

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus adalah salah satu bagian dari penyakit tidak menular. Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang disebabkan oleh tingginya kadar gula darah akibat gangguan pada pankreas dan insulin. Empat jenis penyakit tidak menular utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (Penyakit Jantung Koroner dan Stroke), Kanker, Penyakit Pernafasan Kronis (Asma Dan Penyakit Paru Obstruksi Kronis), dan Diabetes Mellitus (Depkes, 2012).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 mengatakan bahwa wawancara yang dilakukan terhadap responden yang berumur ≥ 15 tahun didapatkan hasil prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia yang terdiagnosis dokter sebesar 1,5%. Diabetes Mellitus terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 2,1%. Prevalensi Diabetes Mellitus yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di DI Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Data dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta jumlah penderita DM di kota Yogyakarta pada tahun 2013 mencapai 13.850 jiwa dan pada tahun 2014 mencapai 50.837 jiwa.

Kasus kunjungan pasien Diabetes Mellitus di Puskesmas Wirobrajan selama tahun 2017 adalah sebesar 3339 kasus (Laporan Bulanan Penyakit Puskesmas Wirobrajan, 2017). Penderita Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan tepat dapat mengakibatkan masalah kesehatan lebih lanjut, seperti Gangguan Penglihatan Mata, Katarak, Penyakit Jantung, Sakit Ginjal

, Impotensi Seksual, Luka sulit sembuh dan membusuk/Gangren, Infeksi Paru-Paru, Gangguan Pembuluh Darah, Stroke dan sebagainya (PERKENI, 2015).

Peran keluarga sangatlah penting, apakah keluarga sudah tepat menyajikan diet DM, mengontrolkan rutin gula darah, mengontrol minum obat DM dengan lima benar : benar obat, benar dosis, benar orang, benar waktu, benar cara minumnya, bagaimana dengan aktifitas sehari-hari atau olah raganya, bagaimana cara mengatasi stressnya. Peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami DM untuk mencegah terjadinya masalah yang lebih lanjut.

Berdasarkan hasil kasus diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus diabetes melitus pada keluarga dalam judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang diangkat adalah“ Bagaimanakah penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Yogyakarta”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menerapkan proses keperawatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM.
 - 1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan keluarga Tn. S.
 - 2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga Tn. S.
 - 3) Mampu menetapkan rencana keperawatan keluarga Tn. S.
 - 4) Mampu melakukan tindakan keperawatan keluarga Tn. S.
 - 5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan keluarga Tn. S.
- b. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Karya Tulis ilmiah ini merupakan pembahasan pemberian asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga mengalami DM di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan di Kampung Kuncen pada tanggal 2-4 Juli 2018.

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

1. Bagi keluarga

Mampu mengelola anggota keluarga yang mengalami DM dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang tepat: menyajikan diit DM.

2. Bagi pasien

Mampu melakukan senam kaki DM setiap hari secara rutin.

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami DM secara langsung.

4. Bagi penulis

- a. Memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang mengalami DM.
- b. Mengetahui seberapa besar peranan keluarga dalam mendukung untuk peningkatan kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita DM.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Metode pembuatan studi kasus

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk laporan studi kasus yaitu memaparkan suatu masalah serta pemecahan masalah dalam waktu tiga hari yang dilakukan secara langsung.

1. Wawancara

Merupakan tanya jawab kepada pasien, keluarga dan tenaga kesehatan yang dilakukan untuk memperoleh data subyektif tentang masalah keperawatan yang dihadapi pasien.

2. Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien.

3. Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah kemampuan

fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan. Meliputi : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

G. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 4 (empat) bab sebagai berikut: BAB I: pendahuluan yang terdiri dari : latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, manfaat penelitian, metode Pengumpulan data, sistematika penulisan. BAB II : tinjauan pustaka yang meliputi Konsep Keluarga, Konsep Diabetes Mellitus, Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga. BAB III : kasus dan pembahasan yang meliputi kasus, pembahasan, keterbatasan kasus. BAB IV : penutup yang meliputi kesimpulan dan saran , disertai daftar pustaka, dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat dimana terjadi interaksi antara anak dan orang tuanya. Keluarga berasal dari bahasa sansekerta kulu dan warga atau kuluwarga yang berarti anggota kelompok kerabat (Padila, 2012).

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. (Ali, 2010)

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga adalah sebagai berikut.

a. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.

- 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
- 2) *The dyad family (keluarga dyad)*, suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui,

keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya.

- 3) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - 4) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
 - 5) *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.
 - 6) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
 - 7) *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.
- b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga nontradisional, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.

- 1) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 3) *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini.

a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, keperawatan keluarga dan komunitas stabilisasi kepribadian dan tingkahl aku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial.

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.

- 3) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

4. Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut :

a. Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan;
- 2) Membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial;
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

b. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir.

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.

c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
- 2) Mensosialisasikan anak;
- 3) Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
- 2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan;
- 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.

f. Keluarga melepas anak usia dewasa muda

Tugas perkembangannya adalah:

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

g. Keluarga dengan usia pertengahan

Tugas perkembangannya adalah:

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

h. Keluarga dengan usia lanjut

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
- 2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan;
- 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi;
- 6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup).

5. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga

Peran dan fungsi perawat di keluarga adalah sebagai berikut:

a. Pelaksana

Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

b. Pendidik

Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan menentukan, tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

c. Konselor

Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

d. Kolaborator

Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga.

Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut :

a. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

b. Pencegahan sekunder

Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

c. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat

meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi.

Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

B. Konsep Diabetes Mellitus

1. Pengertian Diabetes Mellitus

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

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

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

2. Etiologi

a. Penyebab Diabetes Melitus berdasarkan klasifikasi menurut WHO tahun 1995 adalah: DM Tipe I (IDDM: DM tergantung insulin).

1) Faktor genetik / herediter Faktor herediter menyebabkan timbulnya DM melalui kerentanan sel-sel beta terhadap penghancuran oleh virus atau mempermudah perkembangan antibodi autoimun melawan sel-sel beta, jadi mengarah pada penghancuran sel-sel beta.

