



**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN  
DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ZIKRA IZATI**  
**NIM : 143110199**

**JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
TAHUN 2017**



**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN  
DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh  
Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**ZIKRA IZATI  
NIM : 143110199**

**JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
TAHUN 2017**

**REPERFORMANKE SUDAH MENGLUJ  
KATA TERSEBUT**

DATA PERFORMANKE :

Nama : Rizka Rizka

NIK : 10111305

Tempat lahir : D.I. Kabupaten Pangajene

Alamat : Komplek perumahan Asyrafy di jalan Sultan Iskandar  
Wahid Desa Sambutan Kecamatan Dabul Kabupaten

Jika terdapat kesalahan dalam data diri di bagian  
atas mohon pengisian yang berkaitan untuk mengisi buku  
Materi Eksperimentasi pada tanggal 2023/11/11 dengan alamat Fakultas  
Kedokteran Padang

**REVISI PENYUJUN**

Nama : Tim : F. G. M. N. P. R. S.

Angka : 5. Kalkulasi : 2.00/100/10

Nilai : 1. 1.00/100/100/100/100/100

Angka : 1. 1.00/100/100/100/100/100

Tempat lahir : Komplek perumahan Asyrafy

Tempat : 10111305



## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan KTI yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang”**. Penulisan KTI ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Diploma-III pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan KTI ini.

Untuk itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan membimbing dalam menyelesaikan KTI ini :

1. Ibu Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep selaku Pembimbing I dan Ibu Hj. Murniati Muchtar, SKM, M.Biomed selaku Pembimbing II dan Ketua Jurusan Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang yang telah banyak menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan KTI ini.
2. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom dan Bapak N.Rachmadanur, S.Kp, MKM selaku penguji yang telah memberi saran dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan KTI ini.
3. Bapak Sunardi, SKM, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
5. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk bekal peneliti.
6. dr. Mela Aryati selaku pimpinan puskesmas yang telah bersedia memberikan izin penelitian di Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga KTI ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, Juni 2017

Peneliti

## HALAMAN PENGANTAR DAN ORISINALITAS

Saya yang diteliti, bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Analisa Ketersediaan Kelembagaan Wilayah Kerja Puskesmas Andara Kota Padang," ini adalah karya saya sendiri, dan semua sumber yang saya kutip maupun dianggotainya saya akan kutip.

Nama : Zulfahriani

NIM : 141111109

Tanda Tangan :

Lampai : 14 Juli 2015



## PERNYATAAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data dan informasi yang terdapat dalam Laporan Penelitian ini benar-benar merupakan hasil penelitian yang telah dilakukan secara jujur dan objektif, serta tidak mengandung unsur-unsur yang dapat merugikan pihak lain. Apabila di kemudian hari terdapat perubahan atau ketidaksesuaian data dan informasi yang terdapat dalam Laporan Penelitian ini, saya bersedia menanggung sendiri akibatnya.

Jakarta, 1 Juni 2017



Nelly Yudianto, S.Pd, S.Kom, M.Pd  
NIP. 196301011980031



H. Yudianto, S.Pd, S.Kom, M.Pd  
NIP. 196301011980031

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris



N. S. (Nelly Yudianto), S.Pd, S.Kom, M.Pd  
NIP. 196301011980031

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**Nama** : Zikra Izati  
**Tempat, Tanggal Lahir** : Padangpanjang, 14 Juli 1996  
**Jenis kelamin** : Perempuan  
**Agama** : Islam  
**Status Perkawinan** : Belum Kawin  
**Alamat** : Jalan A.Yani No.41 Kelurahan Ngalau  
Kecamatan Padang panjang Timur Kota Padang  
Panjang Provinsi Sumatera Barat

**Nama orang tua**  
**Ayah** : Junaidi  
**Ibu** : Yuliar

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1	TK	TK Islam Mesjid Raya Jihad Padangpanjang	2001-2002
2	SD	SDN 13 Balai-balai	2002-2008
3	SMP	SMPN 1 Padangpanjang	2008-2011
4	SMA	SMAN 2 Padangpanjang	2011-2014
5	DIII Keperawatan	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2014-2017



