

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN.M DENGAN DIABETES
MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TANJUNG BERINGIN
TAHUN 2018**



**OLEH:
MUSTAPA
NIM : 1714401136**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN.M DENGAN
DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TANJUNG BERINGIN
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH:

MUSTAPA

NIM : 1714401136

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus berjudul “**Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.M di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Tahun 2018**” ini telah disetujui, diperiksa dan sudah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Diploma D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Agustus 2018

Pembimbing,

Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIK. 14201006037395017

Mengetahui,

Ka prodi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang

Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.kes

NIK1420123106993012

PERNYATAAN PENGUJI

Laporan Studi Kasus berjudul “**Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.M di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Tahun 2018**” ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Diploma D III Keperawatn STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

Ns. Kalpana Kartika, M.Si

NIK: 1440115108005038

Bukittinggi, Agustus 2018

Pembimbing,

Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIK: 14201006037395017



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Pribadi :

- 1.) Nama : **Mustapa**
- 2.) Nim : 1714401136
- 3.) Tempat/Tgl.Lahir : Musi Rawas, 07 Oktober 1967
- 4.) Jenis Kelamin : Laki-Laki
- 5.) Status : Kawin
- 6.) Alamat : Tanjung Beringin VI, Nagari Lunang Selatan,
Kec. Lunang Kab. Pesisir Selatan. Sumatera Barat
- 7.) No. Hp : 081374348833

B. Rwayat Pendidikan :

| No | Jenjang Pendidikan | Tahun Lulus |
|----|--|-------------|
| 1 | SD No.1 Pasar kambang Kab.Pesisir selatan | 1981 |
| 2 | SMP Negeri 2 Lubuk Linggau Kab. Musi Rawas | 1984 |
| 3 | SPK Pemda Lubuk Linggau Kab. Musi Rawas | 1987 |

C. Riwayat Pekerjaan :

| No | Nama Pekerjaan | Tempat | Tahun |
|----|-----------------------|----------------------------|-------|
| 1 | Perawat CPNS | Puskesmas Tanjung Beringin | 1991 |
| 2 | Perawat PNS Pelaksana | Puskesmas Tanjung Beringin | 1992 |
| 3 | Perawat Penyelia | Puskesmas Tanjung Beringin | 2015 |

A. Pelatihan yang pernah diikuti :

| No | Nama Pelatihan | Lama | Tempat | Tahun |
|----|---|--------------------------|---|-------|
| 1 | Pelatihan Pra jabatan | 5-5-1992 s/d 6-6-1992 | Padang Besi Padang | 1992 |
| 2 | Pendidikan dan Pelatihan Klinik perawat Puskesmas Perawatan | 600 Jam | RSUD M.Jamil Padang | 1995 |
| 3 | Kesehatan Mata Dasar | 1 Minggu | BKMM | 2002 |
| 4 | Kesehatan Pelayanan Prima | 24 Jam | Dinas Kesehatan Kab. Pesisir selatan | 2005 |
| 5 | Kesehatan Jaminan Mutu | 25 Jam | Dinas Kesehatan Kab. Pesisir selatan | 2005 |

Lunang, Juli 2018
Yang Membuat

MUSTAPA

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala Rahmat Hidayah serta inayah-Nya, Sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.M di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Tahun 2018”. Dengan segala kemampuan yang ada, penulis menyusun karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKES Perintis tahun 2018. Penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua STIKES Perintis.
2. Ns.Endra Amalia, S.Kep, M.kes selaku ketua Prodi DIII keperawatan STIKES Perintis.
3. Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom selaku pembimbing dan penguji II dalam penyusunan karya tulis ilmiah, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
4. Ns. Kalpana Kartika, M.Si selaku dosen penguji I Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh dosen beserta staf STIKES Perintis yang telah memberi bekal ilmu kepada penulis.
6. Keluarga tercinta : Istri dan anak-anak saya yang telah memberikan semangat, do'a, materi, kasih sayang, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan serta dalam penyusunan laporan ini.

7. Teman-teman angkatan 2018 terimakasih atas bantuan, kerjasama dan supportnya.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya sehingga terselesaikannya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa segala sesuatu di dunia ini tiada yang sempurna, maka karya tulis ilmiah ini pun tidak luput dari kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna memperbaiki karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Lunang, Agustus 2018

Penulis

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

Mustapa

NIM : 1714401136

Email : mustapa.ayah@gmail.com

Asuhan Keperawatan Pada Tn, M Diabetes
Millitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Kec. Lunang Kab. Pesisir
Selatan

V + V BAB + 87 Halaman + 1 Gambar + 5 Tabel + 3 Lampiran

ABSTRAK

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolic yang ditanda dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer & Bare, 2015). Dari hasil pengkajian didapatkan beberapa keluhan yang dirasakan Tn. M diantaranya sering buang air kecil pada malam hari, penglihatan kabur, penurunan berat badan sebanyak 5 kg. penyebab diabetes Tn. M adalah karena kebiasaan hidup dan pola makan yang tidak baik. Diagnose yang ditemukan pada Tn. M ada 3 yaitu deficit perawatan diri, kerusakan integritas jaringan berdasarkan adanya luka diabetikum, regimen terapeutik tidak efektif berdasarkan keterbatasan pengetahuan. Intervensi yang direncanakan berdasarkan diagnose keperawatan yang didapatkan sesuai dengan 5 tugas utama yaitu mengenali masalah kesehatan, memutuskan kesehatan, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan masyarakat. Implementasi dilakukan selama 3 hari dimulai tanggal 6 juli sampai 8 juli berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan penyuluhan. Dalam penatalaksanaan implementasi tidak ada masalah karena keluaran yang diharapkan telah terpenuhi. Peneliti melakukan evaluasi kepada Tn. M dan keluarga pada tanggal 6-8 juli setelah selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode SOAP, dibuktikan dengan keluarga mengetahui tentang diabetes mellitus dan luka terlihat sudah bersih dan tidak ada luka.

Kata kunci : Diabetes Millitus, Asuhan Keperawatan, sekresi insulin, deficit perawatan diri, kerusakan integritas jaringan.

Daftar Pustaka : 9 (2010- 2016)

SEKIOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
Scientific Writing, Case Study Report, July 2018

Mustapa

NIM : 1714401136

Email : mustapa.ayah@gmail.com

**Nursing Care InMr.M Diabetes Millitus in the Working Area of
TanjungBeringin Health Center, Kec. LunangKab. Pesisir Selatan**

V + V Chapter + 87Pages + 1 Images + 5 Tables + 3Attachments

ABSTRAK

Diabetes mellitus is a collection of metabolic disorders characterized by an increase in blood glucose levels (hyperglycemia) due to damage to insulin secretion, insulin action or both (Smeltzer& Bare, 2015). From the results of the study, there were several complaints felt by Mr. M. including frequent urination at night, blurred vision, weight loss of 5 kg. the cause of diabetes Mr.M is due to bad habits and eating habits. Diagnose found in Mr. M. There are 3 self-care deficits, damage to tissue integrity based on the presence of diabetic wounds, ineffective therapeutic regimens based on limited knowledge. Planned interventions based on nursing diagnoses are obtained in accordance with 5 main tasks, namely knowing health problems, deciding health, deciding actions, caring for sick family members, modifying the environment and utilizing community services. The implementation is carried out for 3 days starting on July 6 to July 8 based on the nursing intervention that has been made. Implementation is carried out with counseling, discussion, demonstration and counseling methods. In the implementation management there is no problem because the family wants to listen to the counseling provided, want to carry out the demonstration taught. Researchers conducted an evaluation to Mr. and his family on July 6-8 after each implementation by making a progression note with the SOAP method, evidenced by the family knowing about diabetes mellitus and the wound was clean and gauze.

Keywords : Diabetes Millitus, Nursing Care, insulin secretion, self-care deficit, damage to tissue integrity.

Bibliography : 9 (2010- 2016)

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------------|-----|
| Pernyataan Persetujuan | ii |
| Pernyataan Penguji | iii |
| Kata pengantar | iv |
| Daftar Isi | vi |
| Bab I Pendahuluan | 2 |
| Bab II Tinjauan Teoritis | 8 |
| Bab III Tinjauan Kasus | 59 |
| Bab IV Pembahasan | 80 |
| Bab V Kesimpulan dan Saran | 82 |
| Daftar Pustaka | 87 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolic yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer & bare, 2015). Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Hal tersebut dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produk insulin oleh sel beta langerhans kelenjar pankreas atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel tubuh terhadap insulin (Sunaryati dalam Masriadi,2016)

Diabetes merupakan salah satu dari ebrbagai penyakit yang mengancam hidup banyak orang. Laporan statistic *internasional Diabetes Federation (IDF)* mengatakan, ada sekitar 230 juta penderita di dunia ini. Angka tersebut terus bertambah 3% atau sekitar 7 juta orang setiap tahunnya. Jumlah penderita Diabetes diperkirakan akan mencapai 350 juta pada tahun 2025. Seetngah dari angka tersebut berada di Asia terutama India, China, Pakistan, dan Indonesia.*World Health Organization (WHO)* memprediksikan kenaikan jumlah penyandang Diabetes di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030.

Jumlah tersebut menempati urutan ke-4 di dunia setelah India (31,7 juta), Cina (20,8), Amerika Serikat (17,7 juta) (Syafey dalam Masriadi,2016).

Riset Kesehatan Dasar (Risksdes) tahun 2013 mengatakan bahwa wawancara yang dilakukan terhadap responden yang berumur >15 tahun didapatkan hasil prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia yang terdiagnosis dokter sebesar 1,5%. Diabetes Melitus terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 2,1%. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4), dan Kalimantan Timur (2,3%). Sedangkan Sumatera Barat di posisi 10 bersama Jawa Barat, Banten dan Bali dengan persentase masing-masing 1,3%. Prevalensi Diabetes mellitus pada perempuan cenderung lebih tinggi dari pada laki-laki dan meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, namun mulai umur >65 tahun mulai cenderung menurun. Prevalensi Diabetes Melitus di perkotaan cenderung lebih tinggi dari pada pedesaan dan cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi.

Sumatera Barat merupakan salahsatu dari 17 provinsi yang dikategorikan memiliki prevalensi penderita diabetes mellitus lebih tinggi. Tahun 2011 prevalensi penderita diabetes mellitus tipe 2 sebesar 1,2% dan pada tahun 2013 memiliki prevalensi penderita diabetes mellitus tipe 2 sebesar 1,3%. Hal ini membuktikan adanya kenaikan angka penderita diabetes mellitus tipe 2 dari tahun 2011-2013 yaitu prevalensi Nasional sebesar 0,4% dan sumatera barat 0,1% (Rikesdas,2013).

Berdasarkan data yang didapatkan dari pesisitjelatankab.go.id tahun 2015 hipertensi dan diabetes melitus berada pada posisi dua besar yang diderita oleh masyarakat setelah penyakit TB dan berdasarkan data yang di dapatkan puskesmas Lunang diabetes mellitus merupakan kunjungan terbanyak keempat.

Diabetes mellitus memiliki gejala antara lain rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama pada malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur dibawah lipatan kulit. Didefinisikan sebagai diabetes mellitus jika pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter tetapi dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala sering lapar, sering haus, sering buang air kecil dalam jumlah banyak dan berat badan turun (Riskesdes,2013)

Salah satu upaya untuk mengurangi timbulnya tanda dan gejala serta mencegah terjadinya diabetes mellitus adalah dengan melakukan pemeriksaan gula darah secara rutin. Pemeriksaan gula darah biasanya sering dilakukan masyarakat di puskesmas. Puskesmas mempunyai peran penting dalam peningkatan mutu dan daya saing sumber daya manusia di Indonesia maupun internasional serta bertanggung jawab mengupayakan kesehatan pada pada jenjang tingkat pertama dan berkewajiban menanamkan budaya hidup sehat kepada setiap keluarga. Untuk mencapai

tujuan tersebut perlu menyelenggarakan asuhan keperawatan pada keluarga (Sudiharto.2012)

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan bagi penderita diabetes mellitus dalam merawat penyakitnya. Hasil penelitian dari wardani dan isfandiari (2014) mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan pengendalian kadar gula darah yang telah dilakukan di puskesmas Jagir Surabaya menunjukkan bahwa responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga mengalami gejala komplikasi mikrovaskular sebesar 32,4% (11 responden) dan tidak mengalami gejala komplikasi mikrovaskular sebesar 11,7% (4 responden).