2) Faktor infeksi virus berupa infeksi virus coxakie dan Gondogen yang merupakan pemicu yang menentukan proses autoimun pada individu yang peka secara genetik.

b. DM Tipe II (DM tidak tergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, dimana terjadi obesitas pada individu obesitas dapat menurunkan jumlah reseptor insulin dari dalam sel target insulin diseluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa.

c. DM Malnutrisi

1) Fibro Calculous Pancreatic DM (FCPD)

2) Terjadi karena mengkonsumsi makanan rendah kalori dan rendah protein sehingga klasifikasi pankreas melalui proses mekanik (Fibrosis) atau toksik (Cyanide) yang menyebabkan sel-sel beta menjadi rusak.

3) Protein Defisiensi Pancreatic Diabetes Melitus (PDPD) Karena kekurangan protein yang kronik menyebabkan hipofungsi sel Beta pankreas.

d. DM Tipe Lain

1) Penyakit pankreas seperti : pancreatitis, Ca Pancreas dll

2) Penyakit hormonal

Seperti: *Acromegali* yang meningkat GH (*growth hormon*) yang merangsang sel-sel beta pankreas yang menyebabkan sel-sel ini hiperaktif dan rusak.

3) Obat-obatan

a) Bersifat sitotoksin terhadap sel-sel seperti aloxan dan streptozerin.

b) Yang mengurangi produksi insulin seperti derivat thiazide, phenothiazine dll.

3. Manifestasi Klinis

Adanya penyakit diabetes mellitus ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita. Manifestasi klinis Diabetes Melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) jika melewati ambang ginjal untuk ekskresi glukosa yaitu ± 180 mg/dl serta timbulnya

rasa haus (polidipsia). Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori (Price dan Wilson, 2012).

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, turunnya berat badan, polifagia, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pengobatan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya penderita peka terhadap insulin.

Sebaliknya pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolut namun hanya relatif. Sejumlah insulin tetap disekresi dan masih cukup untuk menghambat ketoasidosis (Price dan Wilson, 2012).

Gejala dan tanda-tanda DM dapat digolongkan menjadi 2 yaitu gejala akut dan gejala kronik (PERKENI, 2015) :

a. Gejala akut penyakit DM

Gejala penyakit DM bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan

gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (poli) yaitu banyak makan (poliphagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Keadaan tersebut, jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual.

b. Gejala kronik penyakit DM

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM adalah kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa tebal di kulit, kram, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering ganti kacamata, gatal di sekitar kemaluan terutama pada wanita, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun, dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg .

4. Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada pasien DM tipe 2 akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi DM tipe 2 terbagi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu: komplikasi akut dan komplikasi kronik.(PERKENI, 2015).

a. Komplikasi akut

1) Ketoasidosis diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut DM yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasmameningkat (300-320 mos/mL) dan terjadi peningkatan anion gap.

2) Hiperosmolar non ketotik (HMK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat .

3) Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah mg/dL. Pasien DM yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Gejala hipoglikemia terdiri dari berdebar-debar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan kesadaran menurun sampai koma.

b. Komplikasi kronik

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien DM saat ini sejalan dengan penderita DM yang bertahan hidup lebih lama. Penyakit DM yang tidak terkontrol dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronik.

1) Neuropati

Diabetes neuropati adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat DM. Komplikasi yang tersering dan paling penting adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu ke bagian tangan. Neuropati berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang sering dirasakan adalah kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, dan lebih terasa sakit di malam hari. Setelah diagnosis DM ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya polineuropatidistal. Apabila ditemukan adanya polineuropati distal, perawatan kaki yang memadai akan menurunkan risiko amputasi. Semua penyandang DM yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki.

5. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes. Tujuan penatalaksanaan meliputi :

- a. Tujuan jangka pendek : menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut.
- b. Tujuan jangka panjang : mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian

glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid (mengukur kadar lemak dalam darah), melalui pengelolaan pasien secara komprehensif.

Pada dasarnya, pengelolaan DM dimulai dengan pengaturan makan disertai dengan latihan jasmani yang cukup selama beberapa waktu (2 minggu). Bila setelah itu kadar glukosa darah masih belum dapat memenuhi kadar sasaran metabolik yang diinginkan, baru dilakukan intervensi farmakologik dengan obat - obat anti diabetes oral atau suntikan insulin sesuai dengan indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, DM dengan stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, insulin dapat segera diberikan.

Pada keadaan tertentu obat-obat anti diabetes juga dapat digunakan sesuai dengan indikasi dan dosis menurut petunjuk dokter. Pemantauan kadar glukosa darah bila dimungkinkan dapat dilakukan sendiri di rumah, setelah mendapat pelatihan khusus untuk itu (PERKENI, 2015).

Menurut Smeltzer dan Bare (2015), tujuan utama penatalaksanaan terapis pada Diabetes Mellitus adalah menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Tatalaksana diabetes terangkum dalam 4 pilar pengendalian diabetes.

Empat pilar pengendalian diabetes, yaitu :

a. Edukasi

Penderita diabetes perlu mengetahui seluk beluk penyakit diabetes. Dengan mengetahui faktor risiko diabetes, proses terjadinya diabetes, gejala diabetes, komplikasi penyakit diabetes, serta pengobatan diabetes, penderita diharapkan dapat lebih menyadari pentingnya pengendalian diabetes, meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat dan pengobatan diabetes. Penderita perlu menyadari bahwa mereka mampu menanggulangi diabetes, dan diabetes bukanlah suatu penyakit yang di luar kendalinya. Terdiagnosis sebagai penderita diabetes bukan berarti akhir dari segalanya.