**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2017**

**ZIKRA IZATI**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN DIABETES  
MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS KOTA  
PADANG**

xiii + 111 halaman, 3 tabel, 1 gambar, 18 lampiran

**ABSTRAK**

Diabetes melitus merupakan satu dari empat jenis penyakit tidak menular utama menurut WHO. Laporan statistik dari *International Diabetes Federation* (IDF) mengatakan, ada sekitar 230 juta penderita diabetes di dunia. Data dari dinas kesehatan kota Padang tahun 2016 mengatakan bahwa kunjungan terbanyak terdapat di Puskesmas Andalas berjumlah 2410 kasus. Tujuan penelitian ini adalah membandingkan penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan diabetes melitus antara 2 responden dengan teori dan penelitian sebelumnya yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2017.

Desain penelitian adalah deskriptif dengan populasi 113 orang kunjungan diabetes melitus pada usia pertengahan dengan sampel 2 responden, yaitu Ny.N sebagai partisipan I dan Ny.D sebagai partisipan II.

Hasil pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan keluarga yang sama antara partisipan I dengan partisipan II, yaitu resiko ketidakstabilan gula darah, defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus dan resiko komplikasi. Dilakukan skoring untuk menentukan diagnosa yang menjadi prioritas masalah. Setelah itu dirumuskan intervensi sesuai 5 TUK dan dilakukan implementasi lalu didapatkan evaluasi keperawatan dan dilakukan dokumentasi.

Melalui pimpinan Puskesmas Andalas studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam mengembangkan program perkesmas di keluarga dengan diabetes melitus seperti pelayanan kesehatan sesuai rencana, memantau keteraturan kontrol gula darah dan berobat dengan pengobatan jangka panjang serta pemberian asuhan keperawatan dirumah.

**Kata Kunci : Diabetes melitus, keluarga, asuhan keperawatan**

**Daftar Pustaka : 23 (2007-2015)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
LEMBARAN ORISINALITAS .....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penulisan.....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
A. Konsep Keluarga.....	10
1. Definisi Keluarga .....	10
2. Bentuk Keluarga.....	10
3. Fungsi Keluarga .....	12
4. Struktur Keluarga .....	14
5. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan .....	15
6. Tahap Perkembangan Keluarga .....	16
7. Peran Perawat Keluarga .....	19
B. Klasifikasi Umur .....	21
C. Konsep Diabetes Melitus .....	28
1. Definisi Diabetes Melitus.....	28
2. Etiologi Diabetes Melitus.....	28
3. Klasifikasi Diabetes Melitus .....	30
4. Patofisiologi Diabetes Melitus .....	31
5. WOC Diabetes Melitus .....	34
6. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus .....	36
7. Komplikasi Diabetes Melitus.....	37
8. Penatalaksanaan Diabetes Melitus .....	40
D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	42
1. Pengkajian Keperawatan.....	42
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan.....	53
3. Rencana Keperawatan.....	56
4. Implementasi Keperawatan.....	73
5. Evaluasi Keperawatan.....	74

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>75</b>
A. Desain Penelitian .....	75
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	75
C. Populasi dan Sampel .....	75
D. Teknik pengumpulan data .....	76
E. Alat dan Instrumen Penelitian.....	78
F. Jenis-jenis data .....	78
G. Hasil Analisis .....	79
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>80</b>
A. Deskripsi Kasus.....	80
B. Pembahasan.....	87
1. Pengkajian .....	87
2. Diagnosa.....	91
3. Intervensi.....	95
4. Implementasi.....	97
5. Evaluasi.....	100
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>102</b>
A. Kesimpulan.....	102
B. Saran.....	103
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>104</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. WOC.....	34
----------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Prioritas Masalah.....	49
Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga.....	51
Tabel 4.1 Deskripsi Kasus.....	80

