

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN**  
**DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA**  
**PUSKESMAS SEMPAJA**  
**SAMARINDA**



**OLEH :**

**NADHIA ARIYANI**

**P07220116067**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR**  
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**  
**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN**  
**DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA**  
**PUSKESMAS SEMPAJA**  
**SAMARINDA**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan  
Kalimantan Timur



**OLEH :**

**NADHIA ARIYANI**

**P07220116067**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR**  
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**  
**2019**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nadhia Ariyani

NIM : P07220116067

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Samarinda, 10 Juni 2019  
Yang menyatakan



  
**Nadhia Ariyani**  
**P07220116067**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**

**TANGGAL 11 JUNI 2019**

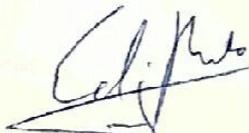
Oleh

Pembimbing



**Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep**  
**NIDN. 4020047801**

Pembimbing Pendamping



**Edi Purwanto, SST., M.Kes**  
**NIDN. 4014048101**

Mengetahui,  
Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Andi Lis AG, M.Kep**  
**NIP. 196803291994022001**

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus  
di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda

Telah Diuji

Pada tanggal 11 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji :

Ns. Tini, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 4001078101



Penguji Anggota :

1. Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep  
NIDN. 4020047801



2. Edi Purwanto, SST., M.Kes  
NIDN. 4014048101



Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep  
NIP. 19680329199402201

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Nadhia Ariyani  
Tempat Tanggal Lahir : Tenggarong, 22 Oktober 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Gunung Belah Gg. Arsapati 3 No. 01  
RT. 76 Kelurahan Loa Ipuh, Kecamatan  
Tenggarong, Kabupaten Kutai Kartanegara

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003 – 2004 : TK 'Aisyiyah Bustanul Athfal Tenggarong
2. Tahun 2004 – 2010 : SD Negeri 002 Tenggarong
3. Tahun 2010 – 2013 : SMP Negeri 3 Tenggarong
4. Tahun 2013 – 2016 : SMA Negeri 2 Tenggarong
5. Tahun 2016 – sekarang : Mahasiswa Podi DIII-Keperawatan  
Samarinda Poltekkes Kalimantan Timur

## KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi tugas akhir sebagai bahan untuk melakukan penelitian di lapangan.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan. Namun berkat dorongan, dukungan serta semangat dari orang terdekat dan berbagai pihak sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. drg. Aprilia Lailati selaku Pimpinan Puskesmas Sempaja Samarinda yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Hj.Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
4. Ns. Andi Lis AG, S.Kep,. M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Lukman Nulhakim, S.Kep., M.Kep dan Edi Purwanto, SST., M. Kes selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan masukan, arahan serta semangat sehingga penulis termotivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
7. Kedua orang tua saya Bapak Muhammad Anas, Ibu Amria, saudara kandung Shandika Ariyawan, Paman Amrin, Tante Evi serta seluruh keluarga saya di rumah yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu atas segala cinta dan kasih sayang, dukungan, semangat, doa serta bantuan financial bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
8. Ricky Ihza Mahendra Lakhsmana Putra yang telah senantiasa memberikan semangat, dukungan, doa serta motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan tugas akhir.
9. Keluarga kedua sejak SMA “Dewi, Riani, Dwi, Talitha, Anisa, Diah, dan Rizky” yang senantiasa memberikan dukungan, semangat serta doa bagi penulis selama pendidikan.
10. Sahabat – sahabat chabay selama saya kuliah yang saya sayangi dan saya banggakan “Wini, Juliana, Triana, Tunnaim, dan Winda” yang senantiasa menampung keluh kesah, memberikan dukungan, semangat, motivasi serta doa bagi penulis selama pendidikan.
11. Teman – teman D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Angkatan 2016 khususnya Kelas B yang saya

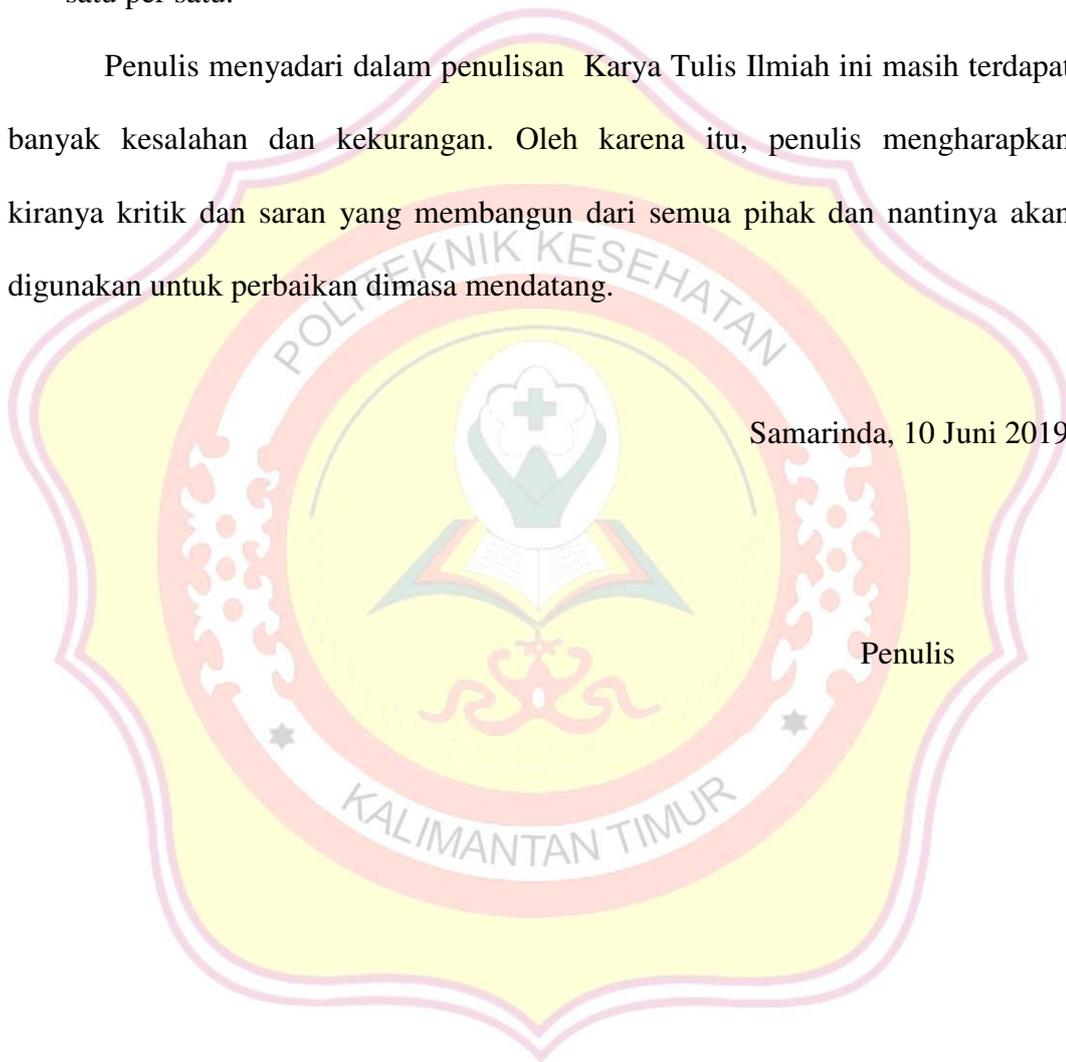
cintai, atas segala kebersamaan, keceriaan, dukungan, semangat serta motivasi terbaiknya selama kurang lebih 3 tahun perkuliahan.

12. Semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kiranya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dan nantinya akan digunakan untuk perbaikan dimasa mendatang.

Samarinda, 10 Juni 2019

Penulis



## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMPAJA SAMARINDA

Nadhia Ariyani <sup>1)</sup>, Lukman Nulhakim <sup>2)</sup>, Edi Purwanto <sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan, Poltekkes Kaltim

<sup>2,3)</sup> Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

## ABSTRAK

**Pendahuluan** : Diabetes Melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi saat tubuh tidak dapat menghasilkan atau memanfaatkan insulin yang ditandai dengan meningkatnya jumlah glukosa dalam darah, karena *pankreas* tidak cukup menghasilkan insulin, atau saat tubuh tidak efektif memanfaatkan insulin yang dihasilkan. Menurut IDF pada tahun 2015 Diabetes Melitus menduduki peringkat ke - 5 sebagai penyebab kematian di dunia.

**Tujuan** : Penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda secara komperhensif.

**Metode** : Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sampel yang digunakan sebanyak 2 responden, dilakukan di Puskesmas Sempaja Samarinda.

**Hasil** : Berdasarkan pada pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, pada pasien pertama dan kedua ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang sama, diagnosa yang pertama pasien 1 dan pasien 2 teratasi saat hari ketiga perawatan, diagnosa kedua pada pasien pertama teratasi pada hari kelima perawatan dan pada pasien kedua teratasi pada hari keempat perawatan, dan diagnosa ketiga pasien 1 dan pasien 2 teratasi pada hari kelima perawatan.

**Kesimpulan** : Pada pasien 1 dan 2, ketiga masalah teratasi yaitu kurang pengetahuan, resiko ketidakseimbangan kadar gula darah, dan resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus.

**Saran** : Studi kasus ini diharapkan menjadi acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus.

**Kata Kunci** : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus

## ABSTRACT

### FAMILY NURSING CARE WITH DIABETES MELLITUS IN THE WORKING AREA OF SEMPAJA SAMARINDA

**Nadhia Ariyani**<sup>1)</sup>, **Lukman Nulhakim**<sup>2)</sup>, **Edi Purwanto**<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Students of Diploma III Nursing Study Program at the Health Ministry of East Kalimantan Poltekkes

<sup>2,3)</sup> Lecturer in Nursing Department of East Kalimantan Polytechnic

## ABSTRACT

**Introduction :** Diabetes Mellitus is a chronic condition that occurs when the body cannot produce or utilize insulin which is characterized by an increase in the amount of glucose in the blood, because the pancreas does not produce enough insulin, or when the body is ineffective in using the insulin produced. According to IDF in 2015 Diabetes Mellitus ranked 5th as the cause of death in the world.

**Objective :** The author can provide an overview of family nursing care with Diabetes Mellitus in the Working Area of Sempaja Samarinda Health Center in a comprehensive manner.

**Method :** This study uses descriptive research methods in the form of case studies with the Nursing Care approach, which includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation. The sample used was 2 respondents, conducted at the Sempaja Samarinda Health Center

**Results :** Based on the assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation results, the first and second patients found three similar nursing diagnoses, the first diagnosis of patient 1 and patient 2 resolved on the third day of treatment, the second diagnosis in the first patient resolved on the fifth day of treatment and the second patient resolved on the fourth day of treatment, and diagnosed the three patients 1 and 2 patients resolved on the fifth day of treatment.

**Conclusion :** In patients 1 and 2, all three problems were resolved, namely lack of knowledge, risk of imbalance of blood sugar levels, and high risk of complications of Diabetes Mellitus.

**Suggestion :** This case study is expected to be a reference in carrying out nursing care for patients with Diabetes Mellitus.

**Keywords :** Nursing care, Diabetes Mellitus

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul depan.....	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar .....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Halaman Riwayat Diri.....	vi
Halaman Kata Pengantar.....	vii
Halaman Abstrak.....	x
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan .....	5
1.4.1 Bagi Penulis.....	5
1.4.2 Bagi Keluarga .....	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Keluarga .....	6
2.1.1 Pengertian Keluarga.....	6
2.1.2 Tipe atau Bentuk Keluarga .....	6
2.1.3 Struktur Keluarga.....	9
2.1.4 Fungsi Keluarga.....	10
2.1.5 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga .....	11

2.2	Konsep Dasar Diabetes Melitus .....	14
2.2.1	Pengertian Diabetes Melitus .....	14
2.2.2	Klasifikasi Diabetes Melitus .....	14
2.2.3	Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus .....	16
2.2.4	Etiologi Diabetes Melitus .....	17
2.2.5	Patofisiologi Diabetes Melitus .....	19
2.2.6	Manifestasi Klinis Diabetes Melitus .....	22
2.2.7	Komplikasi Diabetes Melitus .....	22
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus .....	25
2.2.9	Penatalaksanaan Diabetes Melitus .....	26
2.3	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	29
2.3.1	Pengkajian .....	29
2.3.2	Analisa Data .....	37
2.3.3	Perumusan Diagnosa .....	37
2.3.4	Diagnosa Keperawatan .....	40
2.3.5	Prioritas Keperawatan .....	42
2.3.6	Intervensi Keperawatan .....	43
2.3.7	Implementasi Keperawatan .....	44
2.3.8	Evaluasi Keperawatan .....	44
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>		
3.1	Pendekatan (Desain Penulisan) .....	47
3.2	Subyek Penelitian .....	46
3.3	Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	46
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	47
3.5	Prosedur Penulisan .....	47
3.6	Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	47
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data .....	47
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data .....	48
3.7	Keabsahan Data .....	49
3.8	Analisa Data .....	49
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>		
4.1	Hasil .....	50
4.1.1	Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	50
4.1.2	Gambaran Subyek Studi Kasus .....	52
4.1.2.1	Pengkajian .....	52
4.1.2.2	Diagnosa Keperawatan .....	72

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan .....	81
4.1.2.4 Implementasi Keperawatan .....	84
4.2 Pembahasan .....	98
4.3 Keterbatasan Penelitian .....	107

**BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	108
5.2 Saran.....	111

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 2.1	: Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus	17
Tabel 2.2	: Diagnosa Keperawatan Keluarga Diabetes	40
Tabel 2.3	: Skala Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga	43
Tabel 4.1	: Komposisi Keluarga Klien 1	55
Tabel 4.2	: Komposisi Keluarga Klien 2	55
Tabel 4.3	: Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 1	68
Tabel 4.4	: Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 2	70
Tabel 4.5	: Analisa Data Klien 1 dan Klien 2	73
Tabel 4.6	: Skoring Prioritas Masalah Klien 1 dan 2	76
Tabel 4.7	: Prioritas Masalah Klien 1 dan Klien 2	81
Tabel 4.8	: Intervensi Keperawatan Klien 1 dan Klien 2	82
Tabel 4.9	: Implementasi Keperawatan Klien 1	85
Tabel 4.10	: Implementasi Keperawatan Klien 2	92

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Surat Permintaan Penelitian
2. Lampiran 2 Surat Balasan Penelitian
3. Lampiran 3 Informed Consent
4. Lampiran 4 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian
5. Lampiran 5 SAP dan Leaflet Diabetes Melitus
6. Lampiran 6 Dokumentasi
7. Lampiran 7 Lembar Konsultasi



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik secara global, regional, nasional dan lokal. WHO pada tahun 2015 melaporkan bahwa 60% penyebab kematian semua umur di dunia adalah karena PTM. PTM cenderung akan terus meningkat tiap tahunnya (Kemenkes, 2016). Karakteristik dari sebagian besar PTM bersifat kronis dan jangka panjang. PTM tidak akan sembuh seperti sebelumnya bahkan cenderung memburuk. Di Indonesia, tren kematian akibat PTM meningkat dari 37% di tahun 1990 menjadi 57% di tahun 2014 (WHO, 2014). Salah satu PTM yang menyita banyak perhatian masyarakat adalah penyakit Diabetes Melitus.

Diabetes Melitus (DM) menduduki peringkat ke – 5 sebagai penyebab kematian di dunia. Diabetes Melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi saat tubuh tidak dapat menghasilkan atau memanfaatkan insulin yang ditandai dengan meningkatnya jumlah glukosa dalam darah (*hiperglikemi*) (IDF, 2015). Diabetes Melitus adalah penyakit kronis yang terjadi karena *pankreas* tidak cukup menghasilkan insulin, atau saat tubuh tidak efektif memanfaatkan insulin yang dihasilkan (WHO, 2017). Diabetes Melitus ini juga dikenal sebagai penyakit *silent killer* karena saat diketahui sudah terjadi komplikasi (Risksdas, 2013).

Studi global oleh IDF tahun 2015 menunjukkan bahwa angka penderita Diabetes Melitus dari keseluruhan penduduk dunia mencapai 415 juta orang (WHO, 2016). Indonesia berada diperingkat ke – 6 di dunia dengan angka kejadian sebanyak 10,3 juta orang. Jika tidak ditangan dengan baik angka kejadian Diabetes Melitus di Indonesia akan melonjak drastis menjadi 21,3 juta orang pada tahun 2030 (IDF, 2017). Prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia berdasarkan wawancara yang terdiagnosis dokter mengalami peningkatan yakni 0,7% tahun 2007 menjadi 1,5% pada tahun 2013 dan Diabetes Melitus terdiagnosis dokter atau gejala juga meningkat dari 1,1% tahun 2007 menjadi 2,1% pada tahun 2013. Prevalensi Diabetes Melitus di Provinsi Kalimantan Timur (2,3%). (Balitbangkes, 2013).

Prevalensi Penyakit Diabetes Melitus di Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013, tertinggi berada di Kota Samarinda sebanyak 4.1% (Risikesdas, 2013). Data menurut profil kesehatan provinsi Kalimantan Timur tahun 2016, menyatakan bahwa Diabetes Melitus masuk kedalam 10 besar penyakit morbiditas yang ada di Puskesmas. Morbiditas adalah angka kesakitan, dapat berupa angka insidensi maupun angka prevalensi dari suatu penyakit. Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi dan pada kurun waktu tertentu. Morbiditas berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur, 2016).

Jumlah pasien Diabetes Melitus yang melakukan kunjungan Puskesmas di wilayah Samarinda pada tahun 2014 tercatat sebanyak 8.997 kunjungan. Kunjungan Puskesmas untuk DM Tipe – 1 sebanyak 2.964 kunjungan dan untuk DM Tipe – 2 sebanyak 6033 kunjungan (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2015). Tahun 2015 terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien Diabetes Melitus yaitu sebanyak 11.587 kunjungan. Untuk DM Tipe – 1 sebanyak 4.204 kunjungan dan untuk kunjungan DM Tipe – 2 sebanyak 7.383 kunjungan (Dinas Kesehatan Kota Samarinda, 2016). Dengan banyaknya kasus yang terjadi di masyarakat dukungan keluarga sangat diperlukan pada penderita Diabetes Melitus.