Edukasi (penyuluhan) secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil.

b. Pengaturan makan (Diet)

Pengaturan makan pada penderita diabetes bertujuan untuk mengendalikan gula darah, tekanan darah, kadar lemak darah, serta berat badan ideal. Dengan demikian, komplikasi diabetes dapat dihindari, sambil tetap mempertahankan kenikmatan proses makan itu sendiri. Pada prinsipnya, makanan perlu dikonsumsi teratur dan disebar merata dalam sehari. Seperti halnya prinsip sehat umum, makanan untuk penderita diabetes sebaiknya rendah lemak terutama lemak jenuh, kaya akan karbohidrat kompleks yang berserat termasuk

sayur dan buah dalam porsi yang secukupnya, serta seimbang dengan kalori yang dibutuhkan untuk aktivitas sehari-hari penderita.

c. Olahraga / Latihan Jasmani

Pengendalian kadar gula, lemak darah, serta berat badan juga membutuhkan aktivitas fisik teratur. Selain itu, aktivitas fisik juga memiliki efek sangat baik meningkatkan sensitivitas insulin pada tubuh penderita sehingga pengendalian diabetes lebih mudah dicapai. Porsi olahraga perlu diseimbangkan dengan porsi makanan dan obat sehingga tidak mengakibatkan kadar gula darah yang terlalu rendah.

Panduan umum yang dianjurkan yaitu aktivitas fisik dengan intensitas ringan-selama 30 menit dalam sehari yang dimulai secara bertahap. Jenis olahraga yang dianjurkan adalah olahraga aerobik seperti berjalan, berenang, bersepeda, berdansa, berkebun, dll.

Penderita juga perlu meningkatkan aktivitas fisik dalam kegiatan sehari-hari, seperti lebih memilih naik tangga ketimbang lift, dll. Sebelum olahraga, sebaiknya penderita diperiksa dokter sehingga penyulit seperti tekanan darah yang tinggi dapat diatasi sebelum olahraga dimulai.

d. Obat / Terapi Farmakologi

Obat oral ataupun suntikan perlu diresepkan dokter apabila gula darah tetap tidak terkendali setelah 3 bulan penderita mencoba menerapkan gaya hidup sehat di atas. Obat juga digunakan atas pertimbangan dokter pada keadaan-keadaan tertentu seperti pada

komplikasi akut diabetes, atau pada keadaan kadar gula darah yang terlampau tinggi.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Mellitus

1. Pengkajian

Proses pengkajian keluarga dapat berasal dari berbagai sumber seperti wawancara, observasi rumah keluarga dan fasilitasnya, pengalaman yang dilaporkan anggota keluarga.

a. Data umum

Yang perlu dikaji pada data umum antara lain nama kepala keluarga dan anggota keluarga, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan dan pendidikan. Pada pengkajian pendidikan diketahui bahwa pendidikan berpengaruh pada kemampuan dalam mengatur pola makan dan kemampuan pasien dalam pengelolaan serta perawatan diabetes mellitus. Umur juga dikaji karena faktor usia berpengaruh terhadap terjadinya diabetes mellitus dan usia dewasa tua (>40 tahun) adalah resiko tinggi diabetes mellitus (Harmoko, 2012).

b. Genogram

Dengan adanya genogram dapat diketahui adanya faktor genetik atau faktor keturunan untuk timbulnya diabetes mellitus pada pasien.

c. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai tipe / jenis keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi pada keluarga tersebut. Biasanya dapat terjadi pada bentuk keluarga apapun.

d. Suku

Mengkaji asal usul suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa dan kebiasaan adat penderita tersebut terkait dengan penyakit diabetes melitus.

e. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi terjadinya diabetes melitus.

f. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga dapat dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, kegiatan menonton televisi serta mendengarkan radio.

g. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga ini. Biasanya diabetes mellitus sering terjadi pada laki-laki atau perempuan yang berusia > 40 tahun. Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah Diabetes Melitus adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu suatu kemunduran fungsi system organ tubuh, termasuk penurunan fungsi dari sel beta pankreas.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Keluarga dengan Diabetes Mellitus kurang peduli terhadap pengontrolan kadar gula darah jika belum menimbulkan komplikasi lain.

h. Struktur Keluarga

Menjelaskan mengenai pola komunikasi antar keluarga, struktur kekuatan keluarga yang berisi kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku, struktur peran yang menjelaskan peran formal dan informal dari masing-masing anggota keluarga serta nilai dan norma budaya yang menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus.

i. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan (Friedman, 2010).Semakin

tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya. Fungsi ini merupakan basis sentral bagi pembentukan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berkaitan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda - tanda gangguan kesehatan selanjutnya.

Bagaimana keluarga, merasakan hal-hal yang dibutuhkan oleh individu lain dalam keluarga tersebut. Keluarga yang kurang memparhatikan keluarga yang menderita DM akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

2) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta memberi dan menerima cinta (Friedman, 2010). Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang menderita DM untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi tingkat stress keluarga.

Biasanya penderita DM akan kehilangan semangat oleh karena merasa jenuh dengan pengobatan yang berlaku seumur hidup. Pada kasus penderita diabetes mellitus yang sudah komplikasi, dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik didalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

3) Fungsi sosial ekonomi keluarga

Fungsi sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Diabetes Melitus sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah keatas.

Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas fisik, dan stres berperan penting sebagai pemicu diabetes (Friedmann, 2010).

j. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah (Friedman, 2010). Penataan lingkungan yang kurang pas dapat menimbulkan suatu cedera, karena pada penderita diabetes melitus bila mengalami suatu cedera atau luka biasanya sulit sembuh.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan penderita diabetes melitus.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat tinggal.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat. Misalnya perkumpulan keluarga inti saat malam hari, karena saat malam hari orang tua sudah pulang bekerja dan anak-anak sudah pulang sekolah atau perkumpulan keluarga besar saat ada perayaan seperti hari raya. Interaksi dengan masyarakat bisa dilakukan dengan dilakukan kegiatan-kegiatan di lingkungan tempat tinggal seperti gotong royong dan arisan RT/RW.