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Gantt Chart Kegiatan
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Jadwal Kunjungan Keluarga Partisipan I
- Lampiran 4 Jadwal Kunjungan Keluarga Partisipan II
- Lampiran 5 Asuhan Keperawatan Keluarga Partisipan I
- Lampiran 6 Asuhan Keperawatan Keluarga Partisipan II
- Lampiran 7 Lembaran Bimbingan Pembimbing I
- Lampiran 8 Lembaran Bimbingan Pembimbing II
- Lampiran 9 Surat Izin Pengambilan Data di Puskesmas Andalas dari Poltekkes
- Lampiran 10 Surat Izin Pengambilan Data di Puskesmas Andalas dari DKK
- Lampiran 11 Surat Izin Penelitian di Puskesmas Andalas dari Poltekkes
- Lampiran 12 Surat Izin Penelitian di Puskesmas Andalas dari DKK
- Lampiran 13 Surat Selesai Penelitian di Puskesmas Andalas
- Lampiran 14 Laporan Pendahuluan Partisipan I
- Lampiran 15 Laporan Pendahuluan Partisipan II
- Lampiran 16 Satuan Acara Penyuluhan dan Satuan Acara Kegiatan
- Lampiran 17 Daftar Kunjungan Diabetes Melitus 3 bulan terakhir di Puskesmas Andalas
- Lampiran 18 Dokumentasi Kegiatan

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sistem kesehatan nasional bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi yang memungkinkan orang hidup lebih produktif baik sosial maupun ekonomi dalam bentuk pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan meningkatnya status sosial dan ekonomi, pelayanan kesehatan masyarakat, perubahan gaya hidup dan bertambahnya umur harapan hidup, maka di Indonesia mengalami pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular, hal ini di kenal dengan transisi epidemiologi. Empat jenis penyakit tidak menular utama menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruksi kronis), dan diabetes mellitus (Depkes RI dalam Hasdianah, 2012).

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

Diabetes merupakan salah satu dari berbagai penyakit yang mengancam hidup banyak orang. Laporan statistik dari *International Diabetes Federation* (IDF) mengatakan, ada sekitar 230 juta penderita diabetes di dunia. Angka tersebut terus bertambah 3% atau sekitar 7 juta orang setiap tahunnya. Jumlah penderita diabetes diperkirakan akan mencapai 350 juta pada tahun 2025. Setengah 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 terbesar di dunia setelah India (31,7 juta), Cina (20,8) juta dan Amerika Serikat (17,7 juta) (Syafey dalam Masriadi, 2016).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2013 mengatakan bahwa wawancara yang dilakukan terhadap responden yang berumur  $\geq 15$  tahun didapatkan hasil prevalensi diabetes mellitus di Indonesia yang terdiagnosis dokter sebesar 1,5%. Diabetes mellitus terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 2,1%. Prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di 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  $\geq 65$  tahun cenderung menurun. Prevalensi Diabetes mellitus di perkotaan cenderung lebih tinggi dari pada perdesaan dan cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi.

Sumatera Barat merupakan salah satu dari 17 provinsi yang dikategorikan memiliki prevalensi penderita diabetes mellitus yang 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 sebesar 0,1% (Riskesmas, 2013). Dinas Kesehatan Kota Padang (DKK) tahun 2016 mengatakan bahwa jumlah penderita diabetes dari seluruh puskesmas yang ada di kota Padang sebanyak 3.845 kasus baru dan 18.678 kasus lama dengan total 22.523 penderita diabetes mellitus. Dari 23 puskesmas di Kota Padang, puskesmas Andalas menduduki peringkat pertama sebanyak 185 kasus baru dan 2.225 kasus lama dengan total 2.410 kasus. Pada peringkat kedua yaitu puskesmas Lubuk Buaya sebanyak 90 kasus baru dan 2.159 kasus lama dengan total 2.249 kasus. Sedangkan peringkat ketiga yaitu puskesmas Lubuk Begalung sebanyak 414 kasus baru dan 1.488 kasus lama dengan total 1.902 kasus. Kasus diabetes mellitus di



puskesmas Andalas tahun 2014 berjumlah 2.028 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2015 yaitu sebanyak 1.860 kasus, tetapi mengalami peningkatan yang cukup tinggi pada tahun 2016 yaitu sebanyak 2.410 kasus. Ini merupakan peningkatan yang relatif tinggi, bisa disebabkan karena masih banyak keluarga yang tidak melakukan pengontrolan gula darah secara rutin dan tidak mengetahui tanda dan gejala dari diabetes mellitus

Diabetes mellitus memiliki gejala antara lain rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi besar dengan berat badan > 4 kg. 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 serta sering buang air kecil dalam jumlah banyak dan berat badan turun (Riskesdas, 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 yang sangat penting dalam peningkatan mutu dan daya saing sumber daya manusia di Indonesia maupun internasional serta bertanggung jawab mengupayakan kesehatan 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).