Penelitian tentang dukungan keluarga yang dilakukan oleh Firdaus, Sriyono, dan Asmoro (2014) menunjukkan bahwa 32,8% penyandang Diabetes Melitus mendapat dukungan keluarga yang baik dengan tingkat kepatuhan terapi insulin tinggi, 63,8% mendapat dukungan keluarga sedang dengan tingkat kepatuhan sedang, dan 3,4% mendapat dukungan keluarga kurang dengan tingkat kepatuhan rendah. Oleh karena itu dukungan keluarga sangatlah penting dan berpengaruh besar dalam pengobatan Diabetes Melitus di keluarga.

Berdasarkan dengan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengelola Asuhan Keperawatan Keluarga secara komprehensif pada keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam keluarga adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan kasus Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda?”

## 1.3 Tujuan Penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengkaji keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda. ★
- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.
- 5) Mengevaluasi keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Menambah informasi dan menambah wawasan penulis dalam melakukan studi kasus dan mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus.

### **1.4.2 Bagi Keluarga**

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada keluarga dengan asuhan keperawatan dengan Diabetes Melitus di dalam keluarga.

### **1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Dapat memberikan masukan dalam pelayanan kesehatan yaitu dengan memberikan dan mengajarkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada keluarga dan terutama untuk pasien sebagai salah satu cara untuk meningkatkan coping keluarga dan pasien serta dapat menjadikan peran keluarga untuk ikut aktif berpartisipasi dalam mengimplementasikan strategi pelaksanaan dalam asuhan keperawatan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Keluarga

##### 2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu ikatan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan hukum dan undang-undang perkawinan yang sah hidup bersama dalam keterikatan aturan dari keluarga. Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari keluarga (Friedman, 2013).

##### 2.1.2 Tipe atau Bentuk Keluarga

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2010) dalam Susanto (2012) ada dua tipe keluarga yaitu :

1) Tradisional.

a) *The Nuclear Family*

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

b) *The Dyad Family*

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

c) Keluarga Usila

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

d) *The Childless Family.*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

e) *The Extended Family.*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* disertai paman, tante, orang tua (kakek nenek) dan keponakan.

f) *Commuter Family.*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bias berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir pekan atau pada waktu-waktu tertentu.

g) *The Single Parent Family.*

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.

h) *Multigenerational Family.*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

i) *Kin-network Family.*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh : Dapur, kamar mandi, telepon dan lain-lain.

j) *Blended Family.*

Duda atau janda karena perceraian yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau hasil perkawinan sebelumnya.

k) *The Single Adult Family.*

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti : perceraian atau ditinggal mati.

2) Non Tradisional

a) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b) *The Step-parent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

c) *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah. Sosialisasi anak dengan aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

d) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang yang mempunyai persamaan orientasi seksual hidup bersama

sebagaimana *marital partners*

f) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g) *Group Network Family*

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

h) *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara sementara waktu, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

### 2.1.3 Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam Harmoko (2012) menyatakan struktur keluarga antara lain :

1) Struktur Peran Keluarga

Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain yang menyangkut peran-peran tersebut.

2) Sistem Nilai dalam Keluarga

Nilai-nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, sikap dan kepercayaan tentang nilai suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar

maupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim.

### 3) Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

### 4) Strukur Kekuasaan dalam Keluarga

Kekuasaan keluarga sebagai sebuah karakteristik dari sistem keluarga adalah kemampuan, baik potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga.

#### **2.1.4 Fungsi Keluarga**

Menurut Allender & Spardley (2001) dalam Susanto (2012), fungsi keluarga adalah :

##### 1) *Affection*

- a) Menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan.
- b) Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual.
- c) Menambah anggota baru.

##### 2) *Security and Acceptance*

- a) Mempertahankan kebutuhan fisik.
- b) Menerima individu sebagai anggota.

##### 3) *Identity and Satisfaction*

- a) Mempertahankan motivasi.
- b) Mengembangkan peran dan *self-image*.

4) *Affiliation and companionship*

- a) Mengembangkan pola komunikasi.
- b) Mempertahankan hubungan yang harmonis.

5) *Sosialization*

- a) Mengenal kultur (nilai dan perilaku).
- b) Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal.
- c) Melepas anggota.

6) *Controls*

- a) Mempertahankan kontrol sosial.
- b) Adanya pembagian kerja.
- c) Penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada.

### **2.1.5 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga**

Menurut Friedman (2010) dalam Harmoko (2012) tahap dan tugas perkembangan keluarga dibagi menjadi :

1) Tahap I : Keluarga Pemula

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- b) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- c) Keluarga berencana (keputusan kedudukan sebagai orangtua).

2) Tahap II : Keluarga Sedang Mengasuh Anak

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga).
- b) Rekonsiliasi tugas-tugas yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.

- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- d) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran-peran orangtua dan kakek-nenek.

3) Tahap III : Keluarga dengan Anak Usia Pra Sekolah

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan.
- b) Mensosialisasikan anak.
- c) Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain.
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas).

4) Tahap IV : Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

- a) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja

- a) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
- b) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
- c) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak.

- 6) Tahap VI : Keluarga yang Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda
- a) Memperluas siklus keluarga dengan memuaskan anggota keluarga yang baru didapatkan melalui perkawinan anak-anak.
  - b) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
  - c) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.
- 7) Tahap VII : Keluarga dengan Orang Tua Usia Pertengahan
- a) Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan.
  - b) Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak.
  - c) Memperkokoh hubungan perkawinan.
- 8) Tahap VIII : Keluarga dalam Masa Pensiun dan Lanjut Usia
- a) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
  - b) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.★
  - c) Mempertahankan hubungan perkawinan.
  - d) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
  - e) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
  - f) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup).

## 2.2 Konsep Medis

### 2.2.1 Definisi Penyakit Diabetes Melitus

Diabetes berasal dari kata Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (*siphon*). Melitus berasal dari kata latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit Diabetes Melitus dapat diartikan individu yang mengalirkan *volume urine* yang banyak dengan kadar glukosa yang tinggi. Diabetes Melitus adalah penyakit *hiperglikemia* yang ditandai dengan ketidakadaan *absolute* insulin atau penurunan intensitivitas relatif sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

Diabetes Melitus adalah kelainan *metabolisme*, dimana kemampuan tubuh untuk memanfaatkan glukosa, lemak dan protein terganggu karena *defisiensi* insulin atau *resistensi* insulin (Dunning, 2014). Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi karena *pankreas* tidak cukup menghasilkan insulin, atau saat tubuh tidak efektif memanfaatkan insulin yang dihasilkan (WHO, 2017).

### 2.2.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus dapat diklasifikasikan ke dalam 4 kategori klinis (Smeltzer dan Bare, 2015), yaitu :

#### 1) Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes Melitus Tipe 1 atau IDDM (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus*), terjadi karena adanya kerusakan *sel- $\beta$* , biasanya menyebabkan kekurangan insulin *absolute* yang disebabkan oleh proses *autoimun* atau *idiopatik*. Umumnya penyakit ini berkembang ke arah Ketoasidosis Diabetik yang menyebabkan kematian. Diabetes Melitus Tipe 1 terjadi sebanyak 5-10% dari

semua Diabetes Melitus. Diabetes Melitus Tipe 1 dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer dan Bare, 2015).

#### 2) Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes Melitus Tipe 2 atau NIDDM (*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*), terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat *resistensi* insulin. Diabetes Melitus Tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan *metabolik* dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. Diabetes Melitus Tipe 2 mengenai 90-95% pasien dengan Diabetes Melitus. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, *obesitas*, *herediter*, dan faktor lingkungan. Diabetes Melitus Tipe 2 ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

#### 3) Diabetes Melitus Tipe Tertentu

Diabetes Melitus tipe ini terjadi karena penyebab lain misalnya, defek genetik pada fungsi *sel- $\beta$* , defek genetik pada kerja insulin, penyakit *eksokrin pankreas* (seperti *fibrosis kistik* dan *pankreatitis*), penyakit *metabolik endokrin*, infeksi, sindrom genetik lain dan karena disebabkan oleh obat atau kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah *transplantasi organ*) (Smeltzer dan Bare, 2015).

#### 4) Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional ini merupakan Diabetes Melitus yang didiagnosis selama masa kehamilan, dimana *intoleransi* glukosa didapati

pertama kali pada masa kehamilan. Terjadi pada 2-5% semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

### 2.2.3 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus

PERKENI (2014) membagi alur diagnosis Diabetes Melitus menjadi dua bagian besar berdasarkan ada tidaknya gejala khas Diabetes Melitus gejala khas Diabetes Melitus terdiri dari *poliuria*, *olidipsia*, *polifagia* dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas, sedangkan gejala tidak khas Diabetes Melitus diantaranya lemas, kesemutan, luka yang sulit sembuh, gatal, mata kabur, *Disfungsi Ereksi* (pria) dan *Pruritus Vulva* (wanita). Apabila ditemukan gejala khas Diabetes Melitus, pemeriksaan gula darah *abnormal* satu kali saja sudah cukup untuk menegakkan diagnosis, namun apabila tidak ditemukan gejala khas Diabetes Melitus, maka diperlukan dua kali pemeriksaan glukosa darah *abnormal*. Diagnosis Diabetes Melitus juga dapat ditegakkan melalui cara pada tabel berikut :

**Tabel 2.1 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus**

No	Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus
1	Gejala klasik Diabetes Melitus + glukosa <i>plasma</i> sewaktu >200mg/dL (11,1 mmol/L) Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir.
2	Gejala klasik Diabetes Melitus + glukosa <i>plasma</i> puasa >126 mg/dL (7,0 mmol/L)Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam.
3	Glukosa plasma 2 jam pada TTGO >200 mg/dL (11,1 mmol/L) TTGO dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.

#### 2.2.4 Etiologi Diabetes Melitus

Umumnya Diabetes Melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari *sel-sel  $\beta$*  dari pulau-pulau *langerhans* pada *pankreas* yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu Diabetes Melitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes Melitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain :

##### 1) Pola Makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya Diabetes Melitus. Konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan *sekresi* insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan Diabetes Melitus.

##### 2) Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit Diabetes Melitus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang Diabetes Melitus.

##### 3) Faktor genetik

Penyebab Diabetes Melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita Diabetes Melitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

4) Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan-bahan kimia dapat mengiritasi *pankreas* yang menyebabkan radang *pankreas*, radang pada *pankreas* akan mengakibatkan fungsi *pankreas* menurun sehingga tidak ada *sekresi* hormon-hormon untuk proses *metabolisme* tubuh termasuk insulin. Segala jenis *residu* obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi *pankreas*.

5) Penyakit dan infeksi pada *pankreas*

Infeksi mikroorganisme dan virus pada *pankreas* juga dapat menyebabkan radang *pankreas* yang otomatis akan menyebabkan fungsi *pankreas* turun sehingga tidak ada *sekresi* hormon-hormon untuk proses *metabolisme* tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan *dislipedemia* dapat meningkatkan risiko terkena Diabetes Melitus.

6) Pola Hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab Diabetes Melitus. Jika orang malas berolahraga memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit Diabetes Melitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang tertimbun didalam tubuh, kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab Diabetes Melitus selain disfungsi *pankreas*.

7) Kadar Kortikosteroid yang tinggi menyebabkan kehamilan Diabetes Melitus Gestasional.

8) Obat-obatan yang dapat merusak *pankreas*.

9) Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

### 2.2.5 Patofisiologi Diabetes Melitus

Pada Diabetes Melitus Tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena *sel-sel  $\beta$  pankreas* telah dihancurkan oleh proses *autoimun*. *Hiperglikemi* puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan *hiperglikemia postprandial* (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam *urine* (*glikosuria*). Ketika glukosa yang berlebihan di *eksresikan* ke dalam *urine*, *eksresi* ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan *diuresis osmotik*. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (*poliuria*) dan rasa haus (*polidipsia*).

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

Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan *keton* yang merupakan produk samping pemecahan lemak.

Badan *keton* merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. *Ketoasidosis* yang disebabkan dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri *abdomen*, mual, muntah, *hiperventilasi*, nafas berbau *aseton* dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala *hiperglikemi* serta *ketoasidosis*. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting.

Diabetes Melitus Tipe 2 merupakan suatu kelainan *metabolik* dengan karakteristik utama adalah terjadinya *hiperglikemik* kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya Diabetes Melitus Tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, *obesitas*, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas. Mekanisme terjadinya Diabetes Melitus Tipe 2 umumnya disebabkan karena *resistensi* insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam *metabolisme* glukosa didalam sel.

*Resistensi* insulin pada Diabetes Melitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi *resistensi* insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat *sekresi* insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika *sel-sel  $\beta$*  tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi Diabetes Melitus Tipe 2. Meskipun terjadi gangguan *sekresi* insulin yang merupakan ciri khas Diabetes Melitus Tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan *keton* yang menyertainya. Karena itu, Ketoasidosis Diabetik tidak terjadi pada Diabetes Melitus Tipe 2.

Meskipun demikian, Diabetes Melitus Tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketotik (HHNK). Akibat *intoleransi* glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan Diabetes Melitus Tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti : kelelahan, iritabilitas, *poliuria*, *polidipsia*, luka pada kulit yang lama-lama sembuh, infeksi *vagina* atau pandangan kabur (jika kadar glukosa nya sangat tinggi). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit Diabetes Melitus selama bertahun-tahun adalah terjadinya komplikasi

Diabetes Melitus jangka panjang (misalnya, kelainan mata, Neuropati Perifer, kelainan Vaskuler Perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

### 2.2.6 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Manifestasi klinis dari Diabetes Melitus terbagi menjadi dua yaitu gejala akut dan gejala kronis sebagai berikut :

#### 1) Gejala Akut

*Polifagia* atau banyak makan, *Polidipsi* atau banyak minum, *Poliuria* atau sering kencing.

#### 2) Gejala Kronis

Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi (Impotensi) dan gatal-gatal di daerah *vagina* pada wanita (Fatimah, 2015).

### 2.2.7 Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut Black & Hawks (2005), Smeltzer, et al (2008) dalam Hasdiana (2014) mengklasifikasikan komplikasi Diabetes Melitus menjadi 2 kelompok yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis :

#### 1) Komplikasi Akut

##### a) Hipoglikemia

Kadar glukosa darah yang abnormal/rendah terjadi jika kadar glukosa darah turun dibawah 60-50 mg/dL (3,3-2,7 mmol/L). Keadaan

ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat *oral* yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. *Hipoglikemia* dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini bisa dijumpai sebelum makan, khususnya jika waktu makan tertunda atau bila pasien lupa makan cemilan.

b) Ketoasidosis Diabetik

Keadaan ini disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. pada tiga gambaran klinis yang penting pada Ketoasidosis Diabetik : *Dehidrasi*, kehilangan elektrolit, dan *asidosis*. Apabila jumlah insulin berkurang, jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Di samping itu produksi glukosa oleh hati menjadi tidak terkendali. Kedua faktor ini akan menimbulkan *hiperglikemia*.

c) Sindrom Hiperglikemi Hiperosmolar Nonketoik

Merupakan keadaan yang didominasi oleh *hiperosmolaritas* dan *hiperglikemia* dan disertai perubahan tingkat kesadaran (*sense of awarness*). Pada saat yang sama tidak ada atau terjadi *ketosis* ringan. Kelainan dasar biokimia pada sindrom ini berupa kekurangan insulin efektif. Keadaan *hiperglikemia* persisten menyebabkan *diuresis osmotik* sehingga terjadi kehilangan cairan elektrolit. Untuk mempertahankan keseimbangan osmotik, cairan akan berpindah dari ruang *intrasel* ke dalam ruang *ekstrasel*. Dengan adanya *glukosuria* dan dehidrasi, akan

dijumpai keadaan *hipernatremia* dan peningkatan *osmolaritas*. Salah satu perbedaan utama antara sindrom HHNK dan DKA adalah tidak terdapatnya *ketosis* dan *asidosis* pada sindrom HHNK. Perbedaan jumlah insulin yang terdapat dalam masing-masing keadaan ini dianggap penyebab parsial perbedaan diatas. Pada hakikatnya, insulin tidak terdapat pada DKA.

## 2) Komplikasi Kronis

### a) Komplikasi *Makrovaskuler*

Perubahan *aterosklerotik* dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada Diabetes Melitus. Perubahan *aterosklerotik* ini serupa dengan yang terlihat pada pasien-pasien *nondiabetik*, kecuali dalam hal bahwa perubahan tersebut cenderung terjadi pada usia yang lebih muda dengan frekuensi yang lebih besar pada pasien-pasien Diabetes Melitus.

### b) Komplikasi *Mikrovaskuler*

Perubahan *mikrovaskuler* merupakan komplikasi unik yang hanya terjadi pada Diabetes Melitus. Penyakit Mikrovaskuler Diabetik (*mikroangiopati*) ditandai oleh penebalan membran *basalis* pembuluh *kapiler*. Membran *basalis* mengelilingi sel-sel *endotel kapiler*.

### c) Retinopati Diabetik

Kelainan patologis mata yang disebut Retinopati Diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil pada retina mata.

d) Nefropati

Penyakit Diabetes Melitus turut menyebabkan kurang lebih 25% dari pasien-pasien dengan penyakit ginjal *stadium terminal* yang memerlukan *dialisis* atau *transplantasi* setiap tahunnya di Amerika Serikat. Penyandang Diabetes Melitus Tipe 1 sering memperlihatkan tanda-tanda permulaan Penyakit Renal setelah 15-20 tahun kemudian, sementara pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dapat terkena penyakit Renal dalam waktu 10 tahun sejak diagnosis Diabetes ditegakkan. Banyak pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang sudah menderita Diabetes Melitus selama bertahun-tahun sebelum penyakit tersebut didiagnosis dan diobati.

e) Neuropati

Neuropati dalam Diabetes Melitus mengacu kepada sekelompok penyakit-penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf *perifer (sensorimotor)*, *otonom* dan *spinal*. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi sel saraf yang terkena (Hasdianah, 2014).