5) Sistem Pendukung Keluarga

Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat terhadap

pasien dengan diabetes melitus. Pengelolaan pasien yang menderita

Diabetes Melitus di keluarga sangat membutuhkan peran aktif seluruh anggota keluarga, petugas dari pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. Semuanya berperan dalam pemberian edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus.

k. Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, apa rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga. Biasanya pada penderita diabetes yang laki-laki akan mengalami beberapa masalah seksual seperti disfungsi ereksi atau bahkan kehilangan gairah seksual, sedangkan pada wanita biasanya akan mengalami radang vagina yang disebabkan infeksi jamur.

l. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.

2) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stressor dikaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

4) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

5) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

m. Riwayat kesehatan keluarga

1) Kesehatan keluarga

Menjelaskan mengenai riwayat keluarga meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Perlu dikaji riwayat kesehatan keluarga karena diabetes mellitus juga merupakan salah satu dari penyakit keturunan, disamping itu juga perlu dikaji tentang perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

2) Kebiasaan minum obat

Obat yang diminum saat ini sesuai dengan aturan minum, obat darimana di dapatkan dari dokter, atau beli sendiri.

3) Kebiasaan memeriksakan diri

Dikaji fasilitas kesehatan mana yang di tuju keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

n. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggotakeluarga. Metode yang di gunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik klinik head to toe, untuk pemeriksaan fisik Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut :

1) Status kesehatan umum

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

2) Kepala dan leher

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

3) Sistem Integumen

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

4) Sistem Pernafasan

Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita Diabetes Mellitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

5) Sistem Kardiovaskuler

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

6) Sistem Gastrointestinal

Pada penderita Diabetes Mellitus ditemui *polifagi, polidipsi*, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

7) Sistem Perkemihan

Pada penderita Diabetes Mellitus ditemui terjadinya *poliuri*, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

8) Sistem Muskuluskletal

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

9) Sistem Neurologis

Pada penderita Diabetes Mellitus biasanya didapatkan penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

o. Lima tugas Keluarga di bidang kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memenuhi tugasnya yang menjadi penyebab dari masalah kesehatan bagi anggota keluarga.

- 1) Mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, sejauh mana keluarga mengetahui pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah. Pada kasus diabetes mellitus ini dikaji bagaimana pemahaman keluarga mengenai pengertian diabetes mellitus,

penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus serta bagaimana penanganan dan perawatan terhadap keluarga yang menderita Diabetes Mellitus.

- 2) Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang sesuai dan tepat untuk keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan dan menentukan tindakan dalam keluarga. Yang perlu dikaji adalah bagaimana mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus dan kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus.
- 3) Mengetahui sejauh mana keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus, bagaimana keadaanpenyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit Diabetes Mellitus.
- 4) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah yang sehat. Bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah timbulnya komplikasi dari Diabetes Mellitus. Pemeliharaan lingkungan yang baik akanmeningkatkan kesehatan keluarga dan

membantu penyembuhan. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan biasanya disebabkan karena terbatasnya sumber – sumber keluarga diantaranya keuangan, kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat dan dukungan psikologis dari keluarga.

- 5) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Keluarga mengetahui ke fasilitas kesehatan mana anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus dibawa untuk melakukan pengontrolan rutin kadar gula darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan akan membantu anggotakeluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan agar masalah teratasi.

2. Diagnosis keperawatan keluarga

Dalam menyusun diagnosa keperawatan keluarga, perawat keluarga harus mengacu pada tipologi diagnosa keperawatan keluarga (Sudiharto, 2012), yaitu :

- a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan).
- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.

- c. Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi dan simptom) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2012).

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

- a. Manajemen regimen terapeutik Diabetes Mellitus pada keluarga tidak efektif.
 - b. Manajemen regimen terapeutik Diabetes Mellitus pada keluarga efektif.
 - c. Resiko ketidakstabilan gula darah.
 - d. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh resiko komplikasi.
 - e. Defisit pengetahuan.
 - f. Resiko syok hipovolemik.
3. Perencanaan keperawatan keluarga

Menurut (Susanto, 2012, p. 63) Perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga

masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan.

a. Manajemen regimen terapeutik Diabetes Mellitus pada keluarga tidak efektif.

b. Tujuan panjang :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan Manajemen regimen terapeutik Diabetes Mellitus pada keluarga menjadi efektif dengan kriteria hasil :Gula darah pasien terkontrol : 70 – 140 mg/dl, Minum obat Dm terkontrol : dengan 5 benar ;Diit DM tepat : 3j(jumlah, jenis, jam),Senam kaki di lakukan setiap hari.

c. Tujuan pendek :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan keluarga mampu merawat :Mengontrol rutin Gula darah setiap bulan, Mengontrol minum obat Dm dengan 5 benar, Menyajikan diit DM yang tepat : 3 j(jumlah, jenis, jam), Megontrol senam kaki DM.

d. Pelaksanaan

Penetapan pelaksanaan meliputi Lakukan penyuluhan kesehatan tentang diet DM, Lakukan penyuluhan kesehatan tentang seanm kaki DM, Ajarkan senam kaki DM, Sarankan untuk dilakukan rutin setiap

hari, Sarankan minum obat dm secara rutin dengan 5 benar, Sarankan kontrol gula rutin 1 bulan sekali, Sarankan hati-hati saat memotong kuku untk Tn S, Sarankan selalu memakai alas kaki untuk Tn S, Sarankan istirahat tepat pada waktunya untuk Tn S, Motivasi lakukan intervensi yang di ajarkan.

4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaankeperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasiyang bersifat memampukan keluarga untuk : mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi; jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- b. Masalah sebagian teratasi; jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- c. Masalah tidak teratasi; jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/ diagnosa keperawatan baru.