Asuhan keperawatan keluarga menurut PERKESMAS 279 tahun 2006 merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada keluarga rawan kesehatan / keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan yang di temukan di masyarakat dan dilakukan di rumah keluarga. Kegiatannya antara

lain mengidentifikasi keluarga rawan kesehatan / keluarga miskin dengan masalah kesehatan di masyarakat, penemuan dini suspek kasus kontak serumah, pendidikan kesehatan terhadap keluarga, kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana, pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*), pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya memantau keteraturan berobat pasien dengan pengobatan jangka panjang, pemberian nasehat (konseling) kesehatan keperawatan dirumah dan dokumentasi keperawatan. Sedangkan menurut Sudiharto (2012) asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai anggota keluarga yang bertujuan memandirikan klien sebagai bagian dari anggota keluarga.

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan yang meningkatkan derajat kesehatan komunitas. Apabila setiap keluarga sehat akan tercipta komunitas yang sehat. Masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Masalah kesehatan yang dialami oleh sebuah keluarga dapat mempengaruhi sistem keluarga tersebut (Sudiharto, 2012). Keluarga sebagai satuan kelompok individu dan di dalam keluarga dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Hampir setiap masalah kesehatan individu di dalam keluarga mulai dari awal sampai akhir akan dipengaruhi oleh keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam memelihara kesehatan seluruh anggota keluarganya dan bukan individu itu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga tersebut. Apabila salah satu anggota keluarga menderita sakit, maka peran anggota keluarga akan mengalami perubahan (Friedman, 2010).

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan (Friedman dalam Setyowati dan Murwani, 2008). Keluarga merupakan bagian terpenting bagi semua orang. Begitu pula bagi penderita Diabetes

mellitus. Disadari atau tidak, saat seseorang mengalami diabetes mellitus maka mereka akan mengalami masa-masa sulit. Mereka harus mulai berbenah diri, mulai mengontrol pola makan dan aktifitas. Hal tersebut pasti sangat membutuhkan bantuan dari orang sekitar terutama keluarga, dengan menceritakan kondisi diabetes mellitus pada orang terdekat, maka akan membantu dalam kontrol diet dan program pengobatan. Dukungan Keluarga Keluarga merupakan faktor penting bagi setiap orang, keluarga tempat kita berbagi kebahagiaan dan kesedihan, begitu juga bagi pasien Diabetes mellitus. Mereka yang menderita DM akan rendah diri, putus asa, dan tersinggung. Sehingga dalam pengendalian diabetes mellitus dibutuhkan bantuan keluarga baik dukungan moril maupun spiritual. BPOM RI (2006) menjelaskan bahwa faktor lingkungan dan keluarga merupakan faktor yang berpengaruh dalam menumbuhkan kepatuhan pasien. Dari pernyataan tersebut dapat dilihat bahwa orang terdekat dalam hal ini adalah keluarga mempunyai peranan untuk membantu penderita Diabetes mellitus dalam melakukan perawatan terhadap penyakit Diabetes mellitus (Wardani dan Isfandiari, 2014). Oleh karena itu peran keluarga sangat mendukung dalam mencapai keberhasilan perawatan klien diabetes mellitus di rumah (Wulan dkk, 2014).

Keluarga memiliki tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya, termasuk mengenal masalah diabetes mellitus, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan pengobatan yang tepat, memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang kondusif bagi kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Dalam mengatasi masalah ini peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Friedman, 2010).