### 2.2.8 Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus

Pemeriksaan Diagnostik :

1. Glukosa darah sewaktu.
2. Kadar glukosa darah puasa.
3. Tes toleransi glukosa.

Kriteria diagnostik menurut WHO untuk Diabetes Melitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

1. Glukosa plasma sewaktu  $>200$  mg/dL (11,1 mmol/L).
2. Glukosa plasma puasa  $>140$  mg/dL (7,8 mmol/L).
3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam *post prandial* (pp)  $>200$  mg/dL (Hasdianah, 2014).

### **2.2.9 Penatalaksanaan Diabetes Melitus**

Menurut Brunner & Suddarth (2015), tujuan utama terapi Diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi Komplikasi Vaskuler serta Neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe Diabetes Melitus adalah mencapai kadar glukosa darah normal. Ada 5 komponen dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus :

#### 1) Diet yang tepat

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan Diabetes Melitus. Menurut Departemen Kesehatan RI menetapkan bahwa kebutuhan kalori individu sebesar 2000 kkalori/hari. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita Diabetes Melitus diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini :

- a) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral).
- b) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai.
- c) Memenuhi kebutuhan energi.
- d) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis.

e) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat.

## 2) Latihan fisik

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko *kardiovaskuler*. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan (*resistance training*) dapat meningkatkan *lean body mass* dan dengan demikian menambah laju *metabolisme* istirahat (*resting metabolic rate*). Semua efek ini sangat bermanfaat pada Diabetes Melitus karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan ini juga akan mengubah kadar lemak darah yaitu, meningkatkan kadar HDL-Kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta *trigliserida*. Semua manfaat ini sangat penting bagi penyandang Diabetes Melitus mengingat adanya peningkatan resiko untuk terkena penyakit *kardiovaskuler* pada Diabetes Melitus.

## 3) Pemantauan Kadar Glukosa Darah Secara Mandiri

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (SMBG, *Self Monitoring of Blood Glucose*) penderita Diabetes Melitus kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dengan pencegahan *hipoglikemia* serta *hiperglikemia* dan berperan untuk menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi Diabetes Melitus jangka panjang.

Beberapa metode kini tersedia untuk melakukan pemantauan mandiri kadar glukosa darah. Kebanyakan metode tersebut mencakup pengambilan setetes darah dari ujung jari tangan, aplikasikan darah tersebut pada strip pereaksi khusus. Strip tersebut pertama-tama dimasukkan ke dalam alat pengukur sebelum darah ditempelkan pada strip. Setelah darah melekat pada strip, darah tersebut dibiarkan selama pelaksanaan tes. Alat pengukur akan memperlihatkan kadar glukosa darah dalam waktu yang singkat (kurang dari 1 menit).

#### 4) Terapi obat oral atau insulin (jika diperlukan)

Menurut Rendy, M. Clevo dan Margareth TH (2012) pada individu sehat, *sekresi* insulin mengimbangi jumlah asupan makanan yang bermacam-macam dengan latihan fisik, sebaliknya, individu dengan Diabetes Melitus tidak mampu *menyekresi* jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa darah. Sebagai akibatnya, kadar glukosa meningkat tinggi sebagai respon terhadap makanan dan tetap tinggi dalam keadaan puasa.

#### 5) Pendidikan kesehatan

Menurut Corwin (2009) pasien Diabetes Melitus relatif dapat hidup normal asalkan mereka mengetahui dengan baik keadaan dan cara penatalaksanaan penyakit yang dideritanya. Menurut Prince dan Wilson (2006) mereka dapat belajar menyuntikkan insulin sendiri, memantau kadar glukosa darah mereka dan memanfaatkan informasi untuk mengatur dosis insulin serta merencanakan diet serta latihan sedemikian rupa sehingga dapat mengurangi *hiperglikemia* atau *hipoglikemia*. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan semua

aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya *hiperglikemia* pada populasi umum misalnya dengan kampanye makanan sehat dan penyuluhan bahaya Diabetes Melitus. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyakit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Upaya pencegahan ini memberikan memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada pasien Diabetes Melitus tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan dan pengelolaan Diabetes Melitus termasuk di dalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri (kepercayaan pada kemampuan diri sendiri) (Brunner & Suddarth, 2015).

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan data/informasi secara terus-menerus tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga (Gusti, 2013).

### 2.3.1.1 Pengkajian Umum

Menurut Susanto (2012) pengkajian pada keluarga sebagai berikut :

#### 1) Data umum

##### a) Identitas

Pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan genogram.

##### b) Komposisi Keluarga

Dikaji tentang daftar anggota keluarga dan genogram.

##### c) Tipe Keluarga

Pada tipe keluarga ini yang dikaji yaitu tentang jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan tipe tersebut.

##### d) Suku Bangsa

Identifikasi budaya suku bangsa keluarga tersebut.

##### e) Agama

Pada pengkajian ini yang perlu dikaji yaitu panutan keluarga tersebut dan bagaimana keluarga tersebut menjalankan ibadahnya.

##### f) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Pada status sosial ekonomi yang dikaji yaitu tentang pekerjaan, tempat kerja, dan penghasilan setiap anggota yang sudah bekerja, sumber penghasilan, berapa jumlah yang dihasilkan oleh setiap anggota keluarga yang bekerja.

g) Aktivitas Rekreasi Kelurga

Dimana pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga pergi bersama ketempat rekreasi.

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga (Susanto, 2012: 105).

a) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini.

Pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga saat ini, dan komunikasi antar keluarga tersebut, apakah ada pertengkaran, perdebatan dan sebagainya antar keluarga.

b) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi.

Pada tahap ini yang dikaji adalah tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum belum dilaksanakan secara optimal oleh keluarga.

c) Riwayat Keluarga Inti.

Pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga inti, dan apa latar belakang sebelum menjalani sebuah keluarga.

d) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Pada tahap ini yang dikaji adalah bagaimana keadaan keluarga sebelumnya, sampai keadaan sekarang.

3) Keadaan Lingkungan (Susanto, 2012: 114).

a) Karakteristik Rumah.

Pada tahap ini yang dikaji adalah letak posisi rumah pada denah perkampungan yg ditinggali keluarga dengan jelas.

b) Karakteristik Tetangga dan Komunitas.

Pada tahap ini yang dikaji adalah gambaran tentang rumah keluarga dan apa yang dilakukan keluarga setiap harinya, misalnya berbaur dengan tetangga.

c) Mobilitas Geografis Keluarga

Pada tahap ini yang dikaji adalah letak daerah rumah keluarga.

d) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Keluarga

Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang interaksi dengan tetangga, misalnya apakah keluarga mengikuti pengajian atau perkumpulan ibu-ibu rumah tangga lainnya ataupun kegiatan lainnya.

e) Sistem Pendukung Keluarga

Pada tahap ini dikaji adalah tentang kesulitan keuangan yang keluarga dapat diatasi dengan dukungan keluarga.

4) Struktur Keluarga (Gusti, 2013).

a) Pola-Pola Komunikasi Keluarga

Menjelaskan cara komunikasi antar anggota keluarga, menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.

b) Struktur Kekuatan Keluarga

Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambilan keputusan dalam pekerjaan tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan

anak-anak. Model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan adalah membuat keputusan.

c) Struktur dan Peran Keluarga

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

d) Struktur Nilai atau Norma Keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas.

5) Fungsi keluarga (Harnilawati, 2013: 09).

a) Fungsi Afektif

Mengkaji diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepada keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b) Fungsi Sosialisasi

Mengkaji tentang otonomi setiap anggota dalam keluarga, saling ketergantungan dalam keluarga, yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak. Fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

c) Fungsi Perawatan Kesehatan

Mengkaji tentang sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit.

6) Stres dan koping keluarga (Gusti, 2013).

a) Stesor Jangka Pendek & Panjang

Stresor jangka pendek : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

Stresor jangka panjang : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor :

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stresor yang ada.

b) Strategi Koping yang Digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

c) Strategi Adaptasi Disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah.

7) Pemeriksaan Fisik (Gusti, 2013).

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga metode ini sama dengan pemeriksaan fisik di klinik atau rumah sakit yang meliputi pemeriksaan *head to toe* dan pemeriksaan penunjang.

8) Harapan Keluarga (Gusti, 2013).

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

### 2.3.1.1 Pengkajian Fokus Diabetes Melitus (Purwanto, 2016).

#### 1) Aktifitas Istirahat

Gejala : Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur/istirahat.

Tanda : *Takikardia* dan *takipnea* pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, *letargi/disorientasi*, koma, penurunan kekuatan otot.

#### 2) Sirkulasi

Gejala : Adanya riwayat Hipertensi, *klaukikasi*, kebas dan kesemutan pada *ekstermitas*, *ulkus* pada kaki, penyembuhan luka yang lama.

Tanda : *Takikardia*, perubahan tekanan darah *postural*, Hipertensi, nadi yang menurun atau tidak ada, *distrimia*, kulit panas, kering dan kemerahan, mata cekung.

#### 3) Integritas Ego

Gejala : Stres, tergantung pada orang lain, masalah *financial* yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : *Ansietas*, peka rangsang.

#### 4) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih (*poliuria*), *nokturia*, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru atau berulang. Nyeri tekan *abdomen*.

Tanda: *Urine* encer, pucat, kuning : *poliuria* (dapat berkembang menjadi *oliguria* atau *anuria* jika terjadi *hipovolemia* berat). *Urine* berkabut, bau busuk (infeksi). *Abdomen* keras, adanya *asites*, bising usus lemah dan menurun, *hiperaktif* (diare).

#### 5) Makanan/Cairan

Gejala : Hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari atau minggu, haus, penggunaan diaretik (tiazid).

Tanda : Kulit kering atau bersisik, turgor kulit jelek, kekakuan atau *distensi abdomen*, muntah. Pembesaran *tiroid* (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah). Bau *halitosis* atau manis, bau buah (napas *aseton*).

#### 6) Neurosensori

Gejala : Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan.

Tanda : *Disorientasi*, mengantuk, *letargi*, *stupor* atau koma (tahap lanjut). Gangguan memori (baru dan masa lalu), kacau mental, Refleks Tendon Dalam (RTD) menurun (koma). Aktivitas kejang (tahap lanjut dari DKA).

#### 7) Nyeri Kenyamanan

Gejala : *Abdomen* yang tegang atau nyeri (sedang/berat).

Tanda : Wajah meringis dengan *palpitasi* : tampak sangat berhati-hati.

#### 8) Keamanan

Gejala : Kulit kering, gatal, *ulkus* kulit.

Tanda : Demam, *diaforesis*, kulit rusak, *lesi/ulserasi*.

#### 9) Pernafasan

Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tidak ada tanda *sputum purulen* (tergantung ada tidaknya infeksi).

Tanda : Demam, *diaforesis*, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak.  
*Parestesia/paralisis* otot termasuk otot-otot pernafasan.

#### 10) Seksualitas

Gejala : *Rabas vagina* (cenderung infeksi).

Tanda : Masalah Impoten pada pria, kesulitan *orgasme* pada wanita.

#### 11) Penyuluhan atau Pembelajaran

Gejala : Faktor resiko keluarga : Diabetes Melitus, Penyakit Jantung, Stroke, Hipertensi, Febobarbital penyembuhan yang lambat. Penggunaan obat seperti steroid, diuretik (tiazid), dilantin dan dapat meningkatkan kadar glukosa darah.

### 2.3.2 Analisa Data

Pada analisa data, kegiatan yang dilakukan yaitu menetapkan masalah kesehatan keluarga yang diangkat dari lima tugas keluarga yaitu :

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat (Gusti, 2013).

### 2.3.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Menurut Allen (1998) dalam Gusti (2013). Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnosa keperawatan meliputi :

1) *Problem* atau masalah

Suatau pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga.

2) *Etiologi* atau penyebab

Suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga yaitu :

- a) Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan atau *etiologi* dari diagnosis keperawatan keluarga adalah adanya:

- a) Ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, kesalahan persepsi).
- b) Ketidakmauan (sikap dan motivasi).
- c) Dan ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik dan psikologis).

3) Tanda (*sign*) dan Gejala (*symptom*)

Adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak langsung (Gusti, 2013).

Tipologi diagnosa keperawatan meliputi :

- a) Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan perawat dengan cepat.
- b) Diagnosa resiko/resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
- c) Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

#### **2.3.4 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus menurut NANDA/ICNP, NOC, NIC (2017) dalam buku (Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi Nanda, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan Masyarakat). Adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah.

**Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga Diabetes Melitus Menurut NANDA/ICNP, NOC, NIC (2017).**

Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Standar Evaluasi	Rencana Keperawatan
<p>Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga</p> <p style="text-align: center;">( 00099 ) Domain 1</p>	<p>Tujuan umum : Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 6 hari diharapkan keluarga dapat memelihara kesehatan keluarga</p> <p>Tujuan khusus : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x60 menit keluarga mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal masalah kesehatan</li> <li>2. Mengambil keputusan</li> <li>3. Merawat anggota keluarga yang sakit</li> <li>4. Memodifikasi lingkungan</li> <li>5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</li> </ol>	<p>Respon Verbal</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan : manajemen penyakit Diabetes Melitus.</li> <li>2. Pengetahuan tentang proses penyakit Diabetes Melitus.</li> </ol> <p>Kemampuan memutuskan tindakan dan keyakinan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keperawatan mengenai kesehatan : merasakan.</li> <li>2. Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan.</li> <li>3. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional.</li> </ol> <p>Keluarga mampu merawat keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen diri : penyakit Diabetes Melitus.</li> <li>2. Perilaku kepatuhan : Diet yang dianjurkan.</li> <li>3. Orientasi kesehatan.</li> <li>4. Status kesehatan personal.</li> </ol>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengajaran : proses penyakit.</li> <li>2. Pengajaran : Individu.</li> <li>3. Pengajaran : kelompok.</li> </ol> <p>Kemampuan memutuskan tindakan dan keyakinan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan pengasuhan.</li> <li>2. Dukungan pengambilan keputusan.</li> </ol> <p>Keluarga mampu merawat keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konseling nutrisi.</li> <li>2. Monitoring nutrisi.</li> <li>3. Bantuan penurunan BB.</li> <li>4. Manajemen nyeri.</li> <li>5. Peningkatan kesadaran diri.</li> </ol> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi risiko</li> <li>2. Modifikasi perilaku.</li> </ol>

			<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi risiko</li> <li>2. Kontrol risiko : penyakit</li> </ol>	
<p>Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>( 00179 )</p> <p>Domain 2</p>	<p>Tujuan umum : Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 6 hari diharapkan keluarga dapat memelihara kesehatan keluarga</p> <p>Tujuan khusus : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x60 menit keluarga mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal masalah kesehatan</li> <li>2. Mengambil keputusan</li> <li>3. Merawat anggota keluarga yang sakit</li> <li>4. Memodifikasi lingkungan</li> <li>5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</li> </ol>	<p>Respon Verbal</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mampu memahami tentang diet Diabetes Melitus.</li> <li>2. Keluarga mampu memahami prinsip diet Diabetes Melitus.</li> <li>3. Keluarga mampu memahami tujuan dari diet Diabetes Melitus.</li> <li>4. Keluarga mampu mengetahui tanda dan gejala dari hipoglikemia/hiperglikemia.</li> <li>5. Keluarga mau memeriksakan kesehatan ke puskesmas secara rutin.</li> <li>6. Keluarga mampu menerapkan senam kaki diabetik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang diet Diabetes Melitus.</li> <li>2. Jelaskan prinsip diet Diabetes Melitus.</li> <li>3. Jelaskan tujuan diet Diabetes Melitus.</li> <li>4. Jelaskan tentang tanda dan gejala hipoglikimia/hiperglikemia.</li> <li>5. Anjurkan klien untuk mengontrolkan diri ke puskesmas secara rutin.</li> <li>6. Ajarkan tentang senam kaki diabetik.</li> </ol>

### 2.3.5 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Menetapkan prioritas masalah/diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Bailon dan Maglaya :

**Tabel 2.3 Skala Penentuan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga**

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah: -Aktual -Resiko -Potensial	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: -Mudah -Sebagian -Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah: -Tinggi -Sebagian -Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah: -Masalah dirasakan dan harus segera ditangani -Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani -Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Skoring:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat.
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi kemudian dikalikan dengan bobot.

SKOR	X	NILAI BOBOT
ANGKA TERTINGGI		

- 3) Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

### 2.3.6 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul.

Langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga adalah :

1) Menentukan sasaran atau goal

Sasaran adalah tujuan umum yang merupakan tujuan akhir yang akan dicapai melalui segala upaya, dimana masalah (*problem*) digunakan untuk merumuskan tujuan akhir (TUM).

2) Menentukan tujuan atau objektif

Objektif merupakan pernyataan yang lebih spesifik atau lebih terperinci tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan, dimana penyebab (etiologi) digunakan untuk merumuskan tujuan (TUK).

3) Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan

Dalam memilih tindakan keperawatan sangat tergantung kepada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk memecahkan masalah.

4) Menentukan kriteria dan standar kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standar menunjukkan tingkat *performance* yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai.

Standar mengacu kepada lima tugas keluarga, sedangkan kriteria mengacu pada tiga hal, yaitu:

- a) Pengetahuan (kognitif).
- b) Sikap (afektif).
- c) Tindakan (psikomotor) (Gusti, 2013).

### **2.3.7 Implementasi Keperawatan**

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2010). Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya dan dana keluarga, tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga.

### **2.3.8 Evaluasi**

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antar hasil, implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebagian perlu disusun rencana keperawatan yang baru.