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- a. Subjektive adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. Objektive adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
- d. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III
KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Kasus

1. Pengkajian : 2-7-2018

Identitas kepala keluarga

Nama : Tn. S
Umur : 68 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan Terakhir : SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kuncen
Suku/bangsa : Jawa/WNI
Jumlah Anggota Keluarga : 2

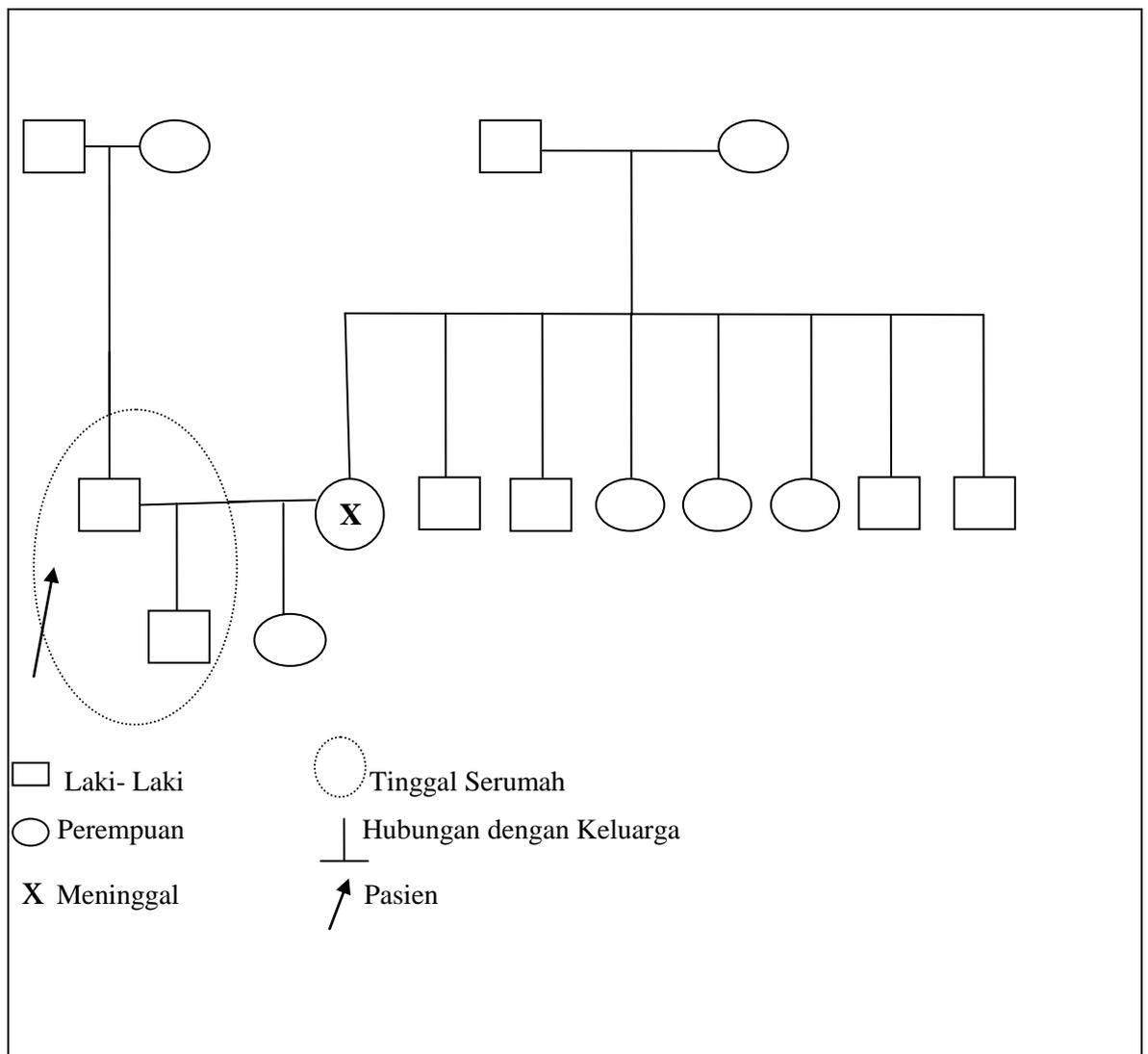
a. Daftar Anggota Keluarga :

| No | Nama | Umur | Agama | L/P | Hub dgn KK | Pdkkan | Pkrjaan | Ket |
|----|------|------|-------|-----|---------------|--------|---------|-----|
| 1 | S | 68 | Islam | L | KK | SD | Swasta | |
| 2 | J P | 33 | Islam | L | Anak | SLTA | - | |

b. Anggota Keluarga yang meninggal

| No | Nama Anggota Keluarga | Hub. dg.kk | Umur | Sebab kematian | Keterangan |
|----|-----------------------|------------|------|----------------|------------|
| 1 | Ny S | Istri | 67 | Sakit jantung | |

c. Genogram



d. Fungsi Keluarga

1. Fungsi Afektif

Keluarga Tn. S saling mendukung dengan kasih sayang sehingga dapat terpenuhi kehidupan yang sangat sederhana.

2. Fungsi Sosial

Interaksi sosial keluarga Tn.YM antara anggota keluarga dan lingkungan terjalin baik.

3. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga Tn. S baik karena dapat memenuhi kebutuhan anggota keluarga walau wiraswasta an secara finansial mendapat sokongan dana dari anak pertama.

e. Tumbuh Kembang Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah keluarga dengan anak dewasa

f. Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangannya adalah:

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

g. Struktur Keluarga

Pola komunikasi yang digunakan komunikasi terbuka, tiap anggota keluarga boleh mengungkapkan pendapatnya masing masing hal ini dapat dilihat pada waktu perawat melakukan pengkajian.

Keluarga Tn. S menyelesaikan masalah dengan musyawarah.

Pengambil keputusan : ada Tn. S karena sebagai Kepala keluarga.

h. Kebiasaan Anggota Keluarga Sehari-hari

1) Nutrisi

Keluarga Tn. S mengatakan biasanya makan 3x sehari dengan lauk pauk, menyesuaikan kondisi ekonomi.

2) Pola Istirahat

Keluarga Tn. S, anggota keluarga biasa tidur malam mulai jam 22.00 WIB sampai 05.00 pagi, kadang-kadang tidur siang 1 sampai 2 jam.