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus diabetes mellitus pada keluarga dalam judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Lunang Tahun 2018”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada keluarga dengan diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas tanjung beringin Lunang dengan menggunakan metode ilmiah proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

a. Mampu memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep Diabetes Mellitus dan Keluarga.

- b. Melakukankan pengkajian pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.
- c. Mampu melakukan rumusan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.
- d. Mampu menyusun rencana keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.
- e. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.
- f. Mampu melakukan evaluasi pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.
- g. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas Lunang.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

Laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi penulis untuk menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

2. Bagi petugas kesehatan di wilayah kerja Lunang

Laporan kasus ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam memberikan dan mengembangkan pelayanan terhadap penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan diabetes mellitus.

3. Bagi institusi

Laporan kasus ini dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber pembelajaran di jurusan keperawatan khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

4. Bagi mahasiswa

Laporan kasus ini dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

1. Konsep Keluarga

A. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah yang terdiri dari atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal didalam satu rumah tangga yang sama (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Wall, (1986) dalam Friedman (2010), keluarga adalah sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sebagai sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga.

UU No. 10 Tahun 1992, mengemukakan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, dan anak atau suami istri, atau ayah dan anak-anaknya, atau ibu dan anak-anaknya. Lain halnya menurut BKKBN (1999) dalam Sudiharto (2012), keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertakwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

B. Tipe Keluarga

1) Keluarga Tradisional

a. Keluarga inti

Jumlah keluarga inti yang terdiri dari seorang ayah yang mencari nafkah, seorang ibu yang mengurus rumah tangga dan anak (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Sudiharto (2007), Keluarga inti adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak karena kelahiran (natural) maupun adopsi.

b. Keluarga adopsi.

Keluarga adopsi adalah dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua seterusnya dari orang tua kandung ke orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan yang saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Di satu pihak orang tua adopsi mampu memberi asuhan dan kasih sayangnya bagi anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka (Friedman, 2010).

c. Keluarga besar (Extended Family)

Keluarga dengan pasangan dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak / adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak – anak kemudian dibesarkan oleh generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk pola perilaku mereka

(Friedman, 2010). Sedangkan menurut Sudiharto (2007), keluarga besar adalah Keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga dengan pasangan sejenis.

d. Keluarga dengan orang tua tunggal

Keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan, atau berpisah (Friedman, 2010).

e. Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kerabat, jaringan ini dapat terdiri atas teman – teman seperti mereka yang sama – sama tinggal di rumah pensiun, rumah jompo, atau hidup bertetangga. Hewan pemeliharaan juga dapat menjadi anggota keluarga yang penting (Friedman, 2010).

f. Keluarga orang tua tiri

Keluarga yang pada awalnya mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress. Banyak penyesuaian yang perlu dilakukan dan sering kali individu yang berbeda atau subkelompok keluarga yang baru terbentuk ini beradaptasi dengan kecepatan yang tidak sama. Walaupun seluruh anggota keluarga harus menyesuaikan diri dengan situasi keluarga yang baru, anak -

anak sering kali memiliki masalah koping yang lebih besar karena usia dan tugas perkembangan mereka (Friedman, 2010).

g. Keluarga binuklear

Keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal, dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga (Friedman, 2010).

C. Tahap perkembangan keluarga

1) Tahap I (Keluarga dengan pasangan baru)

Pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai hubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan, perencanaan keluarga (Friedman, 2010).

2) Tahap II (Childbearing family)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci menjadi siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan tahap II adalah membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan

dan kebutuhan berbagai keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas hubungan dengan hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek/nenek (Friedman, 2010).

3) Tahap III (Keluarga dengan anak prasekolah)

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2½ tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putrid saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga tahap III adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang, privasi dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat didalam keluarga dan diluar keluarga (Friedman, 2010).

4) Tahap IV (Keluarga dengan anak sekolah)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga maksimal dan hubungan keluarga pada tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV adalah menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan restasi,

mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Friedman, 2010).

5) Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama, jika anak tetap tinggal dirumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tujuan utama pada keluarga pada tahap anak remaja adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda (Friedman, 2010).

6) Tahap VI (keluarga melepaskan anak dewasa muda)

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tugas keluarga pada tahap ini adalah memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami dan istri yang sudah menua dan sakit (Friedman, 2010).

7) Tahap VII (Orang tua paruh baya)

Merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orangtua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan (Friedman, 2010).

8) Tahap VIII (Keluarga lansia dan pensiunan)

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai salah satu kehilangan pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan lain. Tujuan perkembangan tahap keluarga ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan (Friedman, 2010).

D. Peran perawat keluarga

Ada tujuh peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2012) adalah sebagai berikut:

1) Sebagai pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan

2) Sebagai koordinator pelaksan pelayanan kesehatan

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan.

3) Sebagai pelaksana pelayanan perawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi “entry point” bagi perawatan untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.

4) Sebagai supervisor pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

5) Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi system pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga

terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

6) Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah.

7) Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul didalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan bertujuan memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal, setiap individu didalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh hal-hal yang sifatnya negative sehingga memiliki kemampuan berpikir yang cerdas.

2. Konsep Hipertensi

A. Pengertian

Diabetes Mellitus adalah sekelompok kelainan yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah atau hiperglikemia. (Smeltzer and Bare, 2002).

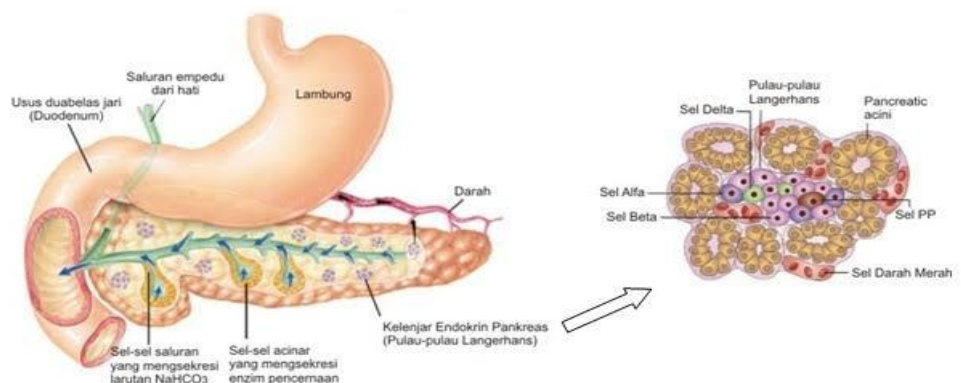
Diabetes Mellitus merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. (www.medicastore.com).

Diabetes Mellitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia atau peninggian kadar gula darah akibat gangguan pada pengeluaran (sekresi insulin), kerja insulin atau keduanya, hiperglikemia kronik nantinya dapat menyebabkan kerusakan jangka panjang dan gangguan fungsi organ-organ terutama mata, ginjal, syaraf, jantung dan pembuluh darah. (Elvina, 2002).

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya.

(Sudoyo, Aru W. 2006)

B. Anatomi Fisiologi



Gambar 1. Gambar Anatomi Pankreas (Sumber... Agur, Anne M.R. & Arthur FD. *Grant's Atlas Anatomy*, 12th ed. Wolters Kluwer, Canada. 2009. Hal. 135).

Anatomi

a. Struktur Pankreas terdiri dari :

1. Kepala pankreas

Merupakan bagian yang paling lebar, terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum dan yang praktis melingkarinya.

2. Badan pankreas

Merupakan bagian utama pada organ itu dan letaknya di belakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.

3. Ekor pankreas

Merupakan bagian yang runcing di sebelah kiri dan yang sebenarnya menyentuh limfa.

b. Saluran Pankreas

Pada pankreas terdapat dua saluran yang mengalirkan hasil sekresi pankreas ke dalam duodenum :

1. Ductus Wirsung, yang bersatu dengan ductus choleducus, kemudian masuk ke dalam duodenum melalui sphincter oddi

2. Ductus Sartomi, yang lebih kecil langsung masuk ke dalam duodenum di sebelah atas sphincter oddi.

c. Jaringan pankreas

Ada 2 jaringan utama yang menyusun pankreas :

1. Asim berfungsi untuk mensekresi getah pencernaan dalam duodenum.

2. Pulau langerhans

d. Pulau-pulau langerhans

1. Hormon-hormon yang dihasilkan

a) Insulin

Adalah suatu polipeptida mengandung dua rantai asam amino yang dihubungkan oleh gambaran disulfide.

b) Enzim utama yang berperan adalah insulin protease, suatu enzim di membran sel yang mengalami internalisasi bersama insulin.

c) Efek faali insulin yang bersifat luas dan kompleks.

2. Efek-efek tersebut biasanya dibagi:

a) Efek cepat (detik)

Peningkatan transport glukosa, asam amino dan K^+ ke dalam sel peka insulin.

b) Efek menengah (menit)

Stimulasi sintesis protein, penghambatan pemecahan protein, pengaktifan glikogen sintesa dan enzim-enzim glikolitik.

c) Efek lambat (jam)

3. Peningkatan Messenger Ribonucleic Acid (MRNA) enzim lipogenik dan enzim lain. Pengaturan fisiologi kadar glukosa darah sebagian besar tergantung dari:

a) Ekstraksi glukosa

b) Sintesis glikogen

c) Glikogenesis

4. Glukogen

Molekul glukogen adalah polipeptida rantai lurus yang mengandung 29 n residu asam amino dan memiliki 3485 glukogen merupakan hasil dari sel-sel alfa, yang mempunyai prinsip aktivitas fisiologi meningkatkan kadar glukosa darah.

a) Somatostatin

Somatostatin menghambat sekresi insulin, glukogen dan polipeptida pankreas dan mungkin bekerja di dalam pulau-pulau pankreas.

b) Polipeptida pankreas

Polipeptida pankreas manusia merupakan suatu polipeptida linear yang dibentuk oleh sel pulau langerhans.

Fisiologi

a. Fungsi eksokrin pancreas

Getah pankreas mengandung enzim-enzim untuk pencernaan ketiga jenis makanan utama, protein, karbohidrat dan lemak. Ia juga mengandung ion bikarbonat dalam jumlah besar, yang memegang peranan penting dalam menetralkan timus asam yang dikeluarkan oleh lambung ke dalam duodenum.

Enzim-enzim proteolitik adalah tripsin, kemotripsin, karboksi, peptidase, ribonuklease, deoksiribonuklease. Tiga enzim pertama memecahkan keseluruhan dan secara parsial protein yang dicernakan,

sedangkan nuclease memecahkan kedua jenis asam nukleat, asam ribonukleat dan deoksinukleat.

Enzim pencernaan untuk karbohidrat adalah amylase pankreas, yang menghidrolisis pati, glikogen dan sebagian besar karbohidrat lain kecuali selulosa untuk membentuk karbohidrat, sedangkan enzim untuk pencernaan lemak adalah lipase pankreas yang menghidrolisis lemak netral menjadi gliserol, asam lemak dan kolesterol ester yang menyebabkan hidrolisis ester-ester kolesterol

b. Fungsi endokrin pankreas

Tersebar diantara alveoli pankreas, terdapat kelompok kelompok sel epitelium yang jelas, terpisah dan nyata. Kelompok ini adalah pulau-pulau kecil / kepulauan langerhans yang bersama-sama membentuk organ endokrin.