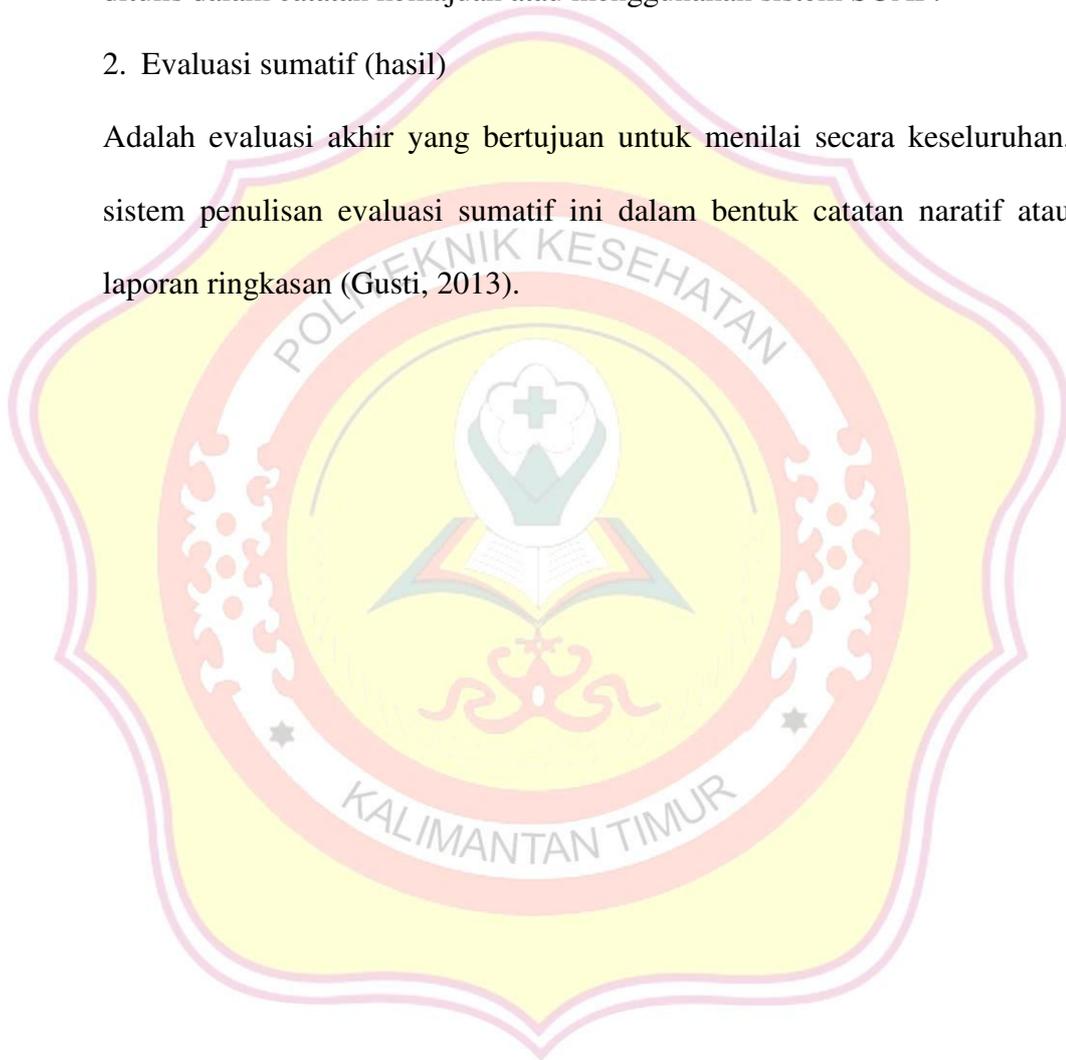
Metode dari evaluasi keperawatan, yaitu :

### 1. Evaluasi formatif (proses)

Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP.

### 2. Evaluasi sumatif (hasil)

Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau laporan ringkasan (Gusti, 2013).



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Pendekatan (Desain Penulisan)

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah Puskesmas Sempaja Samarinda. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### 3.2 Subyek Penelitian

Subyek dalam studi kasus ini adalah dua keluarga dengan Diabetes Melitus di wilayah Puskesmas Sempaja.

- 1) Responden berobat jalan di Puskesmas Sempaja Samarinda dengan diagnosa medis Diabetes Melitus.
- 2) Responden mampu berbahasa Indonesia dengan baik.
- 3) Responden dalam keadaan sadar dan mempunyai keadaan umum baik.
- 4) Bersedia jadi responden dan telah menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) sebagai bukti persetujuan.

#### 3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan keluarga dengan diagnosa Diabetes Melitus dengan melalui pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan, melakukan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi pada pasien.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi kasus ini dilakukan selama 6 hari. Adapun tempat dilaksanakan asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di rumah pasien wilayah Puskesmas Sempaja Samarinda.

### **3.5 Prosedur Penulisan**

Prosedur penulisan diawali dengan penyusunan proposal penulisan dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, meumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

### **3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

- 1) Melakukan studi pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda, untuk mengambil data keluarga dengan Diabetes Melitus.
- 2) Keluarga dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.
- 3) Keluarga dengan Diabetes Melitus yang memeriksakan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Samarinda.
- 4) Menjelaskan tujuan, manfaat, dan tindakan studi kasus yang akan dilakukan kepada calon responden.

- 5) Meminta calon responden untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti persetujuan penulisan.
- 6) Memberikan *questioner* pada keluarga serta melakukan pengecekan gula darah pada keluarga dengan Diabetes Melitus.
- 7) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain yang bersumber dari pasien, dan keluarga).
- 8) Observasi dan pemeriksaan fisik (IPPA: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada sistem tubuh pasien dan seluruh anggota keluarga.
- 9) Merumuskan diagnosa keperawatan keluarga pada pasien Diabetes Melitus.
- 10) Menetapkan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan keluarga.
- 11) Melakukan implementasi keperawatan terhadap masalah keperawatan keluarga.
- 12) Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 13) Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan keluarga pada pasien Diabetes Melitus dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan keluarga.
- 14) Menyusun dan mengumpulkan laporan hasil karya tulis ilmiah.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga menurut Friedman, dan *glucometer*.

### 3.7 Keabsahan Data

#### 1) Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan secara langsung dari klien dan keluarga seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya.

#### 2) Data Sekunder

Catatan klien (perawatan atau rekam medis klien) yang merupakan riwayat penyakit dan perawatan klien dimasa lalu.

### 3.8 Analisis Data

Menurut Notoatmodjo (2010) pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan. Pengolahan data ini untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Puskesmas sempaja diresmikan pada tanggal 15 agustus 1985 oleh walikota samarinda (Bapak Waris Husein) dan didampingi oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Samarinda (dr. Supangat). Lokasinya di jalan KH. Wahid Hasyim dimana lokasi tersebut kini menjadi pos pintu masuk Stadion Madya Sempaja. Gedung Puskesmas Sempaja lama, berupa bangunan permanen, terdapat 8 ruangan dengan fasilitas listrik (PLN) dan sumur gali. Dibelakangnya terdapat 4 rumah dinas yang terbuat dari kayu yang ditempati oleh dokter, perawat, dan bidan.

Kepala puskesmas sempaja saat berdiri adalah dr. Ardiono dengan susunan pegawai sebagai berikut :

- Poli KIA (bidan) : Rosmiati Ayub
- Poli Kb : Maria (bidan)
- Poli Umum : Burhanuddin (SPR)
- Poli Lansia : Hamim
- Apotek : Arbaenah (SPR)

Jumlah pasien yang datang berobat ke puskesmas rata-rata 10 orang perhari, dan jumlah penduduk sempaja 2400 jiwa. Jumlah posyandu ada 5 yaitu : posyandu bayur, pinang seribu, gunung cermin, gunung malang, dan anggur.

Pada tahun 1998, Puskesmas Sempaja berpindah tempat ke seberang jalan Puskesmas lama, dengan menyewa salah satu rumah penduduk. Hal ini dikarenakan di lokasi Puskesmas yang lama akan di bangun kompleks Stadion Madya Sempaja dan pada tahun 2000 Puskesmas kembali pindah ke gedung baru sampai sekarang. Berikut nama – nama Kepala Puskesmas Sempaja dari awal berdiri sampai sekarang :

1. dr. Ardiono (1985 – 1988)
2. dr. Insa Satari (1988 – 1990)
3. dr. Nur Hidayati (1990 – 1993)
4. dr. Iskandar (1993 – 1995)
5. drg. Ani Rachmayanti (1995 – 2000)
6. dr. Ismed Kosasih (2000 – 2004)
7. dr. Solihin Wijaya (2004 – 2011)
8. dr. H. O. Boedi Ichwanto (2011 – 2012)
9. dr. Hj. Irama Fitamina (2012 – Maret 2017)
10. drg. Aprilia Lailati (April 2017 – sekarang)

Unit Pelayanan Teknis (UPT) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Sempaja berada di Kecamatan Samarinda Utara Kotamadya Samarindaa Provinsi Kalimantan Timur dengan wilayah kerja meliputi 2 kelurahan, yaitu : Kelurahan Sempaja Selatan dan Kelurahan Sempaja Barat. Luas wilayah kerja sebesar 25,05 km<sup>2</sup>. Jumlah total 45 RT, dengan jumlah penduduk 18.618 Jiwa dan 5.005 KK. Kelurahan Sempaja Barat terdiri dari 1.817 KK dan 12 RT, sedangkan Kelurahan Sempaja Selatan terdiri dari 3.188 KK dan 33 RT.

Adapun batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Wilayah kerja Puskesmas Bengkuring
- Sebelah Barat : Wilayah kerja Puskesmas Segiri
- Sebelah Selatan : Wilayah kerja Puskesmas Lempake
- Sebelah Timur : Wilayah kerja Puskesmas Juanda

Sarana pelayanan kesehatan UPT Puskesmas Sempaja :

- Puskesmas Induk : 1
  - Klinik Swasta/BPJS : 9
  - Posyandu
- Sempaja Barat : 4 Posyandu Balita, 1 Posyandu Lansia
- Sempaja Selatan : 12 Posyandu Balita, 2 Posyandu Lansia.

#### **4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus**

Dalam studi kasus ini dipilih 2 penderita Diabetes Melitus dalam 2 keluarga sebagai subyek studi kasus. Subyek sudah sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan yaitu :

##### **4.1.2.1 Pengkajian**

###### 1) Data umum

Klien 1, pengkajian dilakukan pada tanggal 01 April 2019. Hampir seluruh keterangan atau data berasal dari keluarga Ny. N. Dalam memberikan data kesehatan, keluarga Ny. N dapat berkomunikasi secara baik dengan mahasiswa serta mau terbuka dalam menyampaikan informasi atau masalah yang sedang dihadapi sehingga sangat membantu dalam proses pengkajian. Klien 1 adalah keluarga Ny. N, berusia 50 tahun, jenis kelamin

perempuan. Pendidikan terakhir SD. Alamat Jl. Berambai RT.30, Samarinda. Di keluarga Ny. N tidak ada yang menderita penyakit Diabetes Melitus. Ny. N didiagnosa Diabetes Melitus kurang lebih sekitar 6 bulan yang lalu.

Dari pengkajian yang telah dilakukan didapat bahwa masalah kesehatan di keluarga Ny. N adalah Ny. N yang menderita Diabetes Melitus. Tidak terdapat luka. Pada pemeriksaan kadar gula darah sewaktu didapat hasil GDS Ny. N adalah 297 mg/dL. Berat badan Ny. N adalah 55 kg dengan tinggi badan 150 cm. Tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,3°C. Ny. N mengatakan rutin mengkonsumsi obat anti diabetes, Ny. N dan keluarga mengatakan mengatakan tahu hanya sebatas Diabetes Melitus adalah penyakit kencing manis, tetapi tidak mengetahui secara rinci tentang penyakit yang diderita.

Klien 2, pengkajian dilakukan pada tanggal 15 April 2019. Hampir seluruh keterangan atau data berasal dari keluarga Ny. S. Dalam memberikan data kesehatan, keluarga Ny. S dapat berkomunikasi secara baik dengan mahasiswa serta mau terbuka dalam menyampaikan informasi atau masalah yang sedang dihadapi sehingga sangat membantu dalam proses pengkajian. Klien 2 adalah keluarga Ny. S, berusia 64 tahun, jenis kelamin perempuan. Pendidikan terakhir S1. Alamat Jl. Perjuangan 4 RT.02, Samarinda. Di keluarga Ny. S tidak ada yang menderita penyakit Diabetes Melitus. Ny. S didiagnosa Diabetes Melitus sekitar 6 tahun yang lalu.

Dari pengkajian yang telah dilakukan didapat bahwa masalah kesehatan di keluarga Ny. S adalah Ny. S yang menderita Diabetes Melitus. Tidak terdapat luka. Pada pemeriksaan kadar gula darah sewaktu didapat hasil GDS Ny. S adalah 173 mg/dL. Berat badan Ny. N adalah 58 kg dengan tinggi badan 153 cm. Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 84x/menit, RR 20x/menit dan suhu 36,2°C. Ny. N mengatakan rutin mengkonsumsi obat anti diabetes, Ny. S dan keluarga mengatakan mengetahui sedikit tentang penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit kencing manis karena mengkonsumsi makanan manis berlebihan dan pola hidup yang tidak sehat, tetapi tidak mengetahui secara rinci.

a) Komposisi Keluarga

**Tabel 4.1 Komposisi Keluarga Klien 1**

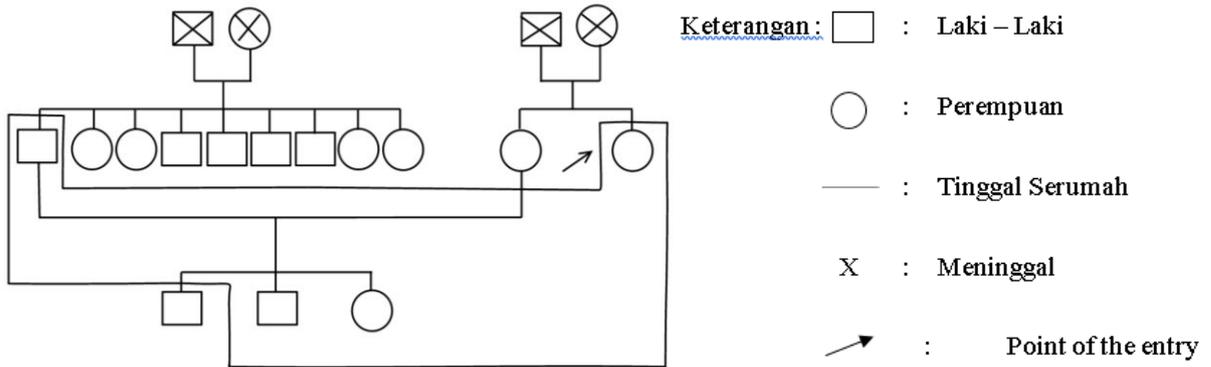
No	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Usia	Pendidikan Terakhir	Imunisasi
1.	Tn. K	Laki – laki	Suami	62 Tahun	SD	
2.	Ny. N	Perempuan	Istri	50 Tahun	SD	
3.	Tn. H	Laki – laki	Anak	34 Tahun	S1	Lengkap
4.	Tn. A	Laki – laki	Anak	17 Tahun	SMA	Lengkap
5.	Nn. S	Perempuan	Anak	15 Tahun	Masih sekolah	Lengkap

**Tabel 4.2 Komposisi Keluarga Klien 2**

No	Nama	Jenis Kelamin	Hub dgn KK	Usia	Pendidikan Terakhir	Imunisasi
1.	Tn. P	Laki – laki	Suami	67 Tahun	D3	
2.	Ny. S	Perempuan	Istri	64 Tahun	S1	
3.	Ny. A	Perempuan	Anak	36 Tahun	D3	Lengkap
4.	Ny. H	Perempuan	Anak	26 Tahun	S1	Lengkap

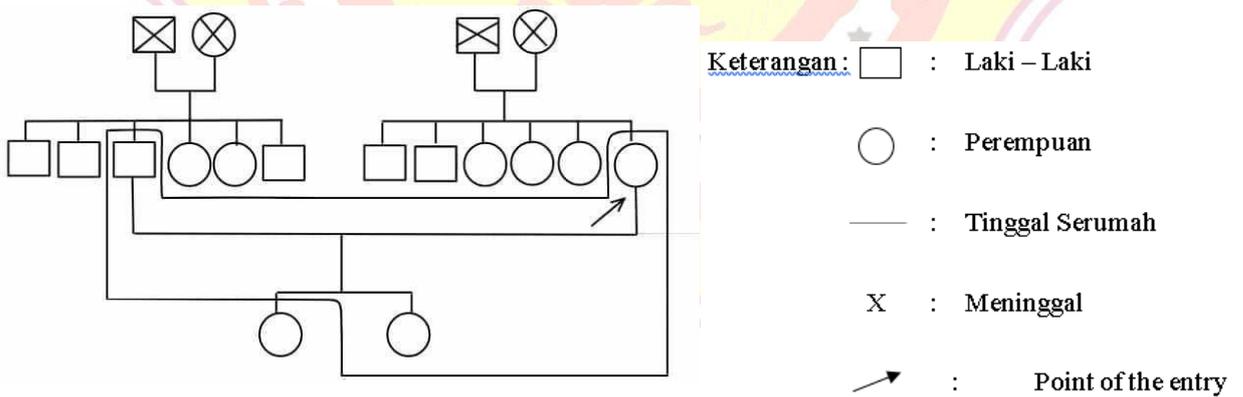
b) Genogram

Klien 1



Ayah, ibu beserta ayah dan ibu mertua dari Ny.N meninggal karena usia tua.

Klien 2



Ayah, ibu beserta ayah dan ibu mertua dari Ny. S meninggal karena usia tua.

c) Tipe Keluarga

Klien 1, keluarga Ny. N merupakan tipe keluarga usila yang terdiri dari suami, istri, dan anak tertua yang sudah memisahkan diri, Ny. N tinggal bersama suami serta kedua anaknya yang berusia 17 tahun, dan 15 tahun masih bersekolah.

Klien 2, keluarga Ny. S merupakan keluarga usila yang terdiri dari suami, istri, dan anak tertua yang sudah memisahkan diri, Ny. S tinggal bersama suami serta anak bungsu nya yang berusia 26 tahun.

d) Suku Bangsa

Klien 1, keluarga Ny. N berasal dari suku Bugis, bahasa yang digunakan sehari - hari yaitu bahasa Indonesia dan Bugis, dan keluarga Ny. N tidak mempunyai kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan klien.