3) Pola Eliminasi

Keluarga Tn. S mengatakan tidak ada kelainan untuk kebutuhan bab dan bak selama ini.

4) Pola Kebersihan

Keluarga Tn. S mengatakan untuk mandi 2x sehari pagi dan sore, terkadang mandi bila badan kotor, mandi dengan sabun.

5) Pola Aktifitas

Keluarga Tn S, sehari-hari berkumpul dengan keluarga di rumah saja, setiap pagi jalan- jalan.

i. Faktor Sosial, Ekonomi, Budaya

Interaksi dengan tetangga baik-baik, ikut kegiatan rt maupun rw rutin, untuk memenuhi kebutuhan ekonomi mengelola dari gaji pensiunan, adat istiadat mengikuti aturan-aturan yang ada di wilayahnya.

j. Faktor Rumah dan Lingkungan

1) Rumah

a) Kondisi rumah

Tipe rumah : permanen

Lantai : keramik

Kepemilikan : sendiri

b) Ventilasi

Baik, dibuka tiap hari.

c) Penerangan

Pencahayaan baik , siang hari tampak terang.

2) Sarana Memasak

Tersedia dapur untuk memasak.

3) Pengelolaan Sampah

Sampah dikelola dengan baik, tersedia tempat sampah.

4) Sumber Air

Menggunakan air sumur, untuk keperluan memasak, minum, mandi, mencuci rambut.

5) Jamban Keluarga

Menggunakan jamban sendiri untuk bab dan bak.

6) Pembuangan Air limbah

Pembuangan air limbah ada penampungan sendiri.

7) Kandang Ternak

Tidak ada

8) Halaman

Mempunyai halaman cukup.

9) Lingkungan Rumah

Rumah berada di perkampungan perkotaan.

10) Fasilitas Pendidikan

TK kuncup mekar sebagai sarana bermain

11) Fasilitas Kesehatan

Puskesmas Tegalmulyo jarak 1 km , Klinik Firdaus jarak 2,5
, Puskesmas Wirobrajan jarak 3 km.

12) Fasilitas Perdagangan

Pasar Gampingan sarana belanja terdekat jarak 3 km.

13) Fasilitas Peribadatan

Masjid sebagai sarana ibadah jarak 500 meter.

14) Sarana Hiburan

Tv dan radio sebagai sarana hiburan yang tersedia rutinitas.

15) Sarana Transportasi

Keluarga Tn. S dan anggota keluarga menggunakan sepeda dan
sepeda motor sebagai alat transportasi setiap hari.

k. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Kesehatan keluarga

Istri TN. S meninggal karena sakit J. Tidak ada riwayat keluarga yang menderita asma, DM.

2) Kebiasaan minum obat

Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S minum obat DM dari Puskesmas.

3) Kebiasaan memeriksakan diri

Bila obat habis kontrol ke Puskesmas Tegalmulyo.

l. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pemeriksaan Tn S :

1) Pemeriksaan Fisik

Tensi 130/80 mmhg, Nadi 80 x/m, respirasi 20x/m, suhu badan :
36,5°C BB : 72 kg, GDS: 129 mg/dl

2) Keadaan Umum

Baik, kesadaran Compos Menis, sadar penuh.

3) Riwayat Penyakit dahulu

Tn S mengatakan menderita DM sejak tahun 2016, pernah luka di kaki tidak sembuh-sembuh lalu periksa GDS dengan hasil 320 mg/dl.

4) Riwayat Penyakit sekarang

Keluarga Tn S mengatakan, Tn S rutin periksa penyakit DMnya ke PuskesmasTegalmulyo setiap obat akan habis, segera

kontrol. Keluarga Tn. S mengatakan tidak tahu tentang diit DM, Tn. S belum melakukan senam kaki DM, belum melakukan perawatan kakinya, sudah 2 bulan tidak kontrol gula darah sesaat.

m. Pemeriksaan Per-Sistem

1) Sistem Kardiovaskuler

a. Wajah

Inspeksi : sianosis tidak tampak.

b. Leher

Inspeksi : bendungan vena jugularis tidak tampak

Palpasi : arteri carotis komunis (frekuensi :
76 , kekuatan : normalirama teratur.

c. Dada

Inspeksi : tampak bentuk dada simetris

Palpasi : letak ictus cordis (N)

Perkusi : batas jantung normal

Auskultasi : BJ 1 dan 2 normal, tidak ada kelainan pada
bunyi jantung.

2) Sistem Pernafasan

Hidung

Inspeksi : tidak tampak cuping hidung

Palpasi : tidak teraba nyeri tekan

Mulut

Inspeksi : tidak tampak sianosis

Dada

Inspeksi : tidak tampak penggunaan otot bantu
pernafasan

Perkusi : tidak terasa nyeri ketuk.

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, tidak teraba masa

Auskultasi : suara bersih.

3) Sistem Pencernaan

Abdomen

Inspeksi : Pembesaran abnormal tidak tampak

Palpasi :

a. Kuadran I

Hepar : tidak teraba hepatomegali, tidak ada nyeri
tekan

b. Kuadran II

Gaster : nyeri tekan tidak ada, distensi abdomen
tidak tampak, tidak teraba pembesaran.

Lien : splenomegali tidak ada.

c. Kuadran III

Massa : tidak teraba.

d. Kuadran IV

Nyeri tekan pada titik Mc Burney tidak ada

Perkusi :

Auskultasi : terdengar bising usus 13 x /menit.

4) Sistem Perkemihan

BAK : > 1500 ml/ 24 jam, tidak terpasan kateter.

Ginjal

Inspeksi : tidak tampak pembesaran daerah pinggang

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : tidak ada nyeri ketuk

5) Sistem muskuluskeletal

Inspeksi : tidak tampak pembesaran

Palpasi : kekakuan sendi tidak teraba, tidak ada nyeri tekan.