Diabetes mellitus apabila tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan timbulnya komplikasi dengan penyakit serius lainnya seperti gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tidak jarang, penderita DM yang

sudah parah menjalani amputasi anggota tubuh karena terjadi pembusukan. (Fatimah, 2015).

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 mendapat dukungan keluarga mengalami gejala komplikasi mikrovaskuler sebesar 32,4% (11 responden) dan tidak mengalami gejala komplikasi mikrovaskuler sebesar 11,7% (4 responden).

Diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan tetapi glukosa darah dapat dikendalikan melalui 4 pilar penatalaksanaan diabetes mellitus seperti edukasi, diet atau pengaturan makan, olah raga dan obat-obatan. Faktor yang dapat mempengaruhi pengendalian kadar gula darah yakni pengobatan diabetes mellitus yang bermanfaat untuk mempertahankan kadar gula darah dalam kisaran normal. Penderita diabetes mellitus tipe 2 dengan obesitas dapat melakukan pengontrolan kadar gula darah dengan mengatur pola makan dan berolahraga secara teratur, selain itu kepatuhan minum obat sangat mempengaruhi kadar gula darah pada penderita (Wardani dan Isfandiari, 2014).

Studi pendahuluan yang dilakukan di puskesmas Andalas pada tanggal 18 Maret 2017, didapatkan bahwa hari itu ada 4 orang pasien yang berobat dengan diagnosa diabetes melitus. Selama bulan Januari 2017 sampai dengan 18 Maret 2017 didapatkan ada 143 pengunjung dengan diabetes melitus dan 79 % atau 113 pengunjung berada dalam usia pertengahan. Dari 113 pengunjung, 56 orang diantaranya memiliki alamat lengkap dan dari 56 orang tersebut 12 orang memiliki nomor telepon. Dari 12 orang tersebut, 6 orang penderita diabetes melitus memiliki komplikasi. Saat dilakukan wawancara dengan petugas puskesmas, didapatkan bahwa setiap hari selalu ada masyarakat yang berobat dengan diagnosa diabetes melitus dan rata-rata yang berobat dengan umur diatas 45 tahun. Setelah dilakukan wawancara pada 2

pengunjung dengan diabetes melitus mengenai peran keluarga dalam membantu perawatan terhadap pasien, didapatkan bahwa ada 1 orang klien mengatakan jarang mengontrol gula darah ke puskesmas karena tidak merasakan keluhan yang cukup berarti dan juga tidak ada keluarga yang mengingatkan untuk mengontrol gula darah sedangkan 1 klien lainnya rutin melakukan pengontrolan gula darah sekali dalam sebulan setelah melakukan operasi pada mata yang awalnya hanya berupa penglihatan yang kabur. Sesuai dengan teori bahwa salah satu komplikasi dari diabetes melitus adalah penglihatan yang kabur juga bahkan bisa menyebabkan retinopati, disinilah peran keluarga untuk membantu melakukan perawatan terhadap klien berupa pengontrolan diet klien, mengajak beraktifitas / olahraga, membawa klien untuk melakukan pengontrolan gula darah dan terapi pengobatan.

Usia pertengahan (*middle age*) merupakan suatu masa dimana terjadinya penurunan kemampuan fisik dan peningkatan tanggung jawab, suatu titik ketika individu berusaha meneruskan sesuatu yang berarti pada generasi berikutnya, dan suatu masa ketika orang dapat mencapai dan merasa puas dengan keberhasilannya serta mempertahankan kepuasan dalam karirnya, dimana pada usia ini terjadi perubahan gaya hidup. Di kalangan tertentu, pria dan wanita yang sudah menginjak usia 40 tahun ke atas sering dijuluki sebagai orang yang sedang mengalami masa pubertas kedua. Julukan ini timbul karena mereka senang bersolek, suka bersikap dan berbuat emosional / mudah marah, dan bahkan jatuh cinta lagi. Jika ada anggota keluarga khususnya kepala keluarga yang menderita penyakit pada usia pertengahan akan mengganggu psikologis anggota keluarga lainnya.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus diabetes melitus pada keluarga dalam judul “Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang” yang diberikan pada Ny.N sebagai partisipan I dan Ny.D sebagai partisipan II.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang diangkat adalah “Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada keluarga dengan diabetes mellitus menggunakan metode ilmiah proses keperawatan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang”.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur dengan menggunakan metode ilmiah proses keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang
- f. Mampu mendeskripsikan dokumentasi keperawatan pada keluarga dengan masalah Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang

#### **D. Manfaat Penulisan**

1. Bagi Penulis

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

2. Bagi Petugas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas

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

3. Bagi Institusi

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber pembelajaran di jurusan Keperawatan Padang khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

4. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

## **BAB II**

### **TINJAUAN KEPUSTAKAAN**

#### **A. Konsep Keluarga**

##### **1. Pengertian**

Menurut UU No.10 Tahun 1992, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sedangkan menurut WHO, keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling berbagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Menurut Sudiharto (2012), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Sedangkan menurut Harmoko (2012), keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil yang berupa dua atau lebih individu yang terdiri dari kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap yang tergabung karena adanya ikatan berupa hubungan darah, perkawinan atau adopsi untuk saling berbagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional serta mengidentifikasi diri sebagai bagian dari anggota keluarga yang selalu berinteraksi satu sama lain.

##### **2. Bentuk Keluarga**

Bentuk keluarga tradisional, antara lain :

###### **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 (2012) keluarga inti (*nuclear famil,*) adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan



perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak, baik 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. Disatu pihak orang tua adopsi mampu memberi asuhan dan kasihsayangnya 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 (2012) keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orangtua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*gay/lesbian families*).

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 coping 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).

### 3. Fungsi Keluarga

Setiap anggota keluarga mempunyai struktur peran formal dan informal. Misalnya, ayah mempunyai peran formal sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah. Peran informal ayah adalah sebagai panutan dan pelindung keluarga. Struktur kekuatan keluarga meliputi kemampuan berkomunikasi, kemampuan keluarga untuk saling berbagi, kemampuan sistem pendukung diantara anggota keluarga, kemampuan perawatan diri, dan kemampuan menyelesaikan masalah (Sudiharto, 2012).

Fungsi dasar keluarga ada 5, yaitu :

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasih dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit

keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting (Friedman, 2010). Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress (Sudiharto, 2012).

- b. Fungsi sosialisasi, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu (Friedman, 2010). Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap dan mekanisme coping, memberikan feedback dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah (Sudiharto, 2012).
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia (Friedman, 2010).
- d. Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan papan (Friedman, 2010). Keluarga melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan dan kepentingan di masyarakat (Sudiharto, 2012).
- e. Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk penyembuhan dari sakit (Friedman, 2010). Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan terhadap kesehatan dan perlindungan terhadap

bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga (Sudiharto, 2012).

#### **4. Struktur Keluarga**

Struktur keluarga menurut Friedman (2010), antara lain :

a. Struktur peran.

Peran adalah perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu system social.

b. Struktur nilai keluarga

Nilai keluarga adalah suatu sistem ide, perilaku dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum.

c. Proses komunikasi

Proses komunikasi ada dua yaitu proses komunikasi fungsional dan proses komunikasi disfungsi.

1) Proses komunikasi fungsional.

Komunikasi fungsional dipandang sebagai landasan keberhasilan keluarga yang sehat, dan komunikasi fungsional didefinisikan sebagai pengirim dan penerima pesan yang baik isi maupun tingkat intruksi pesan yang langsung dan jelas, serta kelelasan antara isi dan tingkat intruksi.

2) Proses komunikasi disfungsi.

Sama halnya ada cara berkomunikasi yang fungsional, gambaran dari komunikasi disfungsi dari pengirim dan penerima serta komunikasi disfungsi juga melibatkan pengirim dan penerima.

d. Struktur kekuasaan dan pengambilan keputusan.