C. Patofisiologi dan WOC

Diabetes Mellitus mengalami defisiensi insulin, menyebabkan glikogen meningkat, sehingga terjadi proses pemecahan gula baru (glukoneogenesis) yang menyebabkan metabolisme lemak meningkat. Kemudian terjadi proses pembentukan keton (ketogenesis). Terjadinya peningkatan keton didalam plasma akan menyebabkan ketonuria (keton dalam urin) dan kadar natrium menurun serta pH serum menurun yang menyebabkan asidosis.

Defisiensi insulin menyebabkan penggunaan glukosa oleh sel menjadi menurun, sehingga kadar gula dalam plasma tinggi

(Hiperglikemia). Jika hiperglikemia ini parah dan melebihi ambang ginjal maka akan timbul Glukosuria. Glukosuria ini akan menyebabkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran kemih (poliuri) dan timbul rasa haus (polidipsi) sehingga terjadi dehidrasi.

Glukosuria mengakibatkan keseimbangan kalori negatif sehingga menimbulkan rasa lapar yang tinggi (polipagi). Penggunaan glukosa oleh sel menurun mengakibatkan produksi metabolisme energi menjadi menurun, sehingga tubuh menjadi lemah. Hiperglikemia dapat mempengaruhi pembuluh darah kecil, arteri kecil sehingga suplai makanan dan oksigen ke perifer menjadi berkurang, yang akan menyebabkan luka tidak cepat sembuh, karena suplai makanan dan oksigen tidak adekuat akan menyebabkan terjadinya infeksi dan terjadinya gangguan.

Gangguan pembuluh darah akan menyebabkan aliran darah ke retina menurun, sehingga suplai makanan dan oksigen ke retina berkurang, akibatnya pandangan menjadi kabur. Salah satu akibat utama dari perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktur dan fungsi ginjal, sehingga terjadi nefropati. Diabetes mempengaruhi syaraf-syaraf perifer, sistem syaraf otonom dan sistem syaraf pusat sehingga mengakibatkan neuropati. (Price, 2000)

D. Penatalaksanaan

Pengobatan bertujuan untuk mengurangi gejala-gejala, mengusahakan keadaan gizi dimana berat badan ideal dan mencegah

terjadinya komplikasi. Secara garis besar pengobatannya dilakukan dengan:

1. Diet

Disesuaikan dengan keadaan penderita

Prinsip umum : diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini :

- a. Memberikan semua unsur makanan esensial (misal : vitamin dan mineral)
- b. Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai
- c. Memenuhi kebutuhan energi
- d. Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis.
- e. Menurunkan makan pada penderita DM

Pencernaan makan pada penderita DM

1) Kebutuhan kalori

Tujuan yang paling penting adalah pengendalian asupan kalori total untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang sesuai dan pengendalian kadar glukosa darah. Rencana makan bagi penyandang diabetes juga memfokuskan presentase kalori yang berasal dari karbohidrat, protein dan lemak. Ada 2 tipe karbohidrat yang utama, yaitu :

- a. Karbohidrat kompleks (seperti : roti, sereal, nasi dan pasta)
- b. Karbohidrat sederhana (seperti : buah yang manis dan gula) Jumlah kalori diperhitungkan sebagai berikut :

(1) $BB \text{ ideal} = (TB \text{ cm} - 100) \text{ kg} - 10 \%$. pada waktu istirahat, diperlukan 25 kkal/kg BB ideal

(2) Kemudian diperhitungkan pula Aktivitas, kerja ringan : ditambah 10 – 20 %, kerja sedang ditambah 30 %, kerja berat ditambah 50 % dan kerja berat sekali ditambah 20 – 30 %).
Stress : ditambah 20 – 30 %, hamil trimester 2 – 3 ditambah 400 kal dan laktasi ditambah 600 kal.

2) Karbohidrat

Tujuan diet ini adalah meningkatkan konsumsi karbohidrat kompleks (khususnya yang berserat tinggi) seperti roti, gandum utuh, nasi beras tumbuk, sereal dan pasta / mie yang berasal dari gandum yang masih mengandung bekatul. Karbohidrat sederhana tetap harus dikonsumsi dalam jumlah yang tidak berlebihan dan lebih baik jika dicampur ke dalam sayuran atau makanan lain daripada dikonsumsi secara terpisah.

3) Lemak

Pembatasan asupan total kolesterol dari makanan hingga $< 300 \text{ mg/hr}$ untuk membantu mengurangi faktor resiko, seperti kenaikan kadar kolesterol serum yang berhubungan dengan proses terjadinya penyakit koroner yang menyebabkan kematian pada penderita diabetes.

4) Protein

Makanan sumber protein nabati (misal : kacang-kacangan dan biji-bijian yang utuh) dapat membantu mengurangi asupan kolesterol serta lemak jenuh. (Brunner & Suddarth, 2002)

2. Olah raga / latihan

Sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena afeknya 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. Latihan ini sangat bermanfaat pada penderita diabetes karena dapat menurunkan BB, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Mengubah kadar lemak darah yaitu meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL)-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida.

Meskipun demikian penderita diabetes dengan kadar glukosa >250mg/dl (14 mmol/dL) dan menunjukkan adanya keton dalam urine tidak boleh melakukan latihan sebelum pemeriksaan keton urine memperlihatkan hasil negatif dan kadar glukosa darah telah mendekati normal. Latihan dengan kadar glukosa darah yang tinggi akan meningkatkan sekresi glukogen, Growth Hormone (GH) dan katekolamin. Peningkatan hormon ini membuat hati melepas lebih banyak glukosa sehingga terjadi kenaikan kadar glukosa darah.

3. Obat-obatan

Obat antidiabetik oral, dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Golongan sulfonilurea

1) Cara kerja :

- a) Merangsang sel beta pancreas untuk mengeluarkan insulin, jadi hanya bekerja bila sel-sel beta utuh.
- b) Menghalangi pengikatan insulin.
- c) Mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin.
- d) Menekan pengeluaran glukogen.

2) Indikasi

- a) Bila BB ideal \pm 10% dan BB ideal
- b) Bila kebutuhan insulin $<$ 40 u/hr
- c) Bila tidak ada stress akut, misal: infeksi berat / operasi
- d) Dipakai pada diabetes dewasa, baru dan tidak pernah ketoasidosis sebelumnya

3) Efek samping

- a) Mual, muntah, sakit kepala, vertigo dan demam
- b) Dermatitis, pruritus
- c) Lekopeni, trombositopeni, anemia

4) Kontra indikasi

Penyakit hati, ginjal dan thyroid

b. Golongan biguanid

Tidak sama dengan sulfonilurea, karena tidak merangsang sekresi insulin.

- 1) Menurunkan kadar GD menjadi normal dan istimewanya tidak menyebabkan hipoglikemia
- 2) Cara kerja belum diketahui secara pasti, tetapi jelas terdapat:
 - a) Gangguan absorpsi glukosa dalam usus
 - b) Peningkatan kecepatan ambalan glukosa dalam otot
 - c) Penurunan glukoneogenesis dalam hepar
- 3) Efek samping :
 - a) Nausea
 - b) Muntah
 - c) Diare

c. Insulin

- 1) Indikasi
 - a) Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM / NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis
 - b) Diabetes yang masuk dalam klasifikasi IDDM yaitu juvenile diabetes
 - c) Penderita yang kurus
 - d) Bila dengan obat oral tidak berhasil
 - e) Kehamilan

f) Bila ada komplikasi mikroangiopati, misal: retinopati / nefropati

2) Jenis insulin

a) Yang kerjanya cepat: reguler insulin (RI) masa kerja 2-4 jam

b) Yang kerjanya sedang : NPH dengan masa kerja 6-12 jam

c) Yang kerjanya lambat : protamine zinc insulin (PZI) monotard ultralente (MC) masa kerja 18-24 jam

3) Efek samping

a) Lipodistrofi : atrofi jaringan subkutan pada tempat penyuntikan

b) Hipoglikemia : dosis insulin berlebih atau kebutuhan insulin yang berkurang

c) Reaksi alergi

d) Resistensi terhadap insulin

E. Komplikasi

Komplikasi DM terbagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis (jangka panjang) :

1. Komplikasi akut

adalah komplikasi akut pada DM yang penting dan berhubungan dengan keseimbangan kadar glukosa darah dalam jangka waktu pendek, ketiga komplikasi tersebut adalah :

a. Diabetes Ketoasidosis (DKA)

Ketoasidosis diabetik merupakan defisiensi insulin berat dan akut dari suatu pengalaman penyakit DM. Diabetik ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. (Smeltzer, 2000)

b. Koma Hiperosmolar Non Ketotik (KHN)

Koma hiperosmolar non ketotik merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran. Salah satu perubahan utamanya dengan DKA adalah tidak tepatnya ketosis dan asidosis pada KHN. (Brunner & Suddarth, 2002)

c. Hipoglikemia

Terjadi kalau kadar glukosa darah turun dibawah 50 hingga 60 mg/dl (2,7 hingga 3,3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan konsumsi makan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari.

2. Komplikasi kronis

Diabetes Mellitus pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah di seluruh bagian tubuh (Angiopati Diabetik) dibagi menjadi 2 :

a. Mikrovaskuler

Penyakit mikrovaskuler diabetik (mikroangiopati) ditandai oleh penebalan membran basalis pembuluh kapiler. Membran basalis

mengelilingi sel-sel endotel kapiler. Ada dua tempat dimana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius. Kedua tempat tersebut adalah mikrosirkulasi retina mata dan ginjal.

1) Penyakit ginjal

Salah satu akibat utama dari perubahan-perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktural dan fungsi ginjal, bila kadar glukosa dalam darah meningkat, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang menyebabkan kebocoran protein darah dalam urine.

2) Penyakit mata

Penderita DM akan mengalami gejala penglihatan sampai kebutaan, keluhan penglihatan kabur tidak selalu disebabkan neuropati. Katarak disebabkan karena hiperglikemia yang berkepanjangan, menyebabkan pembengkakan lensa dan kerusakan lensa.

3) Neuropati

Diabetes dapat mempengaruhi saraf-saraf perifer, sistem saraf otonom medulla spinallis atau sistem saraf pusat. Akumulasi sorbitol dan perubahan-perubahan metabolik lain dalam sintesa fungsi myalin yang dikaitkan dengan hiperglikemia dapat menimbulkan perubahan kondisi saraf. Neuropati diabetes mengacu kepada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe syaraf, termasuk syaraf perifer (sensori motor), otonom,

dan spiral. Neuropati perifer sering mengenai bagian distal serabut syaraf, khususnya syaraf ekstremitas bawah. Kelainan ini mengenai kedua sisi tubuh dengan distribusi yang simetris dan secara progresif dapat meluas ke arah proksimal. Gejala permulaan adalah parestesia (rasa tertusuk-tusuk, kesemutan, atau peningkatan kepekaan) dan rasa terbakar (khususnya pada malam hari). Dengan bertambahnya lanjutannya neuropati, kaki terasa baal (matirasa). Penurunan sensibilitas nyeri dan suhu membuat penderita neuropati beresiko mengalami cedera dan infeksi pada kaki tanpa diketahui. (Smeltzer, 2002)

b. Makrovaskuler

1) Penyakit jantung koroner

Akibat kelainan fungsi pada jantung akibat diabetes maka terjadi penurunan kerja jantung untuk memompakan darahnya ke seluruh tubuh sehingga tekanan darah akan naik. Lemak yang menumpuk dalam pembuluh darah menyebabkan mengerasnya arteri (arteriosclerosis) dengan resiko penderita penyakit jantung koroner atau stroke.