Warna kulit : normal

Kekuatan otot :

| | |
|---|---|
| 4 | 4 |
| 4 | 4 |

6) Sistem Endokrin dan Eksokrin

Kepala

Inspeksi : rambut distribusi dan ketebalan merata

Leher

Inspeksi : tidak tampak pembesaran kelenjar thyroid, tidak tampak perubahan warna .

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

7) Sistem Neurologi

Anamnesa : tidak ada mual muntah

Tingkat kesadaran kualitas : Compos Mentis : sadar sepenuhnya,
dapat menjawab pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

Tingkat kesadaran kuantitas : E4, V5, M6

8) Sistem Reproduksi

Anamnesa : tidak ada keluhan waktu nyeri ereksi.

Genetalia

Inspeksi : bersih, tidak tampak bengkak.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Sistem Persepsi Sensori

Mata

Inspeksi : bentuk mata simetris

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, tidak teraba bengkak, masa

9) Pemeriksaan skrening lansia

a) Hasil apgar lansia skore 10 : baik

b) AMT skore 10 : normal

c) Indeks Barthel : 20 : mandiri

d) GDS : skore 2 : tidak ada gangguan depresi

e) Resiko jatuh / msf : skore : 0 : tidak beresiko

o. Lima Tugas Keluarga

1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan:

Keluarga Tn. S mampu mengenal masalah kesehatan: Tn S menderita penyakit DM sejak tahun 2016.

- 2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat.

Keluarga Tn S mampu mengambil keputusan yang tepat: sudah rutin periksa ke Puskesmas Tegalmulyo.

- 3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Keluarga Tn. S belum mampu merawat Tn S: tidak tahu diit DM, tidak tahu senam kaki DM.

- 4) Kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan yang sehat untuk anggota keluarga yang sakit.

Keluarga Tn. YM mampu memodifikasi lingkungan yang sehat untuk: adanya dukungan psikologis dari keluarga untuk kesehatan Tn. S

- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Keluarga Tn S mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada memanfaatkan kartu BPJS untuk periksa rutin ke Puskesmas Tegalmulyo dan Puskesmas Wirobrajan.

p. Analisa Data Keluarga

| No | Data | Masalah | Penyebab |
|----|---|---|--|
| 1 | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan Tn S menderita DM sejak tahun 2016. • Keluarga mengatakan tidak tahu diit DM, senam kaki DM. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil laboratorium Gula darah Tn. S: 129 mg/dl • Obat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glimepiride 1 mg :1x1 tablet jumlah 4 tablet ▪ Kalium diklofenak 2x1 tablet jumlah 6 tablet. | <p>Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S.</p> | <p>Ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM</p> |

2. Diagnosis keperawatan

Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Prioritas masalah

| Kriteria | Skor | Bobot | Nilai | Pembenaran |
|--|------|-------|----------------------|---|
| Sifat masalah. Skala : Aktual 3 | 3 | 1 | $3/3 \times 1 = 1$ | Masalah sudah terjadi lama perlu penanganan secara rutin |
| Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala : Mudah 2 | 2 | 2 | $2/2 \times 2 = 2$ | Tn. S punya kartu BPJS, fasilitas kesehatan dekat, ada kemampuan untuk periksa kesehatannya. |
| Potensial masalah untuk dicegah Skala : Tinggi 3 | 3 | 1 | $3/3 \times 1 = 1$ | Masalah lebih lanjut belum terjadi, adanya keinginan keluarga Tn. S untuk peningkatan kesehatan Tn. S |
| Menonjolnya masalah. Skala : Ada masalah tp tdk perlu ditangani 1 Masalah tidak dirasakan 0 | 1 | 1 | $1/2 \times 1 = 1/2$ | Keluarga merasakan adanya masalah tetapi belum perlu ditangani |
| Jumlah skor = | | | 4 1/2 | |

b. Prioritas Diagnosis Keperawatan

- 1) Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM.

3. Tujuan dan Tindakan Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan Umum/jangka panjang | Tujuan Khusus/jangka pendek | Tindakan |
|----|---|---|--|--|
| 1 | Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita DM | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn. S menjadi efektif. dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gula darah Tn S berkisar 70-140 mg/dl dengan mengontrol rutin setiap bulan. 2. Keluarga dapat menyajikan diit DM 3. Keluarga mampu mengontrol minum obat DM secara teratur dengan 5 benar : benar obat, dosis, cara, orang, waktu. 4. Keluarga dapat mengontrol olah raga Tn S dengan senam kaki DM. | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan keluarga mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol rutin gula darah Tn. S setiap bulan. 2. Menyajikan diit dm untuk Tn. S 3. Mengontrol rutin minum obat DM dengan 5 benar : benar obat, dosis, cara, orang, waktu. 4. Keluarga mampu melatih senam kaki DM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penyuluhan kesehatan tentang diet DM. 2. Lakukan penyuluhan kesehatan senam kaki DM 3. Ajarkan senam kaki DM 4. Sarankan untuk dilakukan rutin setiap hari. 5. Sarankan minum obat dm secara rutin. 6. Sarankan kontrol gula rutin 1 bulan sekali. 7. Sarankan untuk hati-hati bila beli makanan dari luar. 8. Sarankan hati-hati saat memotong kuku untk Tn S 9. Sarankan selalu memakai alas kaki untuk Tn S 10. Sarankan istirahat tepat pada waktunya untuk Tn S 11. Motivasi lakukan intervensi yang di ajarkan. |