Klien 2, keluarga Ny. S berasal dari suku Batak, bahasa yang digunakan sehari - hari yaitu bahasa Indonesia dan Batak, dan keluarga Ny. S tidak mempunyai kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan klien.

e) Agama

Klien 1, keluarga Ny. N menganut agama Islam. Ny. N dan keluarganya selalu melaksanakan sholat 5 waktu secara rutin, Ny. N juga mengikuti pengajian bersama ibu - ibu disekitar rumah.

Klien 2, keluarga Ny. S menganut agama Protestan. Ny. S dan keluarga selalu melakukan doa bersama saat malam sebelum tidur dan

subuh pukul 04.00 secara rutin, keluarga Ny. S juga aktif dan rutin beribadah ke gereja.

f) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Klien 1, Ny. N seorang ibu rumah tangga, dan Tn. K suami Ny. N sehari – hari nya hanya membantu anak pertamanya yaitu Tn. H di showroom nya. Selama ini untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari yaitu makan, bayar tagihan listrik, air dll di tanggung oleh anak tertua Ny. N yaitu Tn. H, Ny. N mengatakan selama ini keluarganya hidup berkecukupan, untuk jaminan kesehatan keluarga Ny. N memiliki BPJS, keluarga memiliki fasilitas televisi, tempat tidur yang cukup nyaman bagi keluarga, handphone sebagai sarana komunikasi dan motor sebagai sarana transportasi.

Klien 2, Ny. S dan Tn. P adalah seorang pensiunan. Selama ini untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari yaitu makan, bayar tagihan listrik, air dll di tanggung bersama dari hasil gaji pensiunan Ny. S dan Tn. P. Ny. S mengatakan selama ini keluarganya hidup berkecukupan, untuk jaminan kesehatan keluarga Ny. S memiliki BPJS, keluarga memiliki fasilitas televisi, tempat tidur yang cukup nyaman bagi keluarga, handphone sebagai sarana komunikasi serta mobil dan motor sebagai sarana transportasi.

g) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Klien 1, keluarga Ny. N tidak pernah melakukan rekreasi ketempat hiburan, rekreasi yang biasanya dilakukan hanya menonton tv,

berkumpul dengan keluarga, anak dan cucu, selain itu Ny. N terkadang jalan – jalan mengunjungi rumah anak dan sanak saudaranya.

Klien 2, keluarga Ny. S di saat hari libur melakukan rekreasi ketempat – tempat hiburan bersama keluarga, anak serta cucu nya.

## 2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

### a) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Klien 1, keluarga Ny. N merupakan tahap keluarga dalam masa pensiun dan lanjut usia, yang mana Ny. N berusia 50 tahun dan Tn. K berusia 62 tahun.

Klien 2, keluarga Ny. S merupakan tahap keluarga dalam masa pensiun dan lanjut usia, yang mana Ny. S berusia 64 tahun dan Tn. P berusia 67 tahun.

### b) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Klien 1, semua tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi, tinggal memenuhi kebutuhan perkembangan sesuai usianya.

Klien 2, semua tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi, tinggal memenuhi kebutuhan perkembangan sesuai usianya.

### c) Riwayat Keluarga Inti

Klien 1, Ny. N dan Tn. K menikah kurang lebih sekitar 35 tahun yang lalu, selama menikah klien dikaruniai 3 orang anak yaitu 2 orang anak laki – laki dan 1 orang anak perempuan, 1 orang anak laki – laki nya yaitu Tn. H sudah menikah dan tinggal sendiri bersama anak

istrinya, sedangkan 2 orang anak Ny. N masih bersekolah di bangku SMA. Dalam keluarga Ny. N hanya Ny. N yang menderita Diabetes Melitus. Ny. N jarang memeriksakan kesehatannya di puskesmas.

Klien 2, Ny. S dan Tn. P menikah kurang lebih 36 tahun yang lalu, selama menikah klien dikaruniai 2 orang anak perempuan. Ny. A sudah menikah dan tinggal sendiri bersama anak dan suami nya, sedangkan anak bungsunya Ny. H belum berkeluarga dan masih tinggal bersama Ny. S. Dalam keluarga Ny. S hanya Ny. S yang menderita Diabetes Melitus. Ny. S akan memeriksakan kesehatannya di puskesmas apabila ada yang mengantarkannya.

d) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Klien 1, berdasarkan informasi yang diperoleh dari Ny. N bahwa dalam keluarga Ny. N dan Tn. K terutama Ny. N sebelumnya tidak ada riwayat penyakit keturunan Diabetes Melitus.

Klien 2, berdasarkan informasi yang diperoleh dari Ny. S bahwa dalam keluarga Ny. S dan Tn. P terutama Ny. S sebelumnya tidak ada riwayat penyakit keturunan Diabetes Melitus.

3) Keadaan Lingkungan

a) Karakteristik Rumah

Klien 1, keluarga Ny. N memiliki luas tanah 1 Ha dan memiliki luas bangunan rumah 7 x 12 m<sup>2</sup>. Bangunan tersebut milik sendiri, Rumah Ny. N memiliki 3 kamar, 1 ruang tamu, 1 ruang keluarga, 1

dapur, 1 kamar mandi dan wc. Penataan alat/perabot rumah tangga yang cukup rapi, ventilasi/penerangan bagi keluarga Ny. N cukup memadai sinar matahari bisa masuk ke dalam rumah. Lantai rumah tampak bersih, hal ini terlihat dari tidak adanya kotoran pada lantai, lingkungan rumah bersih, lantai rumah menggunakan tegel, dinding rumah terbuat dari beton. Halaman belakang rumah digunakan untuk bercocok tanam. Untuk penggunaan air keluarga Ny. N menggunakan sumber air PDAM, dan sumber listrik dari PLN.

Denah Rumah Klien 1 :



Klien 2, keluarga Ny. S memiliki luas tanah  $900 \text{ m}^2$  dan memiliki luas bangunan rumah  $17 \times 14 \text{ m}^2$ . Bangunan tersebut milik sendiri, Rumah Ny. S memiliki 3 kamar, 1 ruang tamu, 1 ruang keluarga, 1 dapur, 2 kamar mandi dan wc. penataan alat/ perabot rumah tangga yang cukup rapi, ventilasi/penerangan bagi keluarga Ny. S cukup memadai sinar matahari bisa masuk ke dalam rumah. Lantai rumah

tampak bersih, hal ini terlihat dari tidak adanya kotoran pada lantai, lingkungan rumah bersih, lantai rumah menggunakan tegel, dinding rumah terbuat dari beton. Halaman depan rumah keluarga Ny. S dimanfaatkan untuk menanam bunga hias dan sayur – sayuran. Untuk penggunaan air keluarga Ny. S menggunakan sumber air PDAM, dan sumber listrik dari PLN.

Denah Rumah Klien 2 :



b) Karakteristik Lingkungan Sekitar

Klien 1, keluarga Ny. N tinggal di lingkungan dengan warga mayoritas suku Bugis, Ny. N mengatakan tetangga nya ramah, terkadang mereka berkumpul untuk mengobrol dengan disuguhi teh dan cemilan. Ny. N juga mengatakan beberapa tetangga nya masih keluarga Ny. N.

Klien 2, keluarga Ny. S tinggal di lingkungan dengan beragam suku (Jawa, Banjar, Kutai, Bugis, Batak, dan lain-lain). Ny. S

mengatakan tetangganya orang yang ramah, terkadang mereka berkumpul untuk mengobrol.

c) Mobilitas Geografis Keluarga

Klien 1, keluarga Ny. N berasal dari Sulawesi Selatan lalu pindah dan tinggal di Jln. Berambai RT.30 Samarinda, dan menempati rumah tersebut sejak tahun 1987, keluarga Ny. N merasa senang karena sudah memiliki rumah pribadi.

Klien 2, keluarga Ny. S berasal dari Sumatera lalu pindah dan tinggal mengontrak rumah di Samarinda Jln. Ahmad Dahlan pada tahun 1985, lalu pindah lagi ke Jln. Perjuangan 4 RT.02 pada tahun 1987, keluarga Ny. S merasa senang karena sudah memiliki rumah pribadi.

d) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Klien 1, Ny. N sering berkumpul dan bercerita dengan tetangga untuk mengobrol ringan, dan saat ada waktu luang Ny. N sering bermain bersama cucu – cucunya di rumah.

Klien 2, Ny. S mengaku jarang berkumpul dan bercerita dengan tetangga hanya sewaktu – waktu, dan saat ada waktu luang Ny. S sering bermain bersama cucu – cucu nya.

e) Sistem Pendukung Keluarga

Klien 1, semua anggota keluarga Ny. N dan Tn. K dalam kondisi sehat antara anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain.

Klien 2, semua anggota keluarga Ny. S dan Tn. P dalam kondisi sehat antara anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain

#### 4) Struktur Keluarga

##### a) Pola Komunikasi Keluarga

Klien 1, keluarga Ny. N berkomunikasi sehari - harinya menggunakan bahasa Indonesia dan Bugis. Dalam keadaan emosi keluarga Ny. N menggunakan kalimat positif, setiap masalah dalam keluarga selalu dirembukkan dan mencari jalan keluarnya dengan musyawarah keluarga.

Klien 2, keluarga Ny. S berkomunikasi sehari - harinya menggunakan bahasa Indonesia dan Batak. Dalam keadaan emosi keluarga Ny. N menggunakan kalimat positif, setiap masalah dalam keluarga selalu dirembukkan dan mencari jalan keluarnya dengan musyawarah keluarga.

##### b) Struktur Kekuatan Keluarga

Klien 1, Ny. N mengatakan orang yang terdekat dengan nya adalah keluarganya sendiri yaitu suami dan anak-anak nya.

Klien 2, Ny. S mengatakan orang yang terdekat dengan nya adalah anak bungsu nya yaitu Ny. H.

c) Struktur Peran Keluarga

Klien 1, keluarga Ny. N mampu menjalankan perannya dengan baik. Tn. K berperan sebagai kepala keluarga, suami, ayah dan kakek. Ny. N berperan sebagai seorang istri, ibu dan nenek yang bertugas dalam menjalankan peraturan rumah tangga dan mencurahkan kasih sayang bagi semua anggota keluarga. Tn. H berperan sebagai anak yang membantu mencari nafkah, Tn. A dan Nn. S juga berperan sebagai anak dan masih bersekolah.

Klien 2, keluarga Ny. S mampu menjalankan perannya dengan baik. Tn. P berperan sebagai kepala keluarga, suami, ayah dan kakek. Ny. S berperan sebagai seorang istri, ibu dan nenek yang bertugas dalam menjalankan peraturan rumah tangga dan mencurahkan kasih sayang bagi semua anggota keluarga. Ny. H berperan sebagai anak yang masih tinggal satu rumah dengan Ny. S dan Tn. P.

d) Nilai dan Norma Keluarga

Klien 1, Ny. N dan keluarganya menganut agama Islam dan norma yang berlaku dimasyarakat dan adat istiadat orang Bugis. Ny. N juga mengajarkan pentingnya bersikap/sopan santun dengan orang lain. Apabila ada keluarga yang sakit, keluarga mempercayai bahwa ini adalah cobaan yang Allah berikan agar keluarga dapat lebih kuat.

Klien 2, Ny. S dan keluarganya menganut agama Protestan dan norma yang berlaku di masyarakat dan adat istiadat orang Batak. Ny.S juga mengajarkan pentingnya bersikap/sopan santun dengan orang lain.

Apabila ada keluarga yang sakit, keluarga mempercayai bahwa ini adalah cobaan yang Tuhan berikan agar keluarga dapat lebih kuat.

## 5) Fungsi Keluarga

### a) Fungsi Afektif

Klien 1, keluarga Ny. N selalu menyayangi dan perhatian kepada seluruh anggota keluarganya terutama anak – anaknya, selalu mendukung untuk bersikap sopan dan santun.

Klien 2, keluarga Ny. S selalu menyayangi dan perhatian kepada seluruh anggota keluarganya terutama anak – anaknya, selalu mendukung untuk bersikap sopan dan santun.

### b) Fungsi Sosial

Klien 1, interaksi Ny. N dengan suami dan anaknya terjalin dengan sangat baik saling mendukung, bahu membahu, dan saling ketergantungan satu sama lain. Ny. N dan Tn. K selalu bersikap adil kepada seluruh anggota keluarganya.

Klien 2, interaksi Ny. S dengan suami dan anaknya terjalin dengan sangat baik saling mendukung, bahu membahu, dan saling ketergantungan satu sama lain. Ny. S dan Tn. P selalu bersikap adil kepada seluruh anggota keluarganya.

### c) Fungsi Perawatan Kesehatan

Klien 1, masalah kesehatan yang saat ini sedang dialami oleh keluarga Keluarga Ny. N adalah Ny. N yang saat ini memiliki penyakit

Diabetes Melitus. Keluarga mengatakan tahu hanya sebatas Diabetes Melitus adalah penyakit kencing manis, tetapi tidak mengerti terlalu rinci mengenai penyakit Diabetes Melitus itu sendiri. Ny. N mengatakan datang ke Puskesmas apabila ada keluarga yang sakit dan apabila ingin mengambil obat.

Klien 2, masalah kesehatan yang saat ini sedang dialami oleh keluarga Keluarga Ny. S adalah Ny. S yang saat ini memiliki penyakit Diabetes Melitus. Keluarga mengatakan Diabetes Melitus adalah penyakit kencing manis karena mengkonsumsi makanan manis berlebihan dan pola hidup yang tidak sehat, tetapi tidak mengetahui secara rinci penyakit Diabetes Melitus. Ny. S mengatakan datang ke Puskesmas apabila ada keluarga yang sakit dan apabila ingin mengambil obat.

#### 6) Stress dan Koping Keluarga

Klien 1, Ny. N mengatakan tidak terlalu stress dengan penyakitnya, karena Ny. N tahu apabila dirawat dengan baik, penyakit gula darahnya dapat terkontrol.

Respon keluarga terhadap stressor :

Keluarga Ny. N berusaha berobat dan memeriksakannya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat. Apabila ada permasalahan keluarga, Ny. N dan Tn. K selalu menyelesaikannya dengan musyawarah dan tenang dalam mengambil keputusan di dalam keluarga.

Klien 2, Ny. S mengatakan Ny. S dan keluarga sudah tidak terlalu stress dengan penyakitnya seperti awal terdiagnosa, Ny. S tahu apabila dirawat dengan baik, penyakit gula darahnya dapat terkontrol.

Respon keluarga terhadap stressor :

Keluarga Ny. S berusaha berobat dan memeriksakannya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat. Apabila ada permasalahan keluarga, Ny. S dan Tn. P selalu menyelesaikannya dengan musyawarah dan tenang dalam mengambil keputusan di dalam keluarga.

#### 7) Pemeriksaan Fisik

**Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 1**

No	Komponen	Ny. N	Tn. K	Tn. A	Nn. S
1.	Kepala	Rambut panjang ikal, penyebaran merata hitam beruban, bersih, tidak ada kelainan	Rambut pendek lurus, penyebaran merata, hitam beruban, bersih, tidak ada kelainan	Rambut pendek lurus, hitam, bersih, tidak ada kelainan	Rambut panjang ikal, hitam, bersih, tidak ada kelainan
2.	Mata	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis, tidak ada peradangan, mata klien sering berair dan terasa lengket	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis, tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis, tidak ada peradangan	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis, tidak ada peradangan
3.	Telinga	Bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka	Bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka	Bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka	Bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka

4.	Hidung	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan			
5.	Mulut	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal
6.	Leher & tenggorokan	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe
7.	Dada & paru	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan
8.	Jantung	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan
9.	Abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa			
10.	Ekstermitas	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera,	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera

		namun tangan dan kaki klien sering terasa kebas dan kesemutan			
11.	Kulit	Warna kulit putih, tidak ada bekas luka, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik, terdapat bercak hitam pada area kulit yang gatal	Warna kulit Sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik	Warna kulit Sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik	Warna kulit putih, tidak ada bekas luka, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik
12.	Kuku	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik
13.	Bb	55 kg	65 kg	60 kg	57 kg
14.	Tb	150 cm	164 cm	168 cm	158 cm
15.	Tanda-tanda vital	TD : 150/100 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit T : 36.3°C	TD : 140/90 mmhg N : 80x/menit RR : 20 RR T : 36.2°C	TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit T : 36.2°C	TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit T : 36.5°C

**Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 2**

No	Komponen	Ny. S	Tn. P	Ny. A	Ny. H
1.	Kepala	Rambut pendek lurus, penyebaran merata beruban, bersih, tidak ada kelainan	Rambut pendek ikal, penyebaran merata, beruban, bersih, tidak ada kelainan	Rambut panjang lurus, penyebaran merata, hitam, bersih, tidak ada kelainan	Rambut panjang ikal, penyebaran merata hitam, bersih, tidak ada kelainan
2.	Mata	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis,	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis,	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis,	Sklera tidak ikterus, konjungtiva tidak

		tidak ada peradangan, mata klien sering berair	tidak ada peradangan	tidak ada peradangan	anemis, tidak ada peradangan
3.	Telinga	Bersih, tidak ada serumen, tidak ada luka			
4.	Hidung	Bersih, tidak ada secret, tidak ada kelainan			
5.	Mulut	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal	Stomatitis tidak ada, terdapat karang gigi, gigi graham kanan bawah tanggal
6.	Leher & tenggorokan	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe	Kesulitan menelan tidak ada, tidak ada kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe
7.	Dada & paru	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan	Pergerakan dada simetris, vesikuler, sonor seluruh lapang paru, Ronkhi (-) Stridor (-) Wheezing (-) tidak ada otot bantu pernapasan
8.	Jantung	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan	BJ I dan II : tunggal, intensitas kuat, tidak ada bunyi jantung tambahan

9.	Abdomen	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa
10.	Ekstermitas	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera, namun tangan dan kaki klien sering terasa kebas dan kesemutan	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera	Tidak ada kelainan, pergerakan bebas, tidak ada cedera
11.	Kulit	Warna kulit putih, tidak ada bekas luka, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik	Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik	Warna kulit putih, turgor kulit baik, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik	Warna kulit putih, turgor kulit baik, tidak ada tanda - tanda infeksi, turgor kulit baik
12.	Kuku	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik	Pendek dan Bersih CRT < 2 detik
13.	Bb	58 kg	75 kg	60 kg	57 kg
14.	Tb	153 cm	170 cm	164 cm	165 cm
15.	Tanda-tanda vital	TD : 140/100 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit T : 36.4°C	TD : 140/90 mmHg N : 86x/menit RR : 20x/menit T : 36.3°C	TD : 130/80 mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit T : 36.5°C	TD : 120/90 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit T : 36.2°C

#### 8) Harapan Keluarga

Klien 1 dan klien 2, Ny. N dan Ny. S berharap keluarga nya selalu sehat, tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan Ny. N dan Ny. S, ataupun penyakit yang lainnya. Keluarga juga berharap petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik lagi,

tepat dan cepat kepada siapa saja yang membutuhkan bantuan petugas kesehatan.