Kekuasaan keluarga sebagai arakteristik system keluarga adalah kemampua atau potensial, actual dari individu anggota keluarga yang lain. Terdapat 5 unit berbeda yang dapat dianalisis dalam karakteristik kekuasaan keluarga yaitu : kekuasaan pernikahan (pasangan orang dewasa), kekuasaan orang tua, anak, saudara kandung dan kekerabatan. Sedangkan pengambil keputusan adalah teknik interaksi yang digunakan anggota keluarga dalam upaya mereka untuk memperoleh kendali dan bernegosiasi atau proses pembuatan keputusan.

**5. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan**

Tugas pokok keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (2010), antara lain :

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Keluarga perlu mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan tindakan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui keadaan penyakitnya; sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan; keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan; sumber-sumber yang ada dalam

keluarga (keuangan atau financial, fasilitas fisik, psikososial) dan bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit.

- d. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat  
Keluarga mampu memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan keluarga mengetahui sumber dan manfaat pemeliharaan lingkungan serta bagaimana upaya pencegahan terhadap penyakit.
- e. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat  
Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui keuntungan dan keberadaan fasilitas kesehatan yang dapat terjangkau oleh keluarga.

#### **6. Tahap perkembangan keluarga**

Tahap perkembangan keluarga menurut Friedman (2010), yaitu :

- a. Tahap I ( Keluarga dengan pasangan baru / *Beginning family* )  
Pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan, perencanaan keluarga.
- b. Tahap II ( Keluarga kelahiran anak pertama / *Childbearing family* )  
Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut samapi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci menjadi siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan tahap ini 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.

c. Tahap III ( Keluarga dengan anak prasekolah / *Families with preschool*)

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 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 putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini 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. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak.

d. Tahap IV ( Keluarga dengan anak sekolah / *Families with school children* )

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 ini adalah menyosialisasikan anak- anak termasuk meningkatkan restasi, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan.

e. Tahap V ( Keluarga dengan anak remaja / *Families with teenagers* )

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. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi.

f. Tahap VI ( Keluarga melepaskan anak dewasa muda / *Launching center families* )

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. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya. Tugas perkembangan keluarga disini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri

g. Tahap VII ( Orang tua paruh baya / *Middle age families* )

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 wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri.

h. 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. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah mempertahankan



penataan kehidupan yang memuaskan. Kembali ke rumah setelah individu pensiun/berhenti bekerja dapat menjadi problematik.

## **7. Peran perawat 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 (Sudiharto, 2012).

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut :

- a. Melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif
- b. Memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga
- c. Menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga
- d. Menerima dan mengakui struktur keluarga
- e. Menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2012).

Adapun peran perawat keluarga menurut (Friedman, 2010) adalah sebagai berikut :

- a. Sebagai pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Peran perawat keluarga dalam memberikan pendidikan kesehatan yaitu memberikan penjelasan dan pengetahuan kepada klien dan keluarga bagaimana perawatan dan penatalaksanaan diabetes mellitus kepada klien dan keluarga.

- b. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan keperawatan

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan

untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit). Peran perawat sebagai koordinator yaitu memberikan motivasi kepada keluarga agar membawa keluarga dengan diabetes mellitus ke pelayanan terdekat dan menganjurkan serta menyarankan keluarga agar mengontrol gula darah ke pelayanan kesehatan terdekat.

c. Sebagai pelaksana pelayanan keperawatan

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 perawat untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif. Peran perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan adalah perawat melakukan pengontrolan gula darah pasien dan melakukan pengukuran tekanan darah pada pasien dengan diabetes mellitus.

d. Sebagai supervisor pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi atau 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.

e. Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

f. Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan di keperawatan

yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam mengatasi masalah diabetes melitus.

g. 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 di praktikan keluarga. Peran sebagai peneliti difokuskan kepada kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi penyebab, menanggulangi, dan melakukan promosi kepada anggota keluarganya. Selain itu, perawat perlu mengembangkan asuhan keperawatan keluarga terhadap binaanya.

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 keperawatab keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal. Bila keluarga dapat menjalankan fungsinya secara optimal, setiap individu didalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh hal-hal yang sifatnya negatif sehingga memiliki kemampuan berfikir yang cerdas, dan pada akhirnya memiliki daya saing yang tinggi terutama di era kompetisi yang semakin sengit (Sudiharto, 2012).