4. Pelaksanaan dan Evaluasi

| Tgl/Jam | Diagnosa Keperawatan | Pelaksanaan | Evaluasi |
|------------------------------|--|---|---|
| 3-7-2018 Jam 09.00 WIB | Ketidak efektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita DM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Melakukan penyuluhan kesehatan tentang diet DM. 3. Melakukan penyuluhan kesehatan senam kaki DM 4. Mengajarkan senam kaki DM 5. Menyarankan untuk dilakukan rutin setiap hari. 6. Menyarankan kontrol gula rutin 1 bulan sekali. 7. Menyarankan minum obat DM secara rutin. 8. Menyarankan bila obat habis segera kontrol ke Puskesmas. 9. Menyarankan untuk hati-hati bila beli makanan dari luar. 10. Meyarankan hati-hati saat memotong kuku. 11. Menyarankan selalu memakai alas kaki 12. Menyarankan istirahat tepat pada waktunya. 13. Memotivasi lakukan intervensi yang di ajarkan. | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga Tn. S mengatakan akan menindaklanjuti penyuluhan yang diberikan. • Tn. S mengatakan akan memperagakan senam kaki DM. <p>O:</p> <p>Tn. S sudah melakukan senam kaki DM.</p> <p>A :</p> <p>Tujuan belum tercapai Langkah-langkah senam kaki DM belum benar.</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor diit DM • Monitor senam kaki DM • Peragakan ulang senam kaki DM |

berlanjut,

lanjutan

| Tgl/Jam | Diagnosa Keperawatan | Pelaksanaan | Evaluasi |
|---------------------------|--|--|---|
| 4-7-2018 Jam 10.00 WIB | Ketidak efektifan manajemen regimen terapeutik DM di keluarga Tn S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita DM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor diit DM 2. Memonitor senam kaki DM pada Tn. S 3. Memperagakan ulang senam kaki DM | S : Keluarga Tn. S mengatakan belum menyajikan diit DM. O: Tn. S sudah melakukan senam kaki DM Langkah-langkah senam kaki DM sudah benar. A : Tujuan sebagian tercapai P : <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan intervensi • Monitor diit DM • Laporkan ke perawat Puskesmas untuk tindakan selanjutnya |

B. Pembahasan

Pada bagian ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga mengalami Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan. Penulis akan membahas meliputi segi pengkajian data keluarga, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang penulis angkat.

1. Pengkajian

Data gula darah sesaat Tn. S: 129 mg/dl normal, poli phagi (banyak makan), poli dipsi (banyak minum), poli uri (banyak kencing) tidak di temukan, berbeda dengan teori karena :

- a. Tn. S berobat rutin ke Puskesmas.
- b. Tn. S minum obat rutin.

2. Diagnosis Keperawatan

Penulis merumuskan diagnosis keperawatan adalah Manajemen regimen terapeutik Diabetes Mellitus pada keluarga tidak efektif sesuai dengan teori karena :

- a. Tn. S dua bulan tidak kontrol gula darah.
- b. Keluarga Tn. S belum menyajikan diit DM.
- c. Tn. S belum melakukan senam kaki DM.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan sesuai dengan teori:

- a. Sudah ada kesepakatan dengan Tn. S
- b. Waktu dan tempat sudah disepakati.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan sesuai dengan yang direncanakan karena:

- a. Tn. S sangat kooperatif
- b. Adanya kemauan Tn. S untuk sembuh
- c. Tn. S sudah meluangkan waktu sesuai dengan kesepakatan

5. Evaluasi

Setelah dilakukan evaluasi di temukan hasil:

- a. Tujuan sebagian tercapai karena Tn. S sudah melakukan senam kaki DM dengan cara yang benar
- b. Tujuan belum tercapai karena keluarga Tn. S belum menyajikan diit DM

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Selama melakukan asuhan keperawatan keluarga, penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan salah anggota keluarga mengalami DM yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi keperawatan. Pengkajian pada keluarga difokuskan pada data subyektif, data obyektif waktu itu. Tahap penegakan diagnosa keperawatan dapat penulis simpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang ada dalam teori tidak semuanya muncul, hal ini sangat tergantung pada masalah kesehatan yang terjadi saat itu.

Perencanaan ditetapkan dengan merumuskan subjek, predikat, kriteria dan waktu. Perencanaan pada diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan, kondisi keluarga, disesuaikan dengan sarana dan prasarana yang ada. Perencanaan sesuai dengan teori. Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dengan beberapa modifikasi sesuai dengan kondisi klien dan keluarga. Evaluasi dilakukan dengan dua cara yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil yang waktunya disesuaikan dengan perencanaan tujuan. Evaluasi dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan perencanaan).

Berdasarkan uraian diatas dapat diidentifikasi faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga adalah adanya kerja sama dengan keluarga.

Faktor penghambatnya adalah terbatasnya kemampuan dan keterampilan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga ini, serta literatur yang kurang sehingga penulis mengalami kesulitan dalam melihat teori.

B. Saran

Setelah Melakukan asuhan keperawatan ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan .

1. Pada keluarga
 - a. Mengingatnkan, waktu kontrol ke Puskesmas.
 - b. Mengingatnkan minum obat DM.
 - c. Menyiapkan diit DM
 - d. Mengingatnkan dan mengawasi senam kaki DM.
2. Pada penyandang DM
 - a. Kontrol rutin ke puskesmas
 - b. Minum obat rutin
 - c. Diit DM
 - d. Senam Kaki DM dilakukan setiap hari.
3. Pada Perawat Puskesmas

Untuk menindaklanjuti asuhan keperawatan keluarga Tn. S dikarenakan adanya keterbatasan waktu.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ali, Zaidin. 2010, *Pengantar Keperawatan Keluarga*. EGC. Jakarta.
2. Departemen Kesehatan RI. *Jendela Data Dan Informasi Kesehatan Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: DEPKES RI; 2012.
3. Friedman, M. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta : EGC.
4. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2013. Jakarta: *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia*.
5. Rendy, M. C. & Margareth, T. H (2012), *Asuhan keperawatan medikal bedah penayakit dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
6. Smeltzer, S.C. dan B.G Bare. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta : EGC
7. Sudiharto. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : EGC
8. Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
9. Susanto, Tantut. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
10. Harmoko. 2012. *Asuhan keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
11. NANDA.2012.*Buku Saku Diagnosis Keperaawatan*.Jakarta: EGC.

12. Price SA, Wilson LM. 2012. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit, edisi ke-6*. Jakarta: EGC.
13. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta.
14. Masriadi. 2016. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Trans Info Media