#### 4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Analisa Data

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	Senin, 01 April 2019	<p>Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. N dan keluarga mengatakan tidak begitu paham tentang penyakit Diabetes Melitus (pengertian, tanda dan gejala, serta komplikasi).</li> <li>- Ny. N dan keluarga mengatakan hanya tahu cara merawat keluarga dengan Diabetes Melitus di rumah dengan tidak makan atau minum gula berlebihan.</li> <li>- Ny. N dan keluarga mengatakan tidak tahu secara rinci cara merawat keluarga dengan Diabetes Melitus di rumah.</li> <li>- Ny. N mengatakan tidak mengetahui bahwa Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. N dan keluarga tidak dapat menjawab</li> </ul>	Senin, 06 April 2019	<p>Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S dan keluarga mengatakan hanya tahu beberapa tentang penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit kencing manis karena mengkonsumsi gula berlebihan tetapi tidak tahu secara rinci (pengertian, tanda dan gejala, serta komplikasi).</li> <li>- Ny. S dan keluarga mengatakan tidak tahu bagaimana cara yang benar merawat keluarga sakit Diabetes Melitus.</li> <li>- Ny. S dan keluarga tahu penyakit Diabetes Melitus adalah penyakit keturunan tetapi keluarga Ny. S tidak ada riwayat Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S dan keluarga tidak dapat menjawab sebagian pertanyaan tentang</li> </ul>

		sebagian pertanyaan tentang penyakit Diabetes Melitus.		penyakit Diabetes Melitus.
2.	Senin, 01 April 2019	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. N mengatakan rutin mengkonsumsi obat anti diabetes.</li> <li>- Ny. N mengatakan gula darahnya tidak stabil.</li> <li>- Ny. N dan keluarga mengatakan tidak begitu paham tentang diit penderita Diabetes Melitus.</li> <li>- Ny. N mengatakan selama di rumah, Ny. N tidak pernah memeriksa kadar gula darahnya.</li> <li>- Ny. N mengatakan sering merasa lapar, haus, Ny. N juga mengatakan sering buang air kecil terutama di malam hari.</li> <li>- Ny. N mengatakan keluar keringat dingin apabila gula darahnya rendah.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 297 mg/dL</li> <li>- Ny. N mendapat obat oral (Metformin 3x1/hari).</li> <li>- Ny. N tidak mendapat obat injeksi.</li> </ul>	Senin, 06 April 2019	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan gula darahnya naik turun.</li> <li>- Ny. S mengatakan rutin mengkonsumsi obat anti diabetes.</li> <li>- Ny. S mengatakan hanya sesekali memeriksa kadar gula darahnya di rumah.</li> <li>- Ny. S mengatakan mengatakan apabila gula darahnya tinggi Ny. S sering lapar.</li> <li>- Ny. S dan keluarga mengatakan tidak begitu paham tentang diit penderita Diabetes Melitus, tetapi Ny. S mengkonsumsi oatmeal, gula dan susu khusus Diabetes serta beras merah.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 173 mg/dL.</li> <li>- Ny. S mendapat obat oral (Metformin 3x1/hari).</li> <li>- Ny. S tidak mendapat obat injeksi.</li> </ul>

3.	<p>Senin, 01 April 2019</p>	<p>Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. N mengatakan penglihatannya terganggu menjadi kabur karena mata nya yang berair dan terasa lengket.</li> <li>- Ny. N mengatakan pada kedua telapak kaki nya terkadang terasa kebas dan kesemutan.</li> <li>- Ny. N mengatakan semenjak sakit Diabetes Melitus Ny. N mengalami gatal – gatal pada seluruh anggota tubuh nya terutama pada bagian leher hingga dada dan menjadi luka karena digaruk dan luka lambat sembuh.</li> <li>- Ny. N mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas olahraga rutin.</li> <li>- Ny. N dan keluarga mengatakan tidak tahu aktivitas olahraga untuk pasien Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. N menggunakan salep dari puskesmas untuk mengatasi gatal – gatal nya.</li> <li>- Terdapat bercak – bercak hitam bekas luka pada bagian leher hingga dada Ny. N.</li> </ul>	<p>Senin, 06 April 2019</p>	<p>Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan Keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.</p> <p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S mengatakan matanya sering berair dan mengganggu penglihatannya.</li> <li>- Ny. S mengatakan pada kedua telapak kaki nya terkadang terasa kebas dan kesemutan.</li> <li>- Ny. S mengatakan beberapa waktu yang lalu Ny. S digigit nyamuk lalu digaruk dan menjadi luka, luka nya membesar dan lambat sembuh pada saat itu.</li> <li>- Ny. S mengatakan sudah tidak rutin berolahraga jogging seperti dulu lagi karena tidak ada teman, tetapi Ny. S melakukan yoga di sela sela aktivitas nya di rumah 3x/seminggu.</li> <li>- Ny. S dan keluarga mengatakan tidak tahu aktivitas olahraga untuk pasien Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bekas luka gigitan nyamuk yang sudah sembuh menjadi hitam pada bagian kaki kiri Ny. S.</li> <li>- Ny. S menggunakan salep dari puskesmas untuk mengatasi luka nya.</li> </ul>
----	---------------------------------	--	---------------------------------	--

**Tabel 4.6 Skoring Prioritas Masalah**

Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.

Klien 1						Klien 2				
No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	Klien dan keluarga kurang mengetahui tentang penyakit Diabetes Melitus terutama cara perawatan anggota keluarga dengan Diabetes Melitus.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ = $\frac{2}{3}$	Klien dan keluarga mengetahui beberapa tentang penyakit Diabetes Melitus tetapi tidak rinci terutama bagaimana cara perawatan anggota keluarga dengan Diabetes Melitus.
2.	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2$ = 2	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2$ = 2	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik.

3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah dapat dicegah dengan paparan informasi dari tenaga kesehatan dan sumber lain seperti buku dan jurnal kesehatan.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah dapat dicegah dengan paparan informasi dari tenaga kesehatan dan sumber lain seperti buku dan jurnal kesehatan.
4.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Klien dan keluarga mau bekerjasama dengan tenaga medis dalam pencegahan dan perawatan Diabetes Melitus.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Klien dan keluarga mau bekerjasama dengan tenaga medis dalam pencegahan dan perawatan Diabetes Melitus.
<b>Total</b>				<b>5</b>		<b>Total</b>				<b><math>4\frac{2}{3}</math></b>

Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Melitus.

Klien 1						Klien 2					
No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran	
1.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Klien mengalami ketidakseimbangan kadar gula darah karena ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Klien mengalami ketidakseimbangan kadar gula darah karena ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus.	

2.	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik.	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik.
3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Masalah untuk dicegah cukup dengan melibatkan langsung keluarga, perawat dan juga kemauan klien mengingat banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap tinggi rendahnya kadar gula darah.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah untuk dicegah tinggi dengan melibatkan keluarga, perawat dan juga kemauan klien mengingat banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap kadar gula darah.
4.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Keluarga mengerti bahwa kadar gula darah yang terlalu tinggi secara terus menerus berbahaya bagi klien, tetapi keluarga mengatakan tidak mengetahui cara merawat klien dengan Diabetes Melitus.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	1	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	Keluarga mengerti bahwa kadar gula darah yang terlalu tinggi secara terus menerus berbahaya bagi klien, tetapi keluarga mengatakan tidak mengetahui cara merawat klien dengan Diabetes Melitus.
<b>Total</b>				$4 \frac{2}{3}$		<b>Total</b>				$4 \frac{1}{2}$

Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.

Klien 1						Klien 2				
No	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	Klien mengalami kebas dan kesemutan pada telapak kakinya serta penglihatan yang terganggu akibat mata yang berair karena ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	Klien mengalami kebas dan kesemutan pada telapak kakinya serta penglihatan yang terganggu akibat mata yang berair karena ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.
2.	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2$ = 2	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik.	Kemungkinan Masalah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{1}{2} \times 2$ = 1	Sumber daya keluarga ada (pendidikan, kemauan menerima perubahan). Keluarga mempunyai motivasi tinggi untuk merawat responden agar kondisi kesehatannya membaik.
3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ $\frac{2}{3}$ = $\frac{2}{3}$	Masalah untuk dicegah cukup dengan melibatkan langsung keluarga, perawat dan juga kemauan klien untuk mencegah terjadinya komplikasi.	Potensial Masalah Untuk Dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	2	1	$\frac{2}{3} \times 1$ $\frac{2}{3}$ = $\frac{2}{3}$	Masalah untuk dicegah cukup dengan melibatkan keluarga, perawat dan juga kemauan klien untuk mencegah terjadinya komplikasi.

4.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	1	1	$\frac{1}{2} \times 1 = 1$	Klien dan keluarga tidak tahu bahwa mata yang berair, gatal – gatal serta rasa kebas dan kesemutan yang terus menerus berbahaya bagi klien, tetapi keluarga mengatakan tidak mengetahui cara mengatasi masalah.	Menonjolnya Masalah : Segera diatasi (2) Tidak perlu diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Klien dan keluarga mengerti bahwa mata yang berair, serta rasa kebas dan kesemutan yang terus menerus dapat membahayakan klien, tetapi keluarga mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara mengatasinya.	
<b>Total</b>				$4 \frac{1}{2}$		<b>Total</b>				$3 \frac{2}{3}$	



**Tabel 4.7 Prioritas Masalah**

Klien 1			Klien 2		
No	Diagnosa Keperawatan	Skor	No	Diagnosa Keperawatan	Skor
1.	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.	5	1.	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.	$4\frac{2}{3}$
2.	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Melitus.	$4\frac{2}{3}$	2.	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Melitus.	$4\frac{1}{2}$
3.	Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.	$4\frac{1}{2}$	3.	Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.	$3\frac{2}{3}$

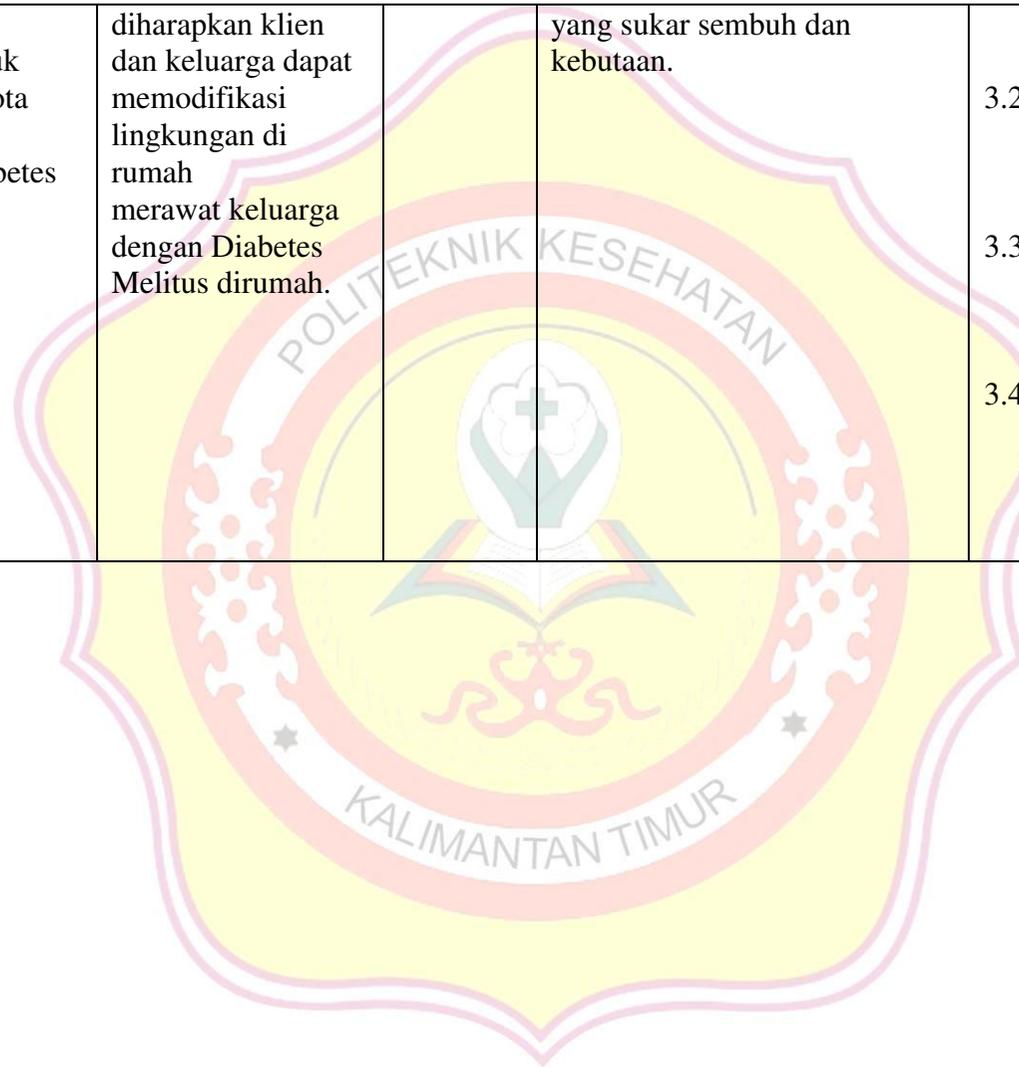
### 4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Klien 1 dan Klien 2**

No Dx	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 2 jam diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan klien dan keluarga.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 60 menit keluarga dapat mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.	Verbal	Klien dan keluarga dapat : 1. Menyebutkan pengertian Diabetes Melitus. 2. Menyebutkan penyebab Diabetes Melitus. 3. Menyebutkan tanda dan gejala Diabetes Melitus. 4. Menyebutkan komplikasi atau akibat lanjut dari Diabetes Melitus. 5. Memilih terapi atau penanganan.	1.1 Bina Hubungan Saling Percaya. 1.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Diabetes Melitus. 1.3 Jelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet pengertian Diabetes Melitus. 1.4 Jelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet tanda dan gejala serta komplikasi Diabetes Melitus. 1.5 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.

2.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 1 jam kadar gula darah klien dengan Diabetes Melitus dalam rentang normal (100 – 200 mg/dL).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 x 1 jam diharapkan klien dan keluarga dapat : Menyebutkan prinsip diit dan memodifikasi perilaku perawatan Diabetes Melitus dirumah.	Verbal dan non verbal	Klien dan keluarga dapat : 1. Mengukur kadar gula darah. 2. Menyebutkan prinsip diit Diabetes Melitus (tepat waktu, tepat macam, tepat jumlah). 3. Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah. 4. Mendemonstrasikan cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik. 5. Memeriksa kesehatan ke puskesmas secara rutin.	2.1 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang diit Diabetes Melitus. 2.2 Ukur kadar gula darah klien. 2.3 Jelaskan kepada klien mengenai diit Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet. 2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet. 2.5 Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara demonstrasi dengan video. 2.6 Anjurkan klien untuk mengontrolkan diri ke puskesmas secara rutin.
3.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit keluarga mampu	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit	Verbal	Akibat dari Diabetes Melitus yang tidak diobati adalah gagal ginjal, stroke, penyakit jantung koroner, luka	3.1 Menjelaskan pada keluarga akibat lanjut apabila Diabetes Melitus tidak diobati dengan baik dengan

	<p>mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus.</p>	<p>diharapkan klien dan keluarga dapat memodifikasi lingkungan di rumah merawat keluarga dengan Diabetes Melitus dirumah.</p>	<p>yang sukar sembuh dan kebutaan.</p>	<p>berdiskusi bersama keluarga.</p> <p>3.2 Motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali akibat lanjut dari Diabetes Melitus yang tidak diobati.</p> <p>3.3 Diskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>3.4 Beri pujian yang positif kepada keluarga atas jawaban dan keputusan yang diambil.</p>
--	--	---	--	--



#### 4.1.2.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan Klien 1**

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 01/04/19	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.	1.1 Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. 1.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Diabetes Melitus.	<b>S :</b> - Klien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala penyakit Diabetes Melitus. - Klien mengatakan penyebab Diabetes Melitus adalah konsumsi makanan dan minuman manis berlebihan. <b>O :</b> - Klien tidak bisa menjawab ketika ditanya tentang tanda dan gejala Diabetes Melitus. <b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1.3 Jelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet pengertian Diabetes Melitus. 1.4 Jelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet tanda dan gejala serta komplikasi Diabetes Melitus.