## **B. Karakteristik Usia Pertengahan**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu :

1. Usia pertengahan (*middle age*) : 45 -59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) : 60 -74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) : 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) : diatas 90 tahun.

Usia pertengahan disebut juga usia paruh baya atau usia madya, karakteristik usia pertengahan, yaitu :

#### 1. Masa yang Ditakuti

Bagi wanita, usia setengah baya tidak saja berarti menurunnya kemampuan reproduktif dan datangnya menopause, tetapi juga berarti merosotnya daya tarik seksual. Pada umumnya wanita merasa tidak lagi menggairkan bagi suami mereka. Tambahan pula dalam usia ini, bagi banyak keluarga, karena adanya peningkatan karier serta pemantapan jabatan suami, banyak di antara suami yang sibuk dan berkurangnya waktu di rumah. Akibatnya, banyak isteri yang merasa terabaikan dan kesepian dan merasakan depresi.

Khusus bagi pria, setengah baya merupakan usia yang mengandung arti menurunnya kemampuan fisik ( secara menyeluruh ) termasuk berkurangnya vitalitas seksualnya. Beberapa kaum pria yang mulai mengalami adanya tanda-tanda menurunnya kemampuan seksual ini, mengalihkan perhatian mereka pada kesibukan kerja demi peningkatan prestasi. Ada pula diantaranya yang justru sebaliknya; semakin memperhatikan penampilannya, berdandan sedemikian rupa untuk menarik perhatian wanita muda. Perilaku ini sesungguhnya merupakan pembungkus dari ketidakpercayaan terhadap daya tarik seksual mereka. Kaum pria setengah baya seakan ingin membuktikan dirinya sebagai orang yang masih muda dan mampu, hal yang justru sering menjerumuskan untuk memperoleh cap “nafsu besar tenaga kurang.”

#### 2. Masa Transisi

Tidak jauh bedanya dengan masa pubertas yang merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa remaja (*adolescence*) dan masa dewasa, usia setengah baya juga merupakan suatu masa transisi. Bagi orang dewasa dalam usia setengah baya, sebagian ciri-ciri fisik dan perilakunya memperlihatkan ciri-ciri dewasa awal, sementara banyak ciri fisik dan perilakunya memperlihatkan ciri-ciri dewasa

awal, sementara banyak ciri fisik dan perilaku lainnya memperlihatkan ciri-ciri baru sebagai orang yang sudah tua.

Dengan adanya perubahan-perubahan hal fisik dan adanya pola-pola perilaku baru, mengharuskan individu-individu dalam usia ini untuk belajar dan memainkan peranan-peranan baru pula. Sebagaimana halnya dalam masa remaja, orang-orang dewasa setengah baya diharapkan untuk berfikir dan berlaku hal yang berbeda dengan ketika mereka masih muda atau dewasa awal. Sama halnya dengan masa pubertas, dengan perubahan-perubahan yang terjadi dalam masa setengah baya mempunyai hubungan yang berarti dengan keruwetan atau kesukaran-kesukaran emosional yang dialami baik oleh pria maupun wanita. Dengan ini berarti bahwa menurunnya kejantanan bagi pria dapat membingungkan, menghawatirkan dan menyusahakan. Menurunnya kesuburan bagi wanita setengah baya dapat sangat menyedihkan.

### 3. Masa Penyesuaian Kembali

Dalam masa setengah baya, cepat atau lambat, seseorang haruslah membuat penyesuaian-penyesuaian kembali terhadap adanya perubahan-perubahan fisik yang dialaminya. Apabila usia telah melangkah maju, meninggalkan masa muda dengan berbagai keindahan dan dinamikanya, dan seseorang telah memasuki pintu gerbang setengah baya, diharapkan kepadanya telah siap untuk mengadakan perubahan terhadap pola-pola perilaku yang sesuai. Perombakan-perombakan pola perilaku itu, terutama dilakukan jika ternyata banyak yang tidak selaras dengan “kewajaran” perilaku umum sebagai mana layaknya orang tua dalam masa usia ini. Dengan demikian