2) Pembuluh darah kaki

Timbul karena adanya anasthesia fungsi saraf-saraf sensorik, keadaan ini menyebabkan gangren infeksi dimulai dari celahcelah kulit yang mengalami hipertropi, pada sel-sel kuku

kaki yang menebal dan halus demikian juga pada daerah-daerah yang terkena trauma.

3) Pembuluh darah ke otak

Pada pembuluh darah otak dapat terjadi penyumbatan sehingga suplai darah ke otak menurun. (Long, 1996)

F. Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian

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

a. Data umum

- 1) Yang perlu dikaji 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 karna factor usia berpengaruh terhadap terjadinya diabetes mellitus dan usia dewasa tua (>40 tahun) adalah resiko tinggi diabetes mellitus (Harmoko,2012)

2) Genogram

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

3) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta masalah dan kendala yang terjadi pada keluarga tersebut. Biasanya terjadi dalam bentuk keluarga apapun.

4) Suku

Mengkaji asal usul suku yang dianut oleh keluarga saat mengidentifikasi budaya suku bangsa dan kebiasaan adat penderita tersebut terkait dengan penyakit diabetes mellitus.

5) Agama

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

6) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang.

Diabetes mellitus terjadi pada keluarga yang mempunyai status social ekonomi menengah keatas. Karena factor lingkungan dan gaya hidup yang kurang sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas fisik, dan stress berperan penting sebagai pemicu diabetes mellitus (Friedmann,2010)

7) Aktivitas rekreasi keluarga

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

b. 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 mellitus adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu suatu kemunduran fungsi diem organ tubuh, termasuk penurunan fungsi dari sel 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. Biasanya keluarga dengan diabetes mellitus kurang peduli terhadap pengontrolan kadar gula darah yaitu belum menimbulkan komplikasi lain.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang bisa 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 perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri untuk mengetahui kemungkinan jika diabetes mellitus yang terjadi pada pasien merupakan factor keturunan.

c. Lingkungan

1) 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 (Friedmann,2010)

2) Karakteristik tetangga

Meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat, budaya yang mempengaruhi kesehatan penderita diabetes mellitus.

3) Mobilitas geografis keluarga

Dilihat dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat tinggi

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

5) Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, psikologis, atau pendukung dari anggota keluarga.

d. Struktur keluarga

Menjelaskan mengenai pola komunikasi keluarga dalam mengendalikan atau mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Gambaran diri anggota keluarga dari anggota keluarga. Perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga. Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh anggota keluarga saling asuh dan saling dukung

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta menerima dan memberi cinta.

3) Fungsi perawatan keluarga

a) Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

b) Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

c) Mengetahui sejauh mana keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus

d) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat.

e) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung terhadap kesehatan seseorang

4) Fungsi reproduksi

Berapa jumlah anak, apa rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi ekonomi

Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan.

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan

2) Stressor jangka panjang

Memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap sensor

4) Strategi coping yang digunakan

5) Strategi adaptasi disfungsional

g. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan TTV.

2) Kepala dan leher biasanya penderita diabetes memiliki penglihatan yang kabur

3) System integument

Biasanya ditemukan turgor kulit menurun , kulit jering dan gatal.

4) System pernafasan

Biasanya mudah terinfeksi pada system pernafasan.

5) System kardiovaskuler

Biasanya ditemukan perfusi jaringan menurun nadi lemah, hipotensi,aritmia.

6) System gastrointestinal

Biasanya akan terjadi polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, perubahan berat badan.

7) System perkemihan

Biasanya terjadi poliuri, retensio urin, rasa panas dan sakit saat berkemih.

8) System muskuluskeletal

Biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran masa otot, cepat lelah, rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

2. Kemungkinan diagnose yang muncul

- a. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- b. Nutrsisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

c. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sak

3. Intervensi keperawatan

| DATA | DIAGNOSA (NANDA&INCP) | TUJUAN | NOC | NIC |
|--|---|---|---|---|
| <p>Contoh data pendukung terhadap masalah psikososial keluarga yang mempunyai anak cacat lahir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perasaan cemas • Perasaan bersalah terhadap penyakit yang dialami anaknya • Tidak ada harapan • Merasa tidak berdaya • Mengingkari masalah kesehatan yang ada • Tidak mampu mengakui dampak penyakit • Menurunnya minat untuk melakukan kegiatan sehari-hari • Menolak mengunjungi layanan kesehatan • Mengabaikan perawatan yang | <p>Dari data yang disajikan ada 2 kemungkinan diagnosis keperawatan yaitu:</p> <p>Domain 9: koping/toleransi stress</p> <p>Kelas 2 : Respon koping :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan koping keluarga (00073) <p>Diagnosa lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas (00146) | <p>Keluarga memiliki koping yang adaptif</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, keluarga mampu mengenal tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mekanisme pertahanan diri (koping) • Tanda dan gejala koping adaptif • Penyakit fisik yang sedang dialami anggota keluarga | <p>1. Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1 Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku. Hasil yang menggambarkan sikap, pemahaman, dan tindakan terhadap kesehatan dan penyakit.</p> <p>Level 2 Kelas S : pengetahuan kesehatan. Hasil yang menggambarkan pemahaman keluarga dalam pemanfaatan informasi untuk meningkatkan, mempertahankan, dan perbaikan kesehatan.</p> <p>Level 3 Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1803 pengetahuan tentang proses | <p>1. Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1 Domain 3 : Perilaku. Memberikan dukungan fungsi psikososial dan memfasilitasi perubahan gaya hidup</p> <p>Level 2 Kelas S : penkes Intervensi yang memfasilitasi keluarga untuk belajar.</p> <p>Level 3: Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5510 penkes Pengajaran Proses penyakit yang dialaminya (hal 210) |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>dibutuhkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan dasar klien tidak terpenuhi • Keluarga cenderung mengabaikan hubungan dengan anggota keluarga yang lain • Keluarga cenderung resisten terhadap perawatan anaknya • Keluarga menghindari sosialisasi dengan tetangga/orla | | <p>Setelah dilakukan kunjungan, keluarga dapat mengambil keputusan untuk mengatasi tidak efektifnya koping dalam keluarga</p> | <p>penyakit (hal 308)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1862 pengetahuan manajemen stress (hal 344) <p>2. Keluarga mampu memutuskan</p> <p>Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku.</p> <p>Kelas Q : Perilaku kesehatan. Hasil yang menggambarkan tindakan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1606 berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan (hal 407) <p>Kelas R : keyakinan kesehatan. Hasil yang menggambarkan ide dan persepsi keluarga yang</p> | <p>2. Keluarga mampu memutuskan</p> <p>Kelas P : terapi kognitif. Intervensi yang dilakukan untuk memperkuat atau meningkatkan kognitif yang diinginkan atau mengubah kognitif yang tidak diinginkan.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4700 restrukturisasi kognitif (hal 124b) <p>Kelas R : bantuan koping. Intervensi untuk membantu diri sendiri membangun kekuatan, beradaptasi dengan perubahan fungsi, atau mencapai fungsi yg lebih tinggi.</p> |
|---|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Setelah dilakukan kunjungan rumah, keluarga dapat menunjukkan perilaku yang adaptif saat merawat anggota</p> | <p>mempengaruhi perilaku sehat.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1700 keyakinan kesehatan (hal 243) <p>3. Keluarga mampu merawat</p> <p>Domain III : kesehatan psikososial. Hasil yang menggambarkan psikologikal dan fungsi social.</p> <p>Kelas M : kesejahteraan psikologis. Hasil ini menggambarkan kesehatan emosi dan persepsi. hasil : -1211 tingkat kecemasan (hal 93) -1201 harapan (hal 252) -1209 motivasi (hal 368-369)</p> <p>Kelas N: Adaptasi Psikososial Hasil menggambarkan adaptasi keluarga terhadap perubahan kesehatan.</p> | <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5250 dukungan membuat keputusan (hal 139b) • 5310 membangun harapan (218b , 504) <p>3. Keluarga mampu merawat</p> <p>Kelas O : terapi perilaku . Intervensi yang dilakukan untuk memperkuat atau meningkatkan perilaku yang diinginkan atau mengubah perilaku yang tidak diinginkan.</p> <p>Level 3</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4352 manajemen perilaku (berlebih/kurang perhatian) ha 92-93b • 4410 Bantuan untuk memodifikasi diri untuk mencapai tujuan/harapan (hal 270b) |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Hasil: -1302 koping (hal 188) -1310 resolusi perasaan bersalah (hal 241-242)</p> <p>Kelas O: Pengendalian Diri Hasil menggambarkan kemampuan keluarga untuk menahan perilaku yang kemungkinan secara fisik dapat berbahaya bagi diri maupun orang lain.</p> <p>Hasil : -1409 pengendalian kecemasan (hal 195)</p> <p>Kelas P: interaksi social Hasil menggambarkan bagaimana hubungan keluarga dengan yang lainnya.</p> <p>Hasil -1500 kedekatan orang tua dan anak (hal 393) -1502 interaksi social (hal 526) -1504 dukungan social (hal 518)</p> | <ul style="list-style-type: none"> 4480 Fasilitasi peningkatan tanggung jawab terhadap perilaku diri (hal 341-342b) <p>Level 1 : Domain 5 : Keluarga. Perawatan yang memberikan dukungan pada keluarga. Kelas X : lifespan care. Intervensi untuk memfasilitasi fungsi keluarga dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarga sepanjang kehidupannya Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 7040 dukungan pemberi perawatan (113b, 473, 474) 7100 peningkatan integritas keluarga (hal 189b, 492, 493) 7130 mempertahankan proses keluarga (hal 492, 493) 7140 dukungan keluarga (hal 193-194b, 492) 7150 terapi keluarga (hal 491) 5370 peningkatan peran (hal 331b) |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Domain IV: kesehatan keluarga hasilnya menggambarkan status keluarga, perilaku atau fungsi keluarga secara keseluruhan atau sebagai individu yang merupakan sebagai anggota keluarga.</p> <p>Kelas W : penampilan caregiver/pengasuh</p> <p>Hasil : -2204 hubungan pengasuh dengan klien (hal 121) -2208 stressor pengasuh (hal 126b)</p> <p>Kelas X : Keluarga sejahtera. Hasil menggambarkan lingkungan keluarga, status kesehatan, kompetensi social keluarga sebagai suatu unit.</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <p>Setelah dilakukan kunjungan 2 X 45 menit, keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang dapat membantu meningkatkan koping keluarga untuk beradaptasi merawat keluarga yang sakit.</p> | <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2600 koping keluarga (217-218) • 2602 fungsi keluarga (hal 218-219) • 2603 integritas keluarga (hal 221b) • 2609 dukungan keluarga selama perawatan (hal 228b) <p>4.Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku.</p> <p>Kelas T :</p> <p>Kontrol risiko dan keamanan. Hasil yang menggambarkan status keamanan individu/keluaga dan tindakan untuk mencegah, mengurangi, atau mengontrol ancaman kesehatan.</p> <p>Hasil:</p> | <p>4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain 4 : Keamanan. Dukungan yang diberikan untuk melindungi dari bahaya</p> <p>Kelas V: .</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Setelah dilakukan kunjungan, keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk membantu meningkatkan koping mekanisme</p> | <p>Pengendalian factor resiko Lingkungan rumah yang aman</p> <p>Domain V: kesehatan yang dirasakan Hasil yang menggambarkan kesehatan personal dan pelayanan kesehatan.</p> <p>tindakan untuk mencegah, mengurangi, atau mengontrol ancaman kesehatan.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1902 pengendalian factor resiko (hal 435-436b) 1910 lingkungan rumah yang <p>5.Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Domain V :</p> <p>Kesehatan yang dirasakan</p> <p>Kelas EE : kepuasan dalam</p> | <p>Managemen risiko. Intervensi untuk mengurangi risiko dan pemantauan secara kontinu terhadap risiko.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 6487 manajemen lingkungan : mencegah kekerasan (179-180b) 6340 mencegah bunuh diri (hal 360-361b, 470, 490, 552) <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Domain 6 : Sistem kesehatan</p> <p>Intervensi untuk mendukung</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | keluarga dalam merawat anggota keluarganya | <p>merawat</p> <p>Hasil :</p> <p>3000 kepuasan klien : akses menuju sumber pelayanan (hal 140b)</p> <p>3005 kepuasa klien : bantuan fungsional (hal 146b)</p> <p>3009 kepuasan klien : terhadap pelayanan psikososial (hal 151b)</p> | <p>pemanfaatan pelayanan kesehatan</p> <p>Kelas b : managemen informasi .</p> <p>Intervensi untuk memfasilitasi komunikasi tentang pelayanan kesehatan.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7910 konsultasi (hal 131b, 474) • 8100 rujukan (hal 320b,477, 484) |
| <p>Data pendukung masalah Rematik:</p> <p>1.Nyeri pada seluruh persendian</p> <p>2.Pada lutut kanan terdapat warna kemerahan, nyeri,teraba hangat dan bengkak</p> <p>3.Skala nyeri 8 (1-10)</p> <p>4.Wajah meringis kesakitan</p> | <p>Domain 4: Aktivitas/istirahat</p> <p>Kelas 2: Aktivitas/latihan</p> <p>Hambatan mobilitas fisik (00085)</p> | <p>Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan</p> | <p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <p>Level 1, Domain IV:Pengetahuan & perilaku</p> <p>Hasil yang menggambarkan sikap, komprehension dan tindakan yang mendukung kesehatan</p> <p>Level 2,Kelas S: Pengetahuan kesehatan</p> <p>Hasil yang menggambarkan pemahaman individu dalam menerapkan informasi ttg peningkatan kesehatan,</p> | <p>Keluarga mampu mengenal masalah:</p> <p>Level 1, Domain 1: Fisiologis</p> <p>Level 2, Kelas A: Aktifitas dan Latihan</p> <p>Level 3: Intervensi</p> <p>0140:Peningkatan mekanik tubuh ((hal.104))</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>5.ADL terbatas</p> <p>6.Tidak tahu dampak dari penyakitnya</p> <p>7.Tidak tahu cara merawat penyakitnya</p> <p>8.Menolak kontrol kesehatan secara rutin ke fasyankes karena tidak ada perbaikan dari penyakitnya.</p> | | | <p>mempertahankan kesehatan dan pemulihan kesehatan</p> <p>Level 3: Intervensi 1827:Pengetahuan : mekanik tubuh (hal.293)</p> <p>Keluarga mampu memutuskan:</p> <p>Level 1, Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku.</p> <p>Level 2, Kelas Q :Perilaku kesehatan. Hasil yang menggambarkan tindakan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.</p> <p>Level 3, Hasil : 1606: Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan(hal.407)</p> <p>Level 2, Kelas R : keyakinan</p> | <p>Keluarga mampu memutuskan:</p> <p>Level 1, Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku.</p> <p>Level 2, Kelas Q :Perilaku kesehatan. Hasil yang menggambarkan tindakan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.</p> <p>Level 3, Hasil : 1606: Berpartisipasi dalam Level 3:Intervensi :</p> <p>5250: Dukungan membuat</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>Keluarga mampu Memodifikasi</p> | <p>kesehatan. Hasil yang menggambarkan ide dan persepsi keluarga yang mempengaruhi perilaku sehat.</p> <p>Level 3, Hasil : 1700 keyakinan kesehatan (243)</p> <p>Keluarga mampu merawat:</p> <p>Level 1, Domain 1: Fungsi Kesehatan</p> <p>Level 2: Kelas C: Mobilisasi</p> <p>Level 3: Intervensi 0200:Ambulasi (hal.90) 0203:Perubahan posisi tubuh (hal.103) 0208:Mobility (hal.366) 0206:Pergerakan persendian (hal.279)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> | <p>keputusan(hal.139)</p> <p>Keluarga mampu merawat:</p> <p>Level 1, Domain 1: Fisiologis</p> <p>Level 2, Kelas A: Aktifitas dan Latihan</p> <p>Level 3: Intervensi 0224:Terapi latihan: Mobilitas sendi (hal.185)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|-------------------|---|--|
| | | <p>lingkungan</p> | <p>Level 1 Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku. Hasil yang menggambarkan sikap, pemahaman, dan tindakan terhadap kesehatan dan penyakit.</p> <p>Level 2 Kelas S : pengetahuan kesehatan. Hasil yang menggambarkan pemahaman keluarga dalam pemanfaatan informasi untuk meningkatkan, mempertahankan, dan perbaikan kesehatan.</p> <p>Level 3: Hasil : 1828:Pengetahuan:Pencegahan jatuh(hal.32)</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:</p> <p>Level 1, Domain IV:Pengetahuan & perilaku Hasil yang menggambarkan sikap,</p> | <p>Level 1 Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku. Hasil yang menggambarkan sikap, pemahaman, dan tindakan terhadap kesehatan dan penyakit</p> <p>Level 2, Kelas T: Kontrol dan keamanan</p> <p>Level 3: Intervensi 6490: Pencegahan jatuh(hal.188)</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:</p> <p>Domain 6 : Sistem kesehatan Intervensi untuk mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan</p> <p>Level 2, Kelas B : manajemen informasi Intervensi untuk memfasilitasi komunikasi tentang pelayanan kesehatan.</p> |
|--|--|-------------------|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>tan</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> | <p>komprehension dan tindakan yang mendukung kesehatan</p> <p>Level 2, Kelas Q:Perilaku sehat Hasil yang menggambarkan tindakan individu untuk meningkatkan dan memulihkan kesehatan.</p> <p>Level 3: Hasil 1603: Perilaku mencari pelayanan kesehatan (hal.248)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <p>Level 1, Domain V : Kesehatan yang dirasakan. Hasil yang menggambarkan kesehatan personal dan pelayanan kesehatan.</p> <p>Level 2, Kelas U : Kesehatan dan kualitas hidup. Hasil yang menggambarkan status kesehatan dan berhubungan dengan keidupan.</p> | <p>Level 3: Intervensi 7910: Konsultasi(hal.131) 8100: Rujukan(hal.320)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <p>Level 1,Domain 4 : Keamanan. Dukungan yang diberikan untuk melindungi dari bahaya</p> <p>Level 2, Kelas V: Manajemen risiko. Intervensi untuk mengurangi risiko dan pemantauan secara kontinu terhadap risiko.</p> |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas keseha</p> | <p>Level 3, Hasil 2009:Status kenyamanan:lingkungan (hal.158)</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:</p> <p>Level 1, Domain IV:Pengetahuan & perilaku Hasil yang menggambarkan sikap, komprehension dan tindakan yang mendukung kesehatan</p> <p>Level 2, Kelas Q:Perilaku sehat Hasil yang menggambarkan tindakan individu untuk meningkatkan dan memulihkan kesehatan.</p> <p>Level 3: Hasil 1603: Perilaku mencari pelayanan kesehatan (hal.248)</p> | <p>Level 3:Intervensi : 482:Manajemen lingkungan: kenyamanan (hal.177)</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan: Domain 6 : Sistem kesehatan Intervensi untuk mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan</p> <p>Level 2, Kelas B : manajemen informasi Intervensi untuk memfasilitasi komunikasi tentang pelayanan kesehatan.</p> <p>Level 3: Intervensi 7910: Konsultasi(hal.131) 8100: Rujukan(hal.320)</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>Data pendukung masalah DM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Sering haus 3. Banyak makan 4. Banyak kencing 5. Kulit gatal-gatal 6. Mudah lelah 7. Mengeluh kakinya kesemutan dan baal 8. Luka pada kaki yang sulit sembuh 9. Keluarga tidak tahu tentang penyakitnya 10. Tidak rutin kontrol kesehatan 11. Tidak tahu cara merawat penyakitnya | <p>Domain2: nutrisi</p> <p>Kelas 1: Makan Ketidakseimbangan nutrisi: Kurang dari kebutuhan tubuh(00002)</p> <p>Kelas 4: Metabolisme Resiko ketidakstabilan</p> | <p>Keluarga mampu mengenal masalah: kadar glukosa darah(00179)</p> <p>Domain 4: Aktivitas/ istirahat</p> <p>Kelas 3: Keseimbangan energi Kelelahan(0009)</p> <p>Domain 11: Keamanan/perlindungan</p> <p>Kelas 2:Cidera fisik Kerusakan integritas kulit(00046)</p> | <p>Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>Level 1, Domain IV:Pengetahuan & perilaku Hasil yang menggambarkan sikap, komprehension dan tindakan yang mendukung kesehatan</p> <p>Level 2,Kelas S: Pengetahuan kesehatan Hasil yang menggambarkan pemahaman individu dalam menerapkan informasi ttg peningkatan kesehatan, mempertahankan kesehatan dan pemulihan kesehatan</p> <p>Level 3: Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1802-Pengetahuan:Pengaturan Diet ➤ 1803-Pengetahuan:Proses Penyakit ➤ 1808-Pengatahuan:Pengobatan ➤ 1820-Pengetahuan:Manajemen DM (307) ➤ 1802: Pengetahuan tentang nutrisi seimbang (316) | <p>Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>Level 1, Domain 3:Perilaku Perawatan dukungan fungsi psikososial dan perubahan gaya hidup</p> <p>Level 2,Kelas S:Pendidikan klien Intervensi Persiapan pembelajaran</p> <p>Level 3: Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 5510: Pendidikan kesehatan (210) ➤ 5602: Pengajaran: Proses penyakit (hal.371) ➤ 5603: Pengajaran: Perawatan kaki ➤ 5618: Pengajaran: Prosedur/pengobatan (hal.382) |
|--|---|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <p>Keluarga mampu memutuskan</p> | <p>➤ 1855:Pengetahuan tentang gaya hidup (317)</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Level 1, Domain IV : Pengetahuan kesehatan dan perilaku.</p> <p>Level 2, Kelas Q : Perilaku kesehatan. Hasil yang menggambarkan tindakan keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan.</p> <p>Level 3, Hasil : ➤ 1606 berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan (161)</p> | <p>Keluarga mampu memutuskan</p> <p>Level 1, Domain 3:Perilaku Perawatan dukungan fungsi psikososial dan perubahan gaya hidup</p> <p>Level 2, Kelas R : bantuan koping. Intervensi untuk membantu diri sendiri membangun kekuatan, beradaptasi dengan perubahan fungsi, atau mencapai fungsi yang lebih tinggi.</p> <p>Level 3: Intervensi: ➤ 5250: Dukungan mengambil keputusan (139) ➤ Penetapan tujuan bersama (270)</p> <p>Level 1 Domain 4 : Keamanan. Dukungan yang diberikan untuk melindungi dari bahaya</p> <p>Level 2, Kelas V: Manajemen risiko.</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Keluarga mampu Merawat anggota keluarga</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> | <p>Keluarga mampu merawat</p> <p>Level 1 Domain II:Kesehatan fisiologis Hasil yang menggambarkan fungsi organ</p> <p>Level 2 kelas K Perencanaan nutrisi</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1, Domain IV:Pengetahuan & perilaku Hasil yang menggambarkan sikap, komprehension dan tindakan yang mendukung kesehatan</p> <p>Level 2,Kelas T:Kontrol resiko</p> | <p>Intervensi untuk mengurangi risiko o dan pemantauan secara kontinu terhadap risiko. ➤ 6610: Identifikasi factor risiko (329)</p> <p>Keluarga mampu merawat</p> <p>Level 1 Domain 1: Fisiologis dasar Perawatan yang mendukung fungsi fisik Level 2 kelas D Dukungan nutrisi</p> <p>3. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1, Domain 1: Fisiologis</p> <p>Level 2, Kelas 2: Aktifitas dan</p> <p>Latihan Level 3: Intervensi ➤ 0200:Olah raga (183)</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> | <p>dan keamanan Hasil yang menggambarkan status keamanan individu dan atau tindakan pencegahan, keterbatasan, atau mengenali ancaman kesehatan</p> <p>Level 3: Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1934: Lingkungan yang sehat ➤ 1910: Lingkungan rumah yang Sehat <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Domain V : Kesehatan yang dirasakan</p> <p>Kelas EE : kepuasan dalam merawat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3000 kepuasan klien : akses menuju sumber pelayanan (hal 140b) • 3005 kepuasa klien : bantuan fungsional (hal 146b) | <p>Level 1, Domain 3: Perilaku</p> <p>Level 2, Kelas X: Lifespan</p> <p>Level 3: Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 7140: Pelibatan keluarga dalam promosi (190) ➤ 7040: Dukungan care giver (113) <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Domain 6 : Sistem kesehatan Intervensi untuk mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan</p> <p>Kelas b : manajemen informasi . Intervensi untuk memfasilitasi komunikasi tentang pelayanan kesehatan.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7910 konsultasi (hal 131b, 474) |
|--|--|---|---|--|