	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d</p> <p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>2.1 Mengukur kadar gula darah klien.</p> <p>2.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang diit Diabetes Melitus</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan diit Diabetes Melitus dengan tidak makan atau minum yang manis – manis.</li> <li>- Klien mengatakan masih suka makan yang manis – manis.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 297 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Ukur kadar gula darah klien.</p> <p>2.3 Jelaskan kepada klien mengenai diit Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet.</p> <p>2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet</p>
	<p>Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.</p>	<p>3.1 Menjelaskan pada keluarga akibat lanjut apabila Diabetes Melitus tidak diobati dengan baik dengan berdiskusi bersama keluarga.</p> <p>3.2 Memberikan motivasi</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan semenjak sakit Diabetes Melitus klien mengalami kebas dan kesemutan pada telapak kaki nya.</li> <li>- Klien mengatakan penglihatannya kabur karena matanya berair.</li> <li>- Klien mengatakan kulit pada bagian</li> </ul>

		<p>keluarga untuk menyebutkan kembali akibat lanjut dari Diabetes Melitus yang tidak diobati.</p> <p>3.3 Mendiskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>leher hingga dada terasa gatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu menyebutkan kembali, akibat dari Diabetes Melitus yang tidak diobati adalah gagal ginjal, stroke, penyakit jantung koroner, luka yang sukar sembuh dan kebutaan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bercak hitam bekas luka pada leher hingga dada klien yang gatal.</li> <li>- Klien mampu menyebutkan kembali akibat lanjut dari Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>3.3 Diskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>3.4 Beri pujian yang positif kepada keluarga atas jawaban dan keputusan yang diambil.</p>
Selasa, 02/04/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	<p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien</p> <p>2.3 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang perawatan Diabetes Melitus</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kadar gula darah klien tidak diperiksa secara rutin di rumah.</li> <li>- Klien mengatakan selalu minum obat secara rutin.</li> </ul>

		di rumah.	<p>- Klien mengatakan sering merasa lapar dan haus terus walaupun klien sebenarnya sudah makan.</p> <p><b>O :</b></p> <p>- GDS : 201 mg/dL</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan imtervensi</p> <p>2.3 Jelaskan kepada klien mengenai diit Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet.</p> <p>2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet.</p>
Rabu, 03/04/19	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus	<p>1.3 Menjelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet pengertian Diabetes Melitus.</p> <p>1.4 Menjelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet tanda dan gejala serta komplikasi Diabetes</p>	<p><b>S :</b></p> <p>- Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang Diabtes Melitus.</p> <p><b>O :</b></p> <p>- Klien dan keluarga dapat menyebutkan pengertian dan penyebab Diabetes Melitus.</p> <p>- Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang tanda dan gejala serta komplikasi dari Diabetes Melitus.</p>

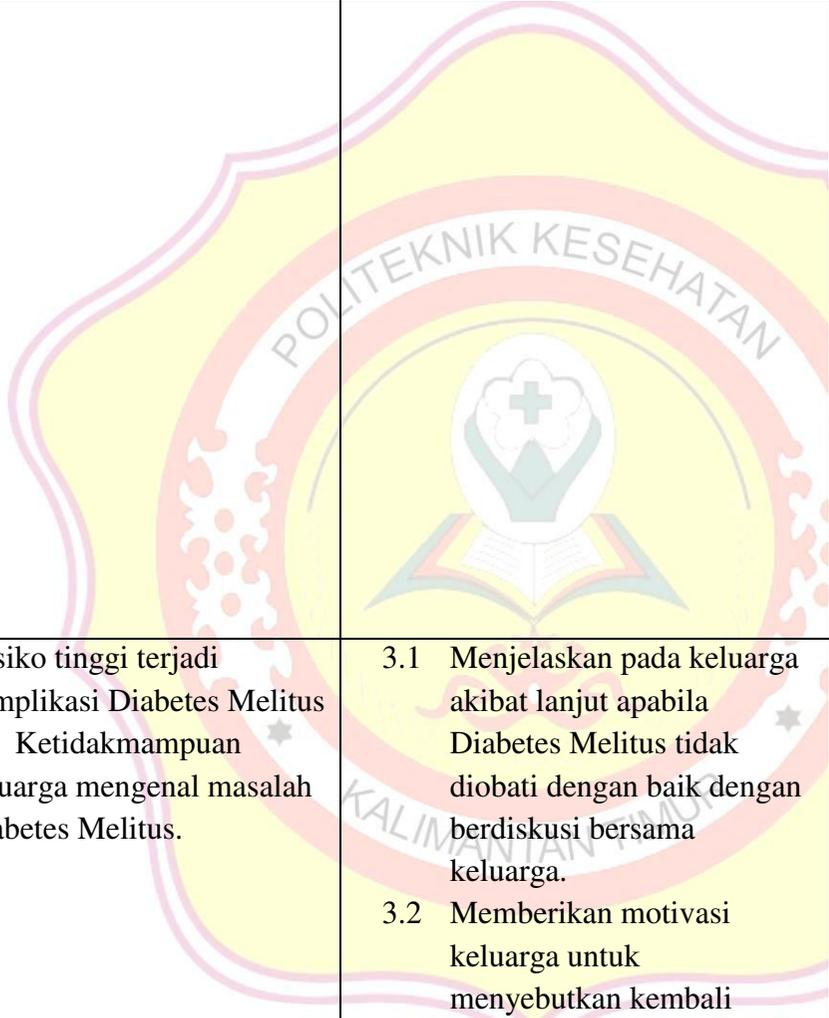
		Melitus.	<b>A</b> : Masalah teratasi. <b>P</b> : Pertahankan intervensi.
Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	2.2 Mengukur kadar gula darah klien. 2.3 Menjelaskan kepada klien mengenai diit Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet. 2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet.		<b>S</b> : - Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menjaga pola makan, mengontrol gula darah secara rutin, rutin berolahraga, dan menjaga kebersihan kaki. <b>O</b> : - GDS : 173 mg/dL. - Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang diit Diabetes Melitus. - Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang cara perawatan Diabetes Melitus di rumah. <b>A</b> : Masalah teratasi sebagian. <b>P</b> : Lanjutkan intervensi 2.2 Mengukur kadar gula darah klien 2.5 Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara demonstrasi dengan video.

Kamis, 04/04/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	2.2 Mengukur kadar gula darah klien	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hari ini merasa lemas dan berkunang – kunang.</li> <li>- Klien mengatakan sudah makan nasi seperti biasa.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 60 mg/dL.</li> <li>- Klien terlihat lemas dan pucat.</li> <li>- Klien keringat dingin.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi.</p> <p>2.5 Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara demonstrasi dengan video.</p>
Jum'at, 05/04/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	<p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien.</p> <p>2.5 Mengajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah tidak merasa lemas seperti kemarin lagi.</li> <li>- Klien mengatakan akan melakukan senam kaki diabetik di rumah setiap hari.</li> <li>- Klien mengatakan akan merawat dan</li> </ul>

		demonstrasi dengan video.	membersihkan kaki dengan benar. <b>O :</b> - GDS : 159 mg/dL. <b>A :</b> Masalah teratasi. <b>P :</b> Pertahankan intervensi. 2.2 Mengukur kadar gula darah klien.
	Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.	3.1 Mendiskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit. 3.2 Memberikan pujian yang positif kepada keluarga atas jawaban dan keputusan yang diambil.	<b>S :</b> - Keluarga klien mengatakan akan merawat klien dengan baik, sesuai yang sudah di ajarkan oleh tenaga medis. <b>O :</b> - Klien terlihat senang karena keluarga mau merawat klien dengan baik. <b>A :</b> Masalah teratasi. <b>P :</b> Pertahankan intervensi.
Sabtu, 06/04/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	2.1 Mengukur kadar gula darah klien.	<b>S :</b> - Klien mengatakan sudah mencoba melakukan senam kaki diabetik secara mandiri dengan melihat video. <b>O :</b> - GDS : 151 mg/dL. <b>A :</b> Masalah teratasi. <b>P :</b> Pertahankan intervensi. 2.1 Mengukur kadar gula darah klien.

**Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien 2**

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 06/05/19	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus	1.1 Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. 1.2 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang Diabetes Melitus.	<b>S :</b> - Klien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala penyakit Diabetes Melitus - Klien mengatakan penyebab Diabetes Melitus adalah gaya hidup tidak sehat serta konsumsi makanan dan minuman manis berlebihan. <b>O :</b> - Klien tidak bisa menjawab ketika ditanya tentang tanda dan gejala Diabetes Melitus. <b>A :</b> Masalah belum teratasi <b>P :</b> Lanjutkan intervensi 1.4 Jelaskan pada klien dan keluarga tanda dan gejala serta komplikasi Diabetes Melitus.
	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	2.2 Mengukur kadar gula darah klien. 2.3 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang diit Diabetes Melitus	<b>S :</b> - Klien mengatakan diit Diabetes Melitus dengan tidak makan atau minum yang manis – manis. - Klien mengatakan sudah mengurangi

			<p>makanan atau minuman yang manis – manis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien juga mengatakan mengkonsumsi quaker oat, susu dan gula khusus diabetes dan mengkonsumsi beras merah.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 173 mg/dL</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.2 Ukur kadar gula darah klien.</li> <li>2.3 Jelaskan kepada klien mengenai diet Diabetes Melitus.</li> <li>2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah.</li> </ul>
<p>Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Menjelaskan pada keluarga akibat lanjut apabila Diabetes Melitus tidak diobati dengan baik dengan berdiskusi bersama keluarga.</li> <li>3.2 Memberikan motivasi keluarga untuk menyebutkan kembali</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan semenjak sakit Diabetes Melitus klien mengalami kebas dan kesemutan pada telapak kaki nya.</li> <li>- Klien mengatakan penglihatannya kabur karena matanya berair.</li> <li>- Terdapat bekas luka gigitan nyamuk yang di garuk, berwarna hitam pada kaki kiri klien.</li> </ul>

		<p>akibat lanjut dari Diabetes Melitus yang tidak diobati.</p> <p>3.3 Mendiskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>- Klien mampu menyebutkan kembali, akibat dari Diabetes Melitus yang tidak diobati adalah gagal ginjal, stroke, penyakit jantung koroner, luka yang sukar sembuh dan kebutaan.</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bercak hitam bekas luka pada bagian kaki klien.</li> <li>- Klien mampu menyebutkan kembali akibat lanjut dari Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>3.5 Diskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>3.6 Beri pujian yang positif kepada keluarga atas jawaban dan keputusan yang diambil.</p>
Selasa, 07/05/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	<p>2.3 Mengukur kadar gula darah klien</p> <p>2.4 Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga tentang perawatan Diabetes Melitus</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kadar gula darah klien kadang diperiksa saat dirumah.</li> <li>- Klien mengatakan selalu minum obat secara rutin.</li> </ul>

		di rumah.	<p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 162mg/dL.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.3 Jelaskan kepada klien mengenai diet Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet.</li> <li>2.4 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet.</li> </ul>
Rabu, 08/05/19	Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus	<p>1.5 Menjelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet pengertian Diabetes Melitus.</p> <p>1.6 Menjelaskan pada klien dan keluarga menggunakan lembar balik dan leaflet tanda dan gejala serta komplikasi Diabetes Melitus.</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dan keluarga dapat menyebutkan pengertian dan penyebab Diabetes Melitus.</li> <li>- Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang tanda dan gejala serta komplikasi dari Diabetes Melitus.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi.</p> <p><b>P :</b> Pertahankan intervensi.</p>

	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d</p> <p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>2.0 Mengukur kadar gula darah klien.</p> <p>2.1 Menjelaskan kepada klien mengenai diit Diabetes Melitus dengan menggunakan buklet.</p> <p>2.2 Menjelaskan bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah dengan menggunakan buklet.</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti tentang bagaimana cara perawatan Diabetes Melitus di rumah.</li> <li>- Klien mengatakan merasa lapar dan haus terus walaupun klien sebenarnya sudah makan</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 159 mg/dL.</li> <li>- Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang diit Diabetes Melitus.</li> <li>- Klien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan tentang cara perawatan Diabetes Melitus di rumah.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien</p> <p>2.6 Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara demonstrasi dengan video.</p>
--	--	--	---

<p>Kamis, 09/05/19</p>	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien 2.5 Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan kaki dan senam kaki diabetik dengan cara demonstrasi dengan video.</p>	<p><b>S :</b> - Klien mengatakan akan melakukan senam kaki diabetik di rumah setiap hari. - Klien mengatakan akan merawat dan menjaga kebersihan kaki dengan benar. - Klien mengatakan merasa senang telah diajarkan bagaimana cara merawat kaki yang benar dan aktivitas fisik senam kaki diabetik. <b>O :</b> - GDS : 147 mg/dL. <b>A :</b> Masalah teratasi. <b>P :</b> Lanjutkan intervensi. 2.2 Mengukur kadar gula darah klien</p>
<p>Jum'at, 10/05/19</p>	<p>Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien.</p>	<p><b>S :</b> - Klien mengatakan akan selalu menerapkan merawat kaki dengan baik dan senam kaki diabetik secara mandiri di rumah <b>O :</b> - GDS : 142 mg/dL. <b>A :</b> Masalah teratasi. <b>P :</b> Pertahankan intervensi. 2.2 Mengukur kadar gula darah klien.</p>

	Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.	<p>3.3 Mendiskusikan dengan keluarga tentang keinginan untuk merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>3.4 Memberikan pujian yang positif kepada keluarga atas jawaban dan keputusan yang diambil.</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan akan merawat klien dengan baik, sesuai yang sudah di ajarkan oleh tenaga medis.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat senang karena keluarga mau merawat klien dengan baik.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi.</p> <p><b>P :</b> Pertahankan intervensi.</p>
Sabtu, 11/05/19	Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.	<p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien.</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan akan menjaga pola makan nya agar gula darah klien selalu dalam batas normal</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS : 117 mg/dL.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi.</p> <p><b>P :</b> Pertahankan intervensi.</p> <p>2.2 Mengukur kadar gula darah klien.</p>

## 4.2 Pembahasan

Dari kedua klien tersebut mempunyai keluhan yang sama diagnosa yang muncul adalah Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus, Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, dan Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.

### 1) Kurang pengetahuan b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus.

Hasil pengkajian ditemukan bahwa kedua klien tidak mengetahui secara rinci mengenai penyakit Diabetes Melitus, dibuktikan dengan kedua klien tidak bisa menjawab beberapa pertanyaan mengenai Diabetes Melitus misalnya mengenai pengertian Diabetes Melitus, penyebabnya, tanda dan gejala, serta komplikasi.

Pengetahuan atau kognitif merupakan aspek yang begitu penting untuk dapat terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang. Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan dan sikap yang positif akan berlangsung lama (*long lasting*) (Notoatmodjo, 2010). Menurut Nursalam dkk 2008, pengetahuan adalah hasil tahu, dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Efendy dkk 2009, sebagian pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga seperti poster, leaflet, dan informasi yang berbentuk suara seperti video/film, diskusi

kelompok, dan ceramah yang membantu menstimulasi penginderaan proses pembelajaran. Rahmadiliyana 2008, tentang pengetahuan penyakit dan komplikasi pada penderita Diabetes Melitus dengan tindakan mengontrol kadar gula darah, didapati pengetahuan pasien yang baik tentang Diabetes Melitus dan kadar gula darah masih sangat sedikit, ini dikarenakan masih sedikitnya pasien Diabetes Melitus yang mendapatkan edukasi kesehatan, sehingga edukasi kesehatan oleh perawat akan ditingkatkan.

Maulana 2009, mengatakan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan. Menurut Efendy, dkk 2009, bahwa tujuan pendidikan kesehatan bertujuan dapat memiliki pengetahuan tentang ilmu kesehatan, nilai dan sikap yang positif terhadap hidup sehat, keterampilan dalam melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan perawatan kesehatan dan memiliki kebiasaan yang sehat dalam kehidupan sehari-hari. Pengetahuan pasien tentang Diabetes Melitus yang dideritanya akan menjadi sarana dan solusi yang dapat membantu pasien dalam menjalankan penanganan Diabetes Melitus selama hidupnya. Semakin banyak pasien mengerti tentang penyakitnya maka akan semakin paham bagaimana dan mengapa harus mengubah perilakunya.

Dalam hal ini penulis memberikan pendidikan kesehatan (penkes) mengenai Diabetes Melitus (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi) dan mengajak keluarga untuk berdiskusi mengenai penyakit Diabetes Melitus. Diabetes Melitus merupakan penyakit menahun yang

akan diderita seumur hidup, oleh karenanya pengelolaan penyakit ini memerlukan peran serta dokter, perawat, ahli gizi dan tenaga kesehatan lain. Edukasi menjadi hal yang sangat penting bagi pasien dan keluarga untuk memberi pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit dan penatalaksanaan Diabetes Melitus. Tingkat pengetahuan yang baik akan sangat membantu meningkatkan keikutsertaan keluarga dalam upaya penatalaksanaan Diabetes Melitus guna mencapai hasil yang lebih baik. Menurut Soewandono dkk, 2013 & Risnasari 2014, pengetahuan pasien mengenai pencegahan Diabetes Melitus dan komplikasinya masih sangat minim, karena menganggap komplikasi yang terjadi bukan akibat dari menderita Diabetes Melitus, melihat masih kurangnya pengetahuan tentang Diabetes Melitus, maka pendidikan kesehatan sangatlah diperlukan untuk dapat meningkatkan pengetahuan (Juwitaningtyas, 2014).

Saat evaluasi pada klien 1 didapatkan perubahan dari yang sebelumnya klien dan keluarga hanya tahu Diabetes Melitus/kecing manis, kini klien dan keluarga pengetahuan atau kognitif nya tentang penyakit Diabetes Melitus meningkat, klien dan keluarga mengerti pengertian, penyebab tanda dan gejala, serta komplikasi dari penyakit Diabetes Melitus.

Pada klien 2 juga di dapatkan perubahan dari yang sebelumnya klien dan keluarga mengetahui Diabetes Melitus/kecing manis, serta penyebab dari Diabetes Melitus adalah pengaruh makan dan minum yang manis. Kini klien dan keluarga pengetahuan dan kognitifnya tentang penyakit Diabetes

Melitus meningkat, klien dan keluarga mengerti pengertian penyebab, tanda dan gejala, serta komplikasi dari penyakit Diabetes Melitus.

**2) Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah b/d Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.**

Hasil pengkajian ditemukan bahwa kedua klien mengatakan gula darahnya tidak stabil, kedua klien juga mengatakan tidak begitu paham tentang diet Diabetes Melitus, kedua klien juga mengonsumsi obat anti diabetes.

Tujuan menjalankan perilaku kepatuhan terhadap diet adalah membiasakan diri untuk makan tepat waktu agar tidak terjadi perubahan pada kadar glukosa darah. Dukungan dari anggota keluarga merupakan faktor penting dalam menjalankan program kepatuhan diet diabetes. Keluarga berperan mengurangi ketidakpedulian pasien dalam menghadapi penyakit dan ketidaktaatan yang disebabkan oleh godaan dari luar (Pratiwi & Endang, 2013). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutiawati (2013) yaitu adanya suatu efek positif terhadap pengetahuan, frekuensi dan pemantauan glukosa darah secara mandiri, kebiasaan diet yang self-reported, serta kontrol glukosa dengan dilakukan follow up dapat meningkatkan kontrol glukosa secara efektif. Edukasi yang melibatkan kolaborasi dengan pasien mempunyai dampak lebih efektif dalam meningkatkan pengendalian glukosa darah pasien dan penurunan berat badan.

