Pemanasan 10 menit
 - Inti 30 menit
 - Pendinginan 10 menit
4. Olahraga sebaiknya dilakukan 1 jam setelah makan
5. Olahraga yang disarankan
 - 6. Senam
 - 7. Bersepeda
 - 8. Berenang
 - 9. Jogging

"KENALI GEJALANYA, PERIKSAKAN SECEPATNYA"

1. Sering kencing
2. Rasa haus berlebihan
3. Rasa Lapar berlebihan
4. Pandangan Kabur
5. Mudah Lelah
6. Kadar Gula Tinggi
7. Luka lambat sembuh
8. Berat badan turun drastis

PANTANGAN MAKANAN:

1. Karbohidrat Sederhana Seperti nasi putih, tepung, dan roti tawar utuh.
2. Minuman Pemanis Turunan Gula Seperti boba, minuman bersoda, minuman manis sachet.
3. Produk Susu yang Tinggi Gula Seperti susu buah, yogurt buah, dan es krim.
4. Penganti Gula Alami Seperti madu, air tebu, gula merah, dan sirup mengandung glikemiks indeks tinggi
5. Snack Ringan
6. Pasien dengan penyakit Diabetes Melitus harus membatasi snack ringan dalam kemasan yang mengandung gula, tepung terigu, dan tinggi pengawet.



"SAAT KAMU MENJAGA GULA DARAHMU, KAMU JUGA MENJAGA MASA DEPANMU"



DOKUMENTASI



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama	: Muhammad azwar
Usia	: 21 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tempat, Tanggal, Lahir	: Garut, 22 Mei 2005
Agama	: Islam
Alamat Tempat Tinggal	: Kp. Cigerut RT 03 RW 05 Ds. Mekarwangi Kec. Cibalong Kab. Garut
Motto Hidup	: Kalo Orang Lain Bisa, Kenapa Harus Saya, Kalo Orang Lain Gak Bisa, Yaa Apalagi Saya

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 1 MEKARWANGI	: Tahun 2012 s/d 2017
2. SMPN 3 CIBALONG	: Tahun 2017 s/d 2019
3. MAN 3 GARUT	: Tahun 2020 s/d 2023
4. IKKHG	: Tahun 2023 s/d 2026

LEMBAR BIMBINGAN

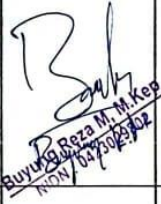
Nama : Muhammad azwar

NIM : KHGA23143

Pembimbing : Buyung Reza M.,S.kep.,Ns.,M.Kep.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.W dengan Diabetes melitus

Pada Tn.W Rt 02/Rw 01 Kelurahan Banjarsari Wilayah Kerja
Puskesmas Bayongbong

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Tanda Tangan	
1	15 Juni 2026.	BAB 1.	* Perbaiki Penyusunan referensi * Perbaiki redaksi Penulisan.		
2	18. Juni	BAB 1.	* Perbaiki Layout * Tambahkan Materi Pendahuluan.		
3	30 Juni 2026.	BAB 1.	* Parafase / Paragraf. * Pembahasan dalam Pendahuluan di Perbaiki		
4	26 Juni 2026.	BAB II	- di fapit Perbaiki Paragraf * di Pusingkat Lagi		
5					

	29. Juni 2026.	BAB: 3.	- Perhatikan Pormat Penulisan. - Perbaiki label Interaksi		
6	3 - Juli 2026.	BAB: 3.	- Perhatikan Konsistensi Penulisan. - Rumusan Masalah dan Tujuan harus selaras.		
7	6 - Juli 2026	BAB 4.	* Perbaiki Penulisan		
8	8 - Juli 2026.	BAB 4.	ACC BAB 1,2,3,4. ACC Sidang.	