4. Implementasi keperawatan

Menurut padila (2012), tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
- b. Menstimulai keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan
- e. Memotivasi keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan

5. Evaluasi keluarga

Merupakan proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatanya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi (Sudiharto,2012)

BAB III

TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Data umum

1) Biodata

Nama KK : Tn.M

Umur : 78 tahun

Pendidikan :SR

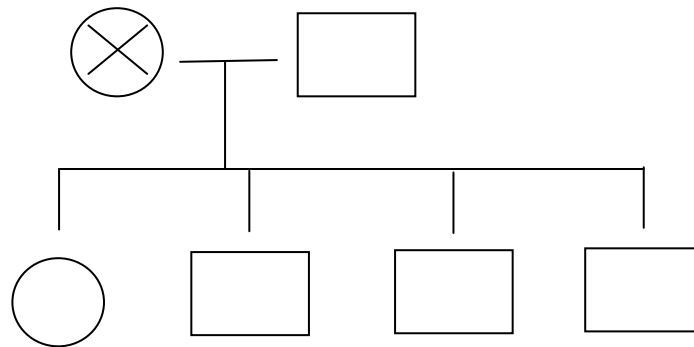
Pekerjaan : tani

Alamat : Tanjung Beringin Tiga, Nagari Lunang

Selatan Kecamatan Lunang.

Komposisi Keluarga

2) Genogram



Ket:

○ : perempuan

□ :laki-laki

3) Tipe keluarga

Tipe keluarga Tn.M adalah keluarga inti dimana hanya terdiri dari tn.M searang sedangkan anak beliau sudah mempunyai keluarga masing-masing.

4) Latar belakang budaya

Suku keluarga Tn.M adalah suku Jawa.Berkomunikasi sehari-hari bahasa minang karna beliau sudah lama tinggal disana.Tn.m sering menggunakan obat warung yang tiga warna jika merasakan nyeri tulang.Tn.M memeriksakan kesehatannya ke dokter di bawa oleh anak beliau.

5) Agama

Agama yang ada di keluarga Tn.M adalah islam. Di dalam keluarga tidak ada perbedaan agama antara anggota keluarga. Dalam keluarga agama dijadikan sebagai dasar keyakinan dalam kehidupan. Sebelum sakit Tn.M melaksanakan sholat 5 waktu di mesjid.

6) Status sosial ekonomi

Tn.M memiliki lahan sawit, hasil panen didapatkan sekitar 2 ton dalam 2x sebulan. Hasil dari sawit Tn.M dapat untuk membiayai kehidupan sehari-hari beliau. Tn.M memiliki kartu BPJS namun beliau tidak menggunakannya dalam berobat.

7) Aktivitas rekreasi atau waktu luang keluarga

Menurut anak beliau Tn.M merupakan orang yang semangat, rajin bekerja dan berolahraga. Waktu luang beliau diisi hanya dengan menonton televisi, beliau jarang melakukan rekreasi keluar rumah.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap keluarga saat ini adalah tahap lansia dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai salah satu

kehilangan pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan lain.

Tujuan perkembangan tahap keluarga ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

a) Meneruskan eksistensi usia lanjut

b) Mempertahankan perawatan diri dan keluarga lainnya turut membantu perawatan lansia

3) Riwayat keluarga inti

Saat ini Tn.M menderita diabetes dengan luka dekubitus di punggung kaki kanannya. Tn.M tergeletak di tempat tidur sejak 25 Juni 2018. Sebelumnya Tn.M tertusuk duri dan dibiarkan saja, setelah luka Tn.M melebar keluarga membawa Tn.M ke dokter umum untuk berobat. Tn.M jarang memeriksakan gula darah ke puskesmas.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Pada semasa hidup istri Tn.M juga mengidap penyakit diabetes mellitus, pada saat pengkajian Tn.M memiliki postur tubuh yang membesar dibelakang pundak dan wajah muka besar (moon face).

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Rumah Tn.M terbuat dari kayu/tidak permanen, berdiri sejak tahun 1974, terdiri dari teras, ruang tamu, dua kamar tidur, satu kamar mandi dan dapur. Cara pengaturan perabotan dipinggirkan agar tidak menghalangi jalan Tn.M. kamar tidur Tn.M terdapat 2 jendela, ventilasi rumah cukup, kondisi dapur gelap karena atap agak pendek dan jendela hanya satu. Sumber air minum dan MCK adalah sumur gali. Sampah dibuang di belakang rumah dibuatkan lubang besar dan dibakar, pembuangan air limbah tidak ada.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Lingkungan tetangga merupakan penduduk bersuku jawa, sama-sama transmigrasi dan disebelah rumah Tn.M merupakan rumah anak beliau yang ketiga Tn.W. hubungan Tn.M dengan tetangga cukup baik, terlihat dari banyaknya tetangga yang berkunjung kerumah Tn.M semenjak beliau sakit.

3) Mobilitas geografis keluarga

Tn.M berasal dari jawa tengah.Pada tahun 1982 Tn.M ikut program transmigrasi ke pulau sumatera tepatnya kabupaten pesisir selatan. Sejak saat itu Tn.M menepati rumah tersebut hingga saat ini.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Pada saat sehat Tn.M mengikuti acara yasinan dan sholat berjemaah di mesjid.

5) Sistem pendukung keluarga

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan anak Tn.M selalu mengantarkan sarapan, makan siang dan makan malam.

d. Struktur keluarga

Pola komunikasi yang digunakan keluarga adalah komunikasi terbuka dimana mereka saling mendengarkan pendapat satu sama lain.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Keluarga Tn.M berpengalaman dengan penyakit diabetes karena dahulu istri Tn.M juga mengalami diabetes. Klien saat ini tinggal sendiri tanpa didampingi anak.

2) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi Tn.M sangat bagus dengan anak-anaknya dan cucu-cucunya.

3) Fungsi perawatan keluarga

Saat ini Tn.M menderita diabetes dengan luka dekubitus di punggung kaki kanannya. Tn.M tergeletak di tempat tidur sejak 25 Juni 2018. Sebelumnya Tn.M tertusuk duri dan dibiarkan saja ,setelah luka Tn.M melebar keluarga membawa Tn.M ke dokter umum untuk berobat.

Kemampuan Keluarga mengenal masalah kesehatan : keluarga Tn.M tidak mengetahui factor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah.

Kemampuan keluarga mengambil keputusan : keluarga jarang berunding tentang pengobatan apa yang seharusnya diberikan kepada Tn.M.

Kemampuan keluarga merawat : keluarga Tn.M tidak mampu merawat Tn.M dengan luka diabetes karna takut akan memberikan tindakan yang salah dan juga keluarga tidak tau kalau kaki tersebut harus digerakkan. Keluarga juga tidak mengetahui diit apa saja yang harus diberikan kepada Tn.M.

Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan : Tn.M kadang-kadang masih merasa tidak dirumahnya karena hanya seorang diri.

Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan : Tn.M jarang memeriksakan gula darah ke puskesmas dan jarang membawa klien untuk berobat ke fasilitas kesehatan terdekat.

4) Fungsi reproduksi

Tn.M memiliki 4 orang anak dari datu orang istri. Sejak istrinya meninggal Tn.M tidak mempunyai rencana untuk menikah lagi.

5) Fungsi ekonomi

Tn.M menggunakan penghasilannya dari panen sawit untuk membeli diapers dan sisanya di simpan saja. Sedangkan untuk makan diantar oleh anak-anaknya.

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Tn.M mencemaskan kakinya yang tak kunjung sembuh.

2) Stressor jangka panjang

Tn.M mencemaskan penyakit diabetesnya. Klien tinggal sendiri tanpa didampingi anak-anaknya, anaknya hanya datang mengantarkan makanan.

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Tn.M meminta pertolongan kepada anak-anaknya untuk diantar berobat.

4) Strategi coping yang digunakan

Tn.M dan anak-anaknya berunding dalam masalah pengobatan Tn.M namun hasilnya Tn.M masih jarang dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat.

g. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Kesadaran : compos mentis

Tinggi badan : 164 cm

Berat badan : 65 kg

Tekanan darah : 140/90 mmhg

Nadi : 84x/i

Suhu tubuh : 37

2) Kepala dan leher

Kepala botak, rambut beruban, tidak ada pembengkakan pada kepala, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.

3) Sistem integument

Turgor kulit menurun, kulit kering, keriput, agak bau. Terdapat dekubitus grade 1 pada bokong dibuktikan dengan adanya warna kehitaman pada area tersebut.

4) Mata

Bersih, penglihatan kabur semenjak 6 bulan yang lalu.

5) Hidung

Bersih, tidak ada secret di hidung, penciuman baik.

6) Telinga

Bersih, tidak ada serumen dan pendengaran baik.

7) Mulut

Terdapat karies dan pasien tidak menggosok giginya

8) Dada

I : simetris, tidak ada ictus cordis

Pa : tidak ada pembesaran/pembenjolan

Pe : bunyi sonor

A : bunyi nafas ronchi (-)

9) Abdomen

I : simetris, tidak asites

Pa : tidak ada nyeri tekan

Pe : bunyi pekak

A : bising usus 3x/10 menit

10) Ekstremitas

Terdapat ganggren basah di seluruh punggung kaki kanan.