Untuk mengontrol kadar gula darah ada lima faktor penting yang harus diperhatikan yaitu, manajemen diet atau asupan makanan, latihan fisik atau exercise, obat-obatan diabetes, pendidikan kesehatan, monitoring Perencanaan penatalaksanaan diabetes melitus bersifat individual artinya perlu dipertimbangkan kebutuhan terhadap umur penderita, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, kematangan, tingkat aktivitas, pekerjaan, dan kemampuan penderita dalam mengontrol gula darah secara mandiri (Tarwoto, 2012).

Pola makan memegang peranan penting bagi penderita Diabetes Melitus seseorang yang tidak bisa mengatur pola makan dengan pengaturan 3J (jadwal, jenis dan jumlah) maka hal ini akan menyebabkan penderita mengalami peningkatan kadar gula darah (Suiraoaka, 2012). Pola makan penderita Diabetes Melitus harus benar-benar diperhatikan. Penderita Diabetes Melitus biasanya cenderung memiliki kandungan gula darah yang tidak terkontrol (Susanto, 2013). Kadar gula darah akan meningkat dratis setelah mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat dan/atau gula (Nurrahmani, 2012). Oleh karena itu, penderita Diabetes Melitus perlu menjaga pengaturan pola makan dalam rangka pengendalian kadar gula darah sehingga kadar gula darahnya tetap terkontrol.

Dalam hal ini penulis memberikan pendidikan kesehatan (penkes) mengenai cara perawatan pasien Diabetes Melitus dirumah (5 pilar Diabetes Melitus), perawatan kaki dengan benar, senam kaki diabetik, serta memeriksa kadar gula dalam darah.

Saat evaluasi pada klien 1 terdapat data yang bisa dikaitkan menunjukkan penurunan kadar glukosa dalam darah yang cukup signifikan pada klien 1. Kadar gula darah awal pada klien 1 adalah 297 mg/dL. Kadar gula darah terus menurun sejak perawatan ketiga hingga keenam yaitu 151 mg/dL, namun pada hari keempat klien mengalami hipoglikemi dengan kadar gula darah 60 mg/dL. Klien dan keluarga segera menanganinya dengan memberikan teh manis hangat. Selanjutnya kadar gula darah klien 1 terus berada pada level <200 mg/dL. Klien dan keluarga mampu mengatur diet klien dengan makan yang teratur dan mengurangi konsumsi gula secara berlebihan sehingga gula darah klien dapat berada pada level <200 mg/dL.

Sedangkan pada klien 2 terdapat data yang bisa dikaitkan yaitu kadar gula darah awal pada klien 2 adalah 173 mg/dL. Kadar gula darah terus cenderung stabil sejak perawatan kedua hingga keenam yaitu 117 mg/dL. Kadar gula darah klien 2 terus berada pada level <200 mg/dL sejak awal perawatan. Klien dan keluarga mampu mengatur diet klien dengan makan yang teratur serta mengkonsumsi susu dan gula khusus diabetes klien dan keluarga juga mengkonsumsi beras merah sehari – hari.

### **3) Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus b/d Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus**

Hasil pengkajian ditemukan bahwa kedua klien mengeluh pada kedua telapak kakinya terasa kebas dan kesemutan, klien juga mengeluh mata sering berair dan membuat penglihatan klien kabur.

Penyakit Diabetes Melitus dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik makrovaskuler maupun mikrovaskuler (Brunner and Suddarth, 2013). Respons tubuh seseorang terhadap penyakit sangat bergantung pada adanya penyakit Diabetes Melitus dalam tubuh seseorang sehingga setiap penderita Diabetes Melitus berbeda kejadian komplikasinya (Wulandari, 2013). Perbedaan komplikasi yang dialami pada penderita Diabetes Melitus juga bergantung pada keluhan subyektif yang dirasakan. Penderita Diabetes Melitus memiliki risiko yang tinggi dalam kejadian masalah kesehatan lainnya, karena kadar gula yang tinggi secara konsisten bisa memengaruhi penyakit baru yang timbul. Penyakit yang timbul akan memengaruhi organ yang ada ditubuh kita seperti jantung, pembuluh darah, mata, saraf, dan ginjal. Penyakit kardiovaskuler, buta, luka anggota badan bagian bawah, dan penyakit gagal ginjal merupakan penyakit yang sebagian besar dialami oleh penderita Diabetes Melitus (International Diabetes Federation, 2014).

Sikap positif terhadap manajemen diabetes dan dukungan dari teman serta keluarga dapat memperbaiki kualitas hidup pasien walaupun telah terkena komplikasi dan keparahan pada diri pasien. Intervensi kesehatan masyarakat yang sesuai harus dirancang untuk mendidik dan memotivasi anggota keluarga untuk memberikan dukungan yang lebih besar untuk pasien diabetes. Dukungan seperti pengelolaan manajemen waktu, tindakan dan pengobatan teratur. Penurunan resiko keparahan akibat komplikasi akan didapat dan mampu untuk meningkatkan taraf hidup positif pasien diabetes (Shawon et al., 2016).

Hal yang sama dikemukakan oleh Sharoni et al. 2015, penyedia layanan kesehatan, keluarga dan teman-teman harus memperkuat hubungan mereka dengan orang tua pasien dengan diabetes untuk memberikan dukungan sosial yang lebih dan dukungan kepatuhan dengan aktivitas perawatan diri diabetes untuk meningkatkan hasil klinis. Pengaruh komplikasi akan menurun sejalan dengan kepatuhan pasien yang didukung oleh keluarga untuk memberikan waktu dan jadwal terkait kontrol kesehatan.

Durasi penyakit Diabetes Melitus yang lama menunjukkan lama penderita tersebut mengalami Diabetes Melitus sejak diagnosis penyakit ditegakkan. Risiko komplikasi pada diabetes melitus sangat berhubungan dengan lama penderita mengalami Diabetes Melitus. Tingkat keparahan Diabetes merupakan faktor yang sangat memengaruhi terjadinya komplikasi pada Diabetes Melitus selain dari durasi penyakit atau lama menderita. Akan tetapi jika lama menderita Diabetes Melitus diimbangi dengan pola hidup yang sehat maka kualitas hidup yang baik akan tercipta, sehingga komplikasi jangka panjang bisa dicegah atau ditunda (Zimmet, 2009).

Adanya penurunan kualitas hidup ditunjukkan dengan terjadinya komplikasi baik akut maupun kronis pada penderita DM. Pada hakikatnya, Diabetes Melitus adalah penyakit seumur hidup dan merupakan penyakit yang tak disembuhkan, tapi dapat dikendalikan dengan menjaga kualitas hidup agar tetap baik (PB Perkeni, 2006). Kadar glukosa darah harus tetap dijaga pada batas normal untuk bisa menjaga kualitas hidup penderita DM (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Keluhan subyektif

dikaitkan dengan kadar gula darah menunjukkan bahwa dengan tingginya kadar gula darah maka semakin berisiko penderita DM mengalami keluhan subyektif. Keluhan subyektif yang mengarah pada komplikasi neuropati yaitu kesemutan. Jika kadar gula darah dikontrol dengan rutin dan baik maka dapat mencegah keluhan yang mengarah pada komplikasi neuropati sehingga keluhan subyektif seperti kesemutan dapat dikendalikan dan kejadian komplikasi khususnya komplikasi neuropati dapat dihindari. Kejadian komplikasi pada penderita Diabetes Melitus seringkali tidak diketahui. Deteksi dini dengan pengontrolan gula darah secara teratur oleh dokter merupakan hal yang harus dilakukan agar tidak terjadi komplikasi diabetes. Faktor-faktor risiko tersebut adalah faktor kegemukan, faktor genetik, metabolik sindrom termasuk tekanan darah tinggi, serta menurunnya aktivitas fisik (Tandra, 2008). Jika upaya untuk mengontrol kadar gula darah dilakukan, maka keluhan subyektif tidak akan terjadi dan komplikasi dapat dicegah.

Pada evaluasi klien 1 dan 2, klien dan keluarga sudah mengetahui bagaimana merawat keluarga dengan Diabetes Melitus di rumah, perawatan kaki yang baik untuk menghindari terjadinya luka dan senam kaki diabetik. Menurut Smeltzer dan Bare (2008), Perilaku preventif yaitu perilaku pencegahan dapat memengaruhi kejadian komplikasi berjalan cepat atau lambat. Keluhan subyektif merupakan keluhan yang dirasakan oleh penderita Diabetes Melitus bukan berdasarkan diagnosis dokter. Salah satu upaya preventif dari Diabetes Melitus yaitu mengetahui keluhan subyektif penderita

Diabetes Melitus, karena biasanya komplikasi terjadi diawali dengan keluhan sehingga apabila keluhan pada penderita ditangani dengan cepat, maka kejadian komplikasi dapat diminimalisir dan angka kematian akibat komplikasi dapat menurun.

Berdasarkan teori, hasil penelitian sebelumnya dan hasil studi kasus maka penulis dapat berasumsi bahwa tingkat pengetahuan atau kognitif klien dan keluarga pada studi kasus ini efektif untuk membantu proses bagaimana perawatan keluarga dengan Diabetes Melitus di rumah, dan terdapat faktor – faktor lain yang berperan penting dalam perawatan keluarga dengan Diabetes Melitus seperti kadar glukosa dalam darah, usia serta penyakit penyerta.

#### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam studi kasus ini adalah :

- 1) Waktu yang tersedia untuk menyelesaikan studi ini relative singkat.
- 2) Perbedaan waktu melakukan penelitian antara klien 1 dan klien 2.
- 3) Banyaknya faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan maupun penurunan kadar glukosa dalam darah antara lain usia, diet, stress dan aktifitas yang dilakukan responden.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil Asuhan Keperawatan Keluarga klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda.

5.1.1 Hasil Pengkajian awal menunjukkan kedua subyek dari studi kasus ini menderita Diabetes Melitus dengan tiga masalah keperawatan yang sama yaitu, Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus, resiko ketidakseimbangan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, dan resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus.

5.1.2 Setelah dilakukan skoring pada masalah keperawatan kedua klien, diagnosa keperawatan utama yang timbul pada kedua klien yaitu, kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan Diabetes Melitus. Hal ini menunjukkan bahwa, kedua subyek memiliki masalah keperawatan utama yang sama. Masalah keperawatan lain yang didapatkan pada kedua klien antara lain adalah resiko ketidakseimbangan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dan resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus..

5.1.3 Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan utama pada responden adalah pendidikan kesehatan tentang Diabetes Melitus (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi), perawatan pasien Diabetes Melitus di rumah (perawatan kaki yang baik dan senam kaki diabetik), selain pendidikan kesehatan juga dilakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah sebagai intervensi.

5.1.4 Implementasi dilakukan sejak 01 April 2019 s/d 11 Mei 2019.

Pendidikan kesehatan dan pemeriksaan kadar gula dalam darah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis susun serta mengevaluasi secara langsung pada saat proses berlangsung sehingga keluarga mampu memahami masalah kesehatan yang ada.

5.1.5 Pada evaluasi yang dilakukan penulis pada kedua responden didapatkan hasil masalah utama keperawatan responden yaitu kurang pengetahuan keluarga tentang Diabetes Melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah pada klien 1 dan klien 2 teratasi pada hari ketiga perawatan. Hal ini ditunjukkan pada peningkatan pengetahuan atau kognitif klien dan keluarga mengenai Diabetes Melitus (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi), perawatan pasien Diabetes Melitus di rumah (perawatan kaki yang baik dan senam kaki diabetik). Klien 1 dan klien 2 juga mulai melakukan perawatan kaki yang baik dan melakukan senam kaki diabetik secara mandiri di rumah.

Resiko ketidakseimbangan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes

Melitus, pada masalah ini klien 1 Ny. N mengalami naik turun kadar gula darah sewaktu pada hari pertama dan kedua perawatan kadar gula darah sewaktu Ny. N adalah, 297 mg/dL dan 201 mg/dL kadar gula darah klien diatas (100 – 200) mg/dL, dan pada hari ketiga perawatan kadar gula darah Ny. N 173 mg/dL masih dalam batasan normal yaitu (100 – 200) mg/dL, dan pada hari perawatan keempat kadar gula darah sewaktu Ny. N adalah 60 mg/dL Ny. N mengalami hipoglikemi dan langsung ditangan oleh perawat saat itu dengan dianjurkan minum teh hangat manis, Ny. N mengaku tidak tahu mengapa kadar gula darah sewaktu nya bisa serendah itu, Ny. N mengatakan tadi siang makan seperti biasanya (nasi beserta lauk pauk), lalu pada hari kelima dan keenam perawatan kadar gula darah Ny. N adalah 159 mg/dL dan 151 mg/dL, masalah resiko ketidakseimbangan kadar gula darah Ny. N teratasi pada hari kelima perawatan. Hal ini ditunjukkan dengan nilai kadar gula darah Ny. N yang masih dalam rentang normal yaitu (100 – 200) mg/dL dan sudah dapat menerapkan perawatan kaki dan senam kaki diabetik secara mandiri dirumah.

Klien 2 Ny. S, kadar gula darah sewaktu pada Ny. S selama perawatan selalu dalam rentang batas normal yaitu (100 – 200) mg/dL, pada hari perawatan pertama kadar gula darah sewaktu Ny. S adalah 173 mg/dL, hari kedua perawatan 162 mg/dL, hari ketiga perawatan 159 mg/dL, hari keempat 147 mg/dL, hari kelima 142 mg/dL dan pada hari keenam perawatan 117 mg/dL. Masalah resiko ketidakseimbangan kadar gula darah Ny. S teratasi pada hari keempat perawatan. Hal ini ditunjukkan dengan nilai kadar gula darah Ny. S

tetap dalam rentang batas normal yaitu (100 – 200) mg/dL dan sudah dapat menerapkan perawatan kaki dan senam kaki diabetik secara mandiri dirumah.

Resiko tinggi terjadi komplikasi Diabetes Melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Diabetes Melitus, pada klien 1 dan klien 2 masalah teratasi pada hari kelima perawatan. Hal ini ditunjukkan dengan kemauan keluarga klien dalam merawat klien dengan baik dirumah sesuai dengan apa yang telah diajarkan oleh tenaga medis.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan topik asuhan keperawatan keluarga pada Diabetes Melitus bagi dosen dan mahasiswa di lingkungan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

### **5.2.2 Bagi Perawat dan Puskesmas Sempaja Samarinda**

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan sebagai bukti nyata mengenai penerapan asuhan keperawatan pada keluarga dengan kasus Diabetes Melitus.

### **5.2.3 Bagi Responden**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan masukan bagi responden dalam merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus.

#### 5.2.4 Bagi Pengembangan dan Studi Kasus Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan yang kuat untuk penerapan asuhan-asuhan keperawatan berikutnya, khususnya yang menyangkut topik asuhan keperawatan keluarga Diabetes Melitus.



## DAFTAR PUSTAKA

- Basri, M., Harastuti., & Rahmatia. (2018). Hubungan Status Nutrisi dan Kecemasan dengan Proses Penyembuhan Luka Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD BARRU. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Volume 12 Nomor 5 (476-481).
- Brunner & Suddarth. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.2*. Jakarta: EGC.
- Chiptarini, I. F. D. (2014). Gambaran Pengetahuan dan Perilaku tentang Penatalaksanaan DM pada Pasien DM di Puskesmas Ciputat Timur. Skripsi FK – UIN Jakarta.
- Corwin. (2009) *Buku Saku Patofisiologi Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Damayanti. (2015). *Diabets Melitus dan penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Samarinda. (2016). *Laporan Kunjungan (LBI) DM Kota Samarinda Tahun 2015*. Samarinda: Dinas Kesehatan Kota Samarinda.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur 2016*. Samarinda: Dinas Kesehatan Kalimantan Timur.
- Dunning, T. (2014). *Care Of People With Diabetes: A Manual Of Nursing Practice (4th ed)*. Australia: Victoria.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Friedman. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gusti. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Takalar Sulawesi selatan: Pustaka As-Salam
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: pustaka pelajar.

- Hasdianah. (2014). *Patologi dan Patofisiologi Penyakit*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- International Diabetes Federation (IDF). (2015). *Diabetes Atlas 7th Edition*. Brussels: International Diabetes Federation. <http://www.diabetesatlas.org/> (Diakses pada tanggal 24 November 2018 pukul 24.00).
- International Diabetes Federation (IDF). (2017). *Diabetes Atlas 8th Edition*. Brussels: International Diabetes Federation. <http://www.diabetesatlas.org/> (Diakses pada tanggal 14 Desember 2018 pukul 13.00).
- Karlinta, H. S. (2015). Pengaruh Pemberian Informasi Nutrisi Single terhadap Perubahan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus di RSMS Purwokerto Tahun 2015. Skripsi FIK – UMP.
- Lathifah Lailatul, N. (2017). Hubungan Durasi Penyakit dan Kadar Gula Darah dengan Keluhan Subyektif Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Volume 5 Nomor 2. ( 231-239).
- Mubarok, W. I. (2010). *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). (2016). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PERKENI.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Riset Kesehatan Dasar(Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil&20Riskesdas%202013.pdf> (Diakses pada tanggal 25 November 2018 Pukul 15.00).
- Riasmini., (et al.). (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi Nanda, ICNP, NOC, NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Smeltzer, S.C. dan B.G Bare. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC.

WHO. (2015). *Manajemen pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Selemba Medika.

WHO. (2017). *Diabetes*. Media Centre of WHO.

Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM

Supit, J., Massi, G., & Kallo, V. (2018). Efektivitas Pemberian Edukasi dengan Metode Video dan Focus Group Discussion (FGD) Terhadap Tingkat Pengetahuan Pasien DM Tipw 2 di Klinik Diabetes Kimia Farma Husada Manado. *E-journal Keperawatan (e-Kep)*. Volume 6 Nomor 1(1-6)

Setyawan Budi, A., & Masnina, R. (2018). Efektivitas Teh Bawang Dayak untuk Menurunkan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan* Vol. 7 No. 2. (7-13).