2. Analisa Data

| No | Analisa data | Diagnose keperawatan |
|----|--|--|
| 1 | <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none">-klien mengatakan kakinya bau.-klien mengatakan mandi kadang-kadang (1xsehari atau 1x dua hari) <p>Do: tampak pada punggung kaki kanan tampak bengkak dan ada ganggren dan berbau, klien tampak kurang bersih.</p> | Deficit perawatan diri |
| 2 | <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan ada dekubitus di punggung kaki kanan. Awal munculnya karena tertusuk duri namun dibiarkan saja dan sekarang menjadi melebar. Keluarga klien mengatakan tidak tau cara membersihkan dekubitus pada kakinya. Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui dit diabetes.</p> <p>DO:</p> <p>Terdapat ganggren basah di seluruh punggung kaki kanan</p> | Kerusakan integritas jaringan b.d Adanya luka diabetikum |
| 3 | <p>Ds : klien mengatakan dekubitus pada kakinya sudah sejak 6 bulan yang lalu</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">- kaki Tn.M tampak bengkak dan ada ganggren- keluarga Tn.M selalu bertanya tentang kaki beliau yang bengkak | Regimen terapeutik tidak efektif b.d keterbatasan pengetahuan |

3. Intervensi

| Data | Diagnosa | NOC | NIC |
|--|--|--|--|
| <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien mengatakan kakinya bau. -klien mengatakan mandi kadang-kadang (1xsehari atau 1x dua hari) <p>Do: tampak pada punggung kaki kanan tampak bengkak dan ada ganggren dan berbau, klien tampak kurang bersih.</p> | <p>Domain Deficit perawatan diri</p> <p>Kelas Manajemen deficit perawatan diri</p> | <p>Keluarga mampu mengenal tentang deficit perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> -keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengatasi deficit perawatan diri seperti memandikan klien -Keluarga mengetahui pentingnya tentang kebersihan diri. | <p>Keluarga mampu mengenal munculnya deficit perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> -tentukan kemampuan klien untuk menerima informasi yang spesifik -pilih metode pembelajaran yang jelas dan singkat -siapkan lingkungan yang kondusif untuk menerima informasi -evaluasi pencapaian proses pembelajaran - Berikan pembenaran apabila lansia mengalami pemahaman yang kurang tepat tentang terjadinya nyeri -Berikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi tentang terjadinya nyeri |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk memperbaiki kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil keputusan yang tepat untuk perawatan nyeri 2. Mencari informasi yang tepat <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menerima diagnosis penyakit diabetes mellitus b. Mencari informasi tentang diabetes mellitus <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mencari informasi tentang pentingnya kebersihan diri. <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat pelayanan | <p>Keluarga mampu memutuskan untuk memperbaiki kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu keluarga mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif 2. Sediakan informasi yang dibutuhkan keluarga <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan manfaat pentingnya kebersihan diri b. Ajarkan cara memandikan klien dengan diabetes mellitus <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Identifikasi kebutuhan keamanan klien berdasarkan kebutuhan fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Identifikasi lingkungan yang berisiko terhadap keamanan klien |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| | | <p>kesehatan yang sesuai di lingkungan</p> <p>2. Mampu menggunakan strategi untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai</p> | <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan yang terapeutik dengan keluarga 2. Dukung keluarga untuk mengekspresikan perasaan 3. Jelaskan bagaimana perilaku keluarga mempengaruhi lansia |
| <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan ada dekubitus di punggung kaki kanan. Awal munculnya karena tertusuk duri namun dibiarkan saja dan sekarang menjadi melebar. Keluarga klien mengatakan tidak tau cara membersihkan dekubitus pada kakinya. Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui diit diabetes.</p> <p>DO:</p> <p>Terdapat ganggren basah di seluruh punggung kaki kanan</p> | <p>Kerusakan integritas kulit.</p> | <p>Keluarga mampu mengenal tanda-tanda kerusakan integritas kulit.</p> <p>-mengetahui penyebab dan factor integritas kulit</p> <p>-strategi untuk mengelolah kerusakan integritas kulit.</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk memperbaiki kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil keputusan yang tepat untuk perawatan nyeri 2. Mencari informasi yang tepat <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>Domain IV:Pengetahuan</p> | <p>Keluarga mampu memutuskan untuk memperbaiki kesehatan</p> <p>5250: dukungan membuat keputusan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu keluarga mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif 3. Sediakan informasi yang dibutuhkan keluarga <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tentukan lama tindakan sesuai dengan respon verbal dan nonverbal |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>kesehatan dan perilaku Kelas FF : Manajemen kesehatan Manajemen diri: penyakit kronis (3102)</p> <p>a. Menerima diagnosis penyakit kerusakan integritas kulit(1-4) b. Mencari informasi tentang kerusakan integritas kulit (1-4) c. Pemantauan tanda dan gejala kerusakan integritas kulit (1-4) d. Mencari informasi tentang metode untuk mencegah komplikasi kerusakan integritas (1-4) e. Pemantauan tanda dan gejala komplikasi kerusakan integritas (1-4) f. Mengikuti perawatan yang dianjurkan (1-4)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Domain IV : pengetahuan kesehatan dan perilaku Level 2: Pengetahuan kesehatan</p> | <p>b. Evaluasi kondisi umum, keamanan dan kenyamanan setelah tindakan c. Evaluasi dan catat respon setelah tindakan</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>6482: Manajemen keamanan lingkungan a. Identifikasi kebutuhan keamanan klien berdasarkan kebutuhan fisik b. Identifikasi lingkungan yang berisiko terhadap keamanan</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas 7910: Konsultasi: 1. Bina hubungan yang terapeutik dengan keluarga 2. Dukung keluarga untuk mengekspresikan perasaan 3. Jelaskan bagaimana perilaku keluarga mempengaruhi lansia</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>KelasT: kontrol risiko dan keamanan</p> <p>1902 pengendalian faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none">Mencari informasi terbaru tentang risiko kambuhnya nyeriIdentifikasi faktor risikoMenyatakan mampu untuk mengubah perilakuPemantauan faktor lingkungan yang berisiko <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p><i>Kelas Q: Perilaku sehat</i></p> <p>1806: Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan meningkat dari 2 (Pengetahuan terbatas) → 4 (Pengetahuan baik) hal. 316</p> <ol style="list-style-type: none">Terdapat pelayanan kesehatan yang sesuai di lingkunganMampu menggunakan strategi untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>Ds : klien mengatakan dekubitus pada kakinya sudah sejak 6 bulan yang lalu</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kaki Tn.M tampak bengkak dan ada ganggren - keluarga Tn.M selalu bertanya tentang kaki beliau yang bengkak | <p>Regimen terepeutik tidak efektif berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan</p> | <p>Keluarga mampu mengenal pengertian diabetes melitus.</p> <ul style="list-style-type: none"> -mengetahui tanda dan gejala diabetes mellitus -mengetahui penyebab diabetes mellitus <p>Mengetahui komplikasi diabetes melitus</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan untuk memperbaiki kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil keputusan yang tepat untuk perawatan nyeri 2. Mencari informasi yang tepat <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>Domain IV:Pengetahuan kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas FF : Manajemen kesehatan</p> <p>Manajemen diri: penyakit kronis (3102)</p> <ul style="list-style-type: none"> g. Menerima diagnosis penyakit kerusakan integritas kulit(1-4) h. Mencari informasi tentang | <p>Keluarga mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan komplikasi diabetes mellitus.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tentukan kemampuan klien untuk menerima informasi yang spesifik terkait diabetes mellitus. b. Siapkan lingkungan yang kondusif untuk menerima informasi c. Evaluasi pencapaian proses pembelajaran d. Berikan pembenaran apabila lansia mengalami pemahaman yang kurang tepat tentang terjadinya diabetes mellitus. e. Berikan waktu untuk bertanya dan berdiskusi tentang diabetes mellitus. f. Libatkan keluarga jika dibutuhkan <p>Keluarga mampu memutuskan untuk memperbaiki kesehatan</p> <p>5250: dukungan membuat keputusan</p> |
|---|---|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>kerusakan integritas kulit (1-4)</p> <p>i. Pemantauan tanda dan gejala kerusakan integritas kulit (1-4)</p> <p>j. Mencari informasi tentang metode untuk mencegah komplikasi kerusakan integritas (1-4)</p> <p>k. Pemantauan tanda dan gejala komplikasi kerusakan integritas (1-4)</p> <p>l. Mengikuti perawatan yang dianjurkan (1-4)</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan Domain IV : pengetahuan kesehatan dan perilaku Level 2: Pengetahuan kesehatan KelasT: kontrol risiko dan keamanan 1902 pengendalian faktor risiko</p> <p>a. Mencari informasi terbaru tentang risiko kambuhnya nyeri</p> <p>b. Identifikasi faktor risiko</p> <p>c. Menyatakan mampu untuk</p> | <p>4. Bantu keluarga mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif</p> <p>5. Sediakan informasi yang dibutuhkan keluarga</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>d. Tentukan lama tindakan sesuai dengan respon verbal dan nonverbal</p> <p>e. Evaluasi kondisi umum, keamanan dan kenyamanan setelah tindakan</p> <p>f. Evaluasi dan catat respon setelah tindakan</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>6482: Manajemen keamanan lingkungan</p> <p>a. Identifikasi kebutuhan keamanan klien berdasarkan kebutuhan fisik</p> <p>b. Identifikasi lingkungan yang berisiko terhadap keamanan</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>mengubah perilaku</p> <p>d. Pemantauan faktor lingkungan yang berisiko</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p><i>Kelas Q:</i> Perilaku sehat</p> <p>1806: Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan meningkat dari 2 (Pengetahuan terbatas) → 4 (Pengetahuan baik) hal. 316</p> <p>2. Terdapat pelayanan kesehatan yang sesuai di lingkungan</p> <p>3. Mampu menggunakan strategi untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang sesuai</p> | <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas</p> <p>7910: Konsultasi:</p> <p>3. Bina hubungan yang terapeutik dengan keluarga</p> <p>4. Dukung keluarga untuk mengekspresikan perasaan</p> <p>5. Jelaskan bagaimana perilaku keluarga mempengaruhi lansia</p> |
|--|--|--|--|

4. implementasi

| Hari, tanggal dan jam | No Dx | Implementasi | Evaluasi |
|-----------------------|-------|--|--|
| 6 Juli 2018 | 1 | <p>Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri.</p> <p>Menjelaskan bagaimana cara melakukan perawatan diri pada klien dengan diabetes mellitus.</p> <p>Mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> | <p>Klien dan keluarga tampak mengerti namun belum bisa mengulang kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.</p> <p>Klien dan keluarga mengatakan mengerti mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> |
| | 2 | <p>Mengkaji kondisi luka</p> <p>Melakukan perawatan luka (ganti balut)</p> <p>Menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan badan dan lingkungan terutama kaki</p> | <p>Pasien mengatakan ada luka di punggung kaki kanan.</p> <p>Terdapat luka di seluruh punggung kaki kanan</p> <p>luka tertutup kasa bersih</p> <p>klien mengatakan akan menjaga kebersihan kaki</p> |
| | 3 | <p>Menjelaskan apa yang dimaksud diabetes mellitus, tanda dan gejala dan penyebabnya</p> <p>Menjelaskan komplikasi diabetes mellitus</p> | <p>Keluarga paham maksud diabetes mellitus dan dapat mengulang kembali</p> <p>Keluarga paham tanda dan gejala diabetes mellitus dan dapat mengulang kembali</p> <p>Keluarga paham penyebab diabetes mellitus dan dapat mengulang kembali</p> |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 7 Juli 2018 | 1 | <p>Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri.</p> <p>Menjelaskan bagaimana cara melakukan perawatan diri pada klien dengan diabetes mellitus.</p> <p>Mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> | <p>Klien dan keluarga tampak mengerti dan mengulang kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.</p> <p>Klien dan keluarga mengatakan mengerti mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> |
| | 2 | <p>Mengkaji kondisi luka</p> <p>Melakukan perawatan luka (ganti balut)</p> <p>Menganjurkan klien untuk diet rendah gula dan tinggi protein</p> <p>Menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan badan dan lingkungan terutama kaki</p> | <p>Pasien mengatakan ada luka di punggung kaki kanan.</p> <p>Terdapat luka di seluruh punggung kaki kanan</p> <p>luka tertutup kasa bersih</p> <p>klien mengatakan akan mematuhi diet</p> <p>klien mengatakan akan menjaga kebersihan kaki</p> <p>klien nampak mengerti akan penjelasan yang diberikan</p> |
| | 3 | <p>Menjelaskan kepada keluarga mengikuti regimen terapeutik</p> <p>Mampu mencegah perilaku yang beresiko</p> <p>Mengajarkan keluarga untuk mampu Menyadari dan mencatat tanda-tanda perubahan status kesehatan</p> | <p>klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat tapi hanya bisa mengulang sebagian.</p> |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 8 Juli 2018 | 1 | <p>Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri.</p> <p>Menjelaskan bagaimana cara melakukan perawatan diri pada klien dengan diabetes mellitus.</p> <p>Mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> | <p>Klien dan keluarga tampak mengerti dan mengulang kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.</p> <p>Klien dan keluarga mengatakan mengerti mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus.</p> |
| | 2 | <p>Mengkaji kondisi luka</p> <p>Melakukan perawatan luka (ganti balut)</p> <p>Menganjurkan klien untuk diit rendah gula dan tinggi protein</p> <p>Menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan badan dan lingkungan terutama kaki</p> | <p>Pasien mengatakan ada luka di punggung kaki kanan.</p> <p>Terdapat luka di seluruh punggung kaki kanan</p> <p>luka tertutup kasa bersih</p> <p>klien mengatakan akan mematuhi diit</p> <p>klien mengatakan akan menjaga kebersihan kaki</p> <p>klien nampak mengerti akan penjelasan yang diberikan</p> |
| | 3 | <p>Menjelaskan kepada keluarga mengikuti regimen terapeutik</p> <p>Mampu mencegah perilaku yang beresiko</p> <p>Mengajarkan keluarga untuk mampu Menyadari dan mencatat tanda-tanda perubahan status kesehatan</p> | <p>klien tampak mengerti dan mengatakan paham apa yang dijelaskan oleh perawat dan bisa mengulang kembali</p> |

4. Evaluasi

| Hari & tanggal | No Dx | Evaluasi |
|----------------|-------|--|
| 6-7 Juli 2018 | 1 | S: keluarga mengatakan tau akan pentingnya kebersihan diri dan dapat mendemonstrasikan cara memandikan klien dengan diabetes mellitus. O: klien tampak bisa mendemonstrasikan cara memandikan klien dengan diabetes mellitus yang diajarkan perawat. A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan |
| | 2 | S :Pasien mengatakan luka terasa lebih nyaman karena sudah dibersihkan. O :luka tampak di punggung kaki kanan pasien dan tertutup kasa, granulasi mulai terlihat, gangren berkurang, bau khas, kasa tidak rembas A:Masalah kerusakan integritas jaringan belum teratasi P:Lanjutkan intervensi |
| | 3 | S: klien mengatakan mengerti tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan komplikasi dari diabetes mellitus O: klien tampak mengerti dan bisa menjawab pertanyaan dari perawat A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan |

BAB IV

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan satu tahapan dimana perawat mengambil data yang ditandai dengan pengumpulan informasi terus menerus dan keputusan professional yang mengandung arti terhadap informasi yang dikumpulkan. Pengumpulan data keluarga berasal dari berbagai sumber : wawancara, observasi rumah keluarga dan fasilitasnya, pengalaman yang dilaporkan anggota keluarga (Padila, 2012). Pada prinsipnya data pengkajian yang enilis lakukan hampir sama dengan teoritis. Saat dilakukan pengkajian keluhan utama Tn.M yaitu sering merasa lapar dan haus, penglihatan kabur. Beliau sudah menderita diabetes mellitus lebih kurang 6 bulan yang lalu. Pada awalnya beliau tertusuk duri dan dibiarkan saja. Namun setelah timbul luka beliau di bawa berobat ke rumah sakit oleh anaknya. Beliau jarang melakukan pengecekan gula darah.

Sesuai dengan teori yang dijabarkan diatas penulis melakukan pengkajian pada keluarga Tn. M dengan menggunakan format pengkajian keluarga, metode wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan.

2. Diagnose keperawatan

Pada diagnosa keperawatan yang penulis temui terdapat 3 diagnosa diantaranya nyeri, toleransi stress, dan gangguan nutrisi. Namun pada saat pengkajian ditemukan diagnosa yang pertama deficit perawatan diri

dengan data klien mengatakan mandi kadang-kadang (1x dua hari) dan klien tampak resah dengan keadaannya, bau dan agak kumal. Sedangkan diagnosa kedua yang diangkat penulis adalah gangguan integritas kulit dengan data terdapat dekubitus basah pada punggung kanan secara keseluruhan, luka klien tampak dibalut kasa. Dan diagnosa yang terakhir adalah regimen terapeutik tidak efektif karna keterbatasan pengetahuan dengan data yang didapatkan keluarga mengatakan klien mengidap diabetes mellitus sekitar 6 bulan yang lalu karna awalnya kaki klien tertusuk duri namun tidak di bawah ke fasilitas kesehatan terdekat sehingga terjadi dekubitus.

3. Intervensi

Intervensi untuk diagnose yang pertama yaitu deficit perawatan diri dilakukan intervensi sesuai dengan tujuan umum keluarga diantaranya menjelaskan pentingnya kebersihan diri, tanda-tanda deficit keperawatan diri.

Untuk diagnose Kerusakan integritas jaringan b.d Adanya luka diabetikum dilakukan intervensi penyembuhan luka, Respon medikasi, Status nutrisi, Bebas tanda infeksi.

Sedangkan untuk diagnose terakhir Regimen terapeutik tidak efektif b.d keterbatasan pengetahuan dilakukan intervensi mengikuti regimen terapeutik, Mampu mencegah perilaku yang beresiko, Menyadari dan mencatat tanda-tanda perubahan status kesehatan

4. Implementasi

Implementasi dilakukan pada tanggal 6 sampai 8 juli dilakukan kunjungan untuk diangnosa pertama, kedua dan ketiga setiap harinya, untuk diagnose pertama diimplementasikan pentingnya kebersihan diri bagi pasien dengan diabetes mellitus, mendemonstrasikan cara memandikan klien dengan diabetes mellitus. Dan keluarga mampu berpartisipasi dalam memutuskan dalam perawatan kesehatan. Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan mengingatkan klien untuk menggerakkan kakinya. Mampu memodifikasi lingkungan dengan dentifikasi kebutuhan keamanan klien berdasarkan kebutuhan fisik Sedangkan untuk diagnose kedua diimplementasikan tentang pengkajian luka dan menyarankan klien untuk menjaga kebersihan kakinya. Keluarga tampak mengangguk dan mengatakan memahaminya. Sedangkan untuk diagnose ketiga dilakukan implementasikan cara mencegah perilaku yang berisiko dan mencatat perubahan-perubahan kesehatan namun keluarga masih belum paham terlihat dengan tidak bisa menjawab pertanyaan perawat dan tidak bisa mengulang kembali

5. Evaluasi

a. Deficit perawatan diri

Saat dilakukan evaluasi keluarga mengatakan mengetahui tentang pentingnya kebersihan untuk pasien dengan diabetes mellitus. Pasien bisa mendemonstrasikan cara memandikan pasien dengan diabetes mellitus. .Terlihat dari Tn.M dan keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan setelah diberikan penyuluhan. Tn.M dan keluarga telah

mampu mempuat keputusan apa yang akan dilakukan jika ada yang sakit dan bagaimana perawatannya. Tn.M dan keluarga juga dapat menyebutkan bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk keluarga serta dapat menyebutkan manfaat yang ada. Hasil analisa bahwa masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

b. Kerusakan integritas jaringan b.d Adanya luka diabetikum

Saat dilakukan evaluasi keluarga mengatakan sudah tau mengenai caramencegah perilaku yang beresiko, Menyadari dan mencatat tanda-tanda perubahan status kesehatan.

c. Regimen terapeutik tidak efektif

Saat dilakukan evaluasi keluarga mengatakan bahwa klien mengalami diabetes mellitus sekitar 6 bulan yang lalu, ini bermula dari luka tertusuk duri pada kaki kanannya namun luka tersebut tidak dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat sehingga menimbulkan diabetikum basah seperti sekarang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan ada beberapa keluhan yang dirasakan Tn.M diantaranya sering buang air kecil pada malam hari, penglihatan yang kabur, penurunan berat badan sebanyak 5 kg. Penyebab diabetes Tn.M adalah karena kebiasaan hidup dan pola makan yang tidak baik.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnose yang ditemukan pada Tn.M ada 3 yaitu deficit perawatan diri, Kerusakan integritas jaringan b.d Adanya luka diabetikum, Regimen terapeutik tidak efektif b.d keterbatasan pengetahuan

3. Intervensi

Intervensi yang direncanakan berdasarkan diagnose keperawatan yang didapatkan sesuai dengan 5 tugas utama yaitu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan masyarakat.

4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari dimulai tanggal 6 Juli sampai 8 Juli berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi,

demonstrasi, dan penyuluhan.dalam penatalaksanaan implementasi tidak ada masalah karena keluarga mau mendengarkan penyuluhan yang diberikan dan mau melaksanakan demonstrasi yang diajarkan.

5. Evaluasi

Peneliti melakukan evaluasi kepada Tn.M dan keluarga pada tanggal 6-8 Juli setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode SOAP. Dibuktikan dengan keluarga mengetahui tentang diabetes mellitus dan luka terlihat sudah bersih dan dibalut kasa.

B. Saran

1. Bagi pimpinan puskesmas Lunang

Melalui pimpinan puskesmas Lunang hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam mengembangkan program perkesmas di keluarga dengan diabetes mellitus seperti pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya membuat rekapan khusus untuk pengunjung dengan diabetes mellitus agar mudah memantau pengunjung dengan diabetes mellitus, karena diabetes mellitus perlu pengontrolan gula darah secara rutin serta memantau keteraturan berobat pengunjung dengan pengobatan jangka panjang, dan dapat memberikan konseling kesehatan keperawatan di rumah seperti diet dan perawatan kaki diabetic.

2. Bagi perawat

Perawat perlu meningkatkan pemahaman, pengetahuan, keterampilan dan prosedur keperawatan pada pasien diabetes

mellitus agar dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai prosedur dan sesuai apa yang dibutuhkan.

3. Bagi keluarga

Hasil laporan ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan diabetes mellitus, serta diharapkan dapat meningkatkan kesadaran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Sudart. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Bedah*. Jakarta: EGG
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2016. *Laporan Tahunan Tahun 2016*. Padang: DKK
- Friedmann, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC
- Harmoko. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Nursalam. 2015. *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Price, Sylvia A, dan Wilson, Lorraine M. 2012. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Randi dan Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas). 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2013*. Diakses 15 juli 2018 pukul 11.30
- Smeltzer. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Sudart*. Jakarta: EGC

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Mustafa

Nim :

Pembimbing : Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. M
dengan diabetes melitus di puskesmas Lunang
Tahun 2018

| NO | Hari/Tgl | Materi bimbingan | Tanda tangan pembimbing |
|----|----------|------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



KABUPATEN PESISIR SELATAN
UNIT PELAKSANA TEKNIS DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TANJUNG BERINGIN
KECAMATAN LUNANG



Jln. Lintas Padang – Bengkulu

Email: Puskesmaslunang@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA PENGAMATAN KASUS

Nomor : 800.1099/TU-Umum/Puskes-TJB/VIII/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Tanjung Beringin Kec.Lunang Kab.Pesisir Selatan, menerangkan bahwa :

Nama : Mustapa
NIM : 1714401136
Program Studi : D.III Keperawatan RPL STIKes Perintis Padang

Telah melakukan pengamatan kasus (untuk ujian akhir program) dengan judul Asuhan Keperawatan pada Bp. M dengan Diabetes Melitus di Nagari Lunang Selatan wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Beringin Kecamatan Lunang Kabupaten Pesisir Selatan tahun 2018, yang dilakukan dari tanggal 06 Juli sampai 08 Juli 2018.

Demikianlah surat keterangan ini kami berikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lunang, 09 Juli 2018
Kepala UPTD Dinas Kesehatan
Puskesmas Tanjung Beringin



ETRI CANDRA, SKM.M.Kes
NIP. 19801019 200505 1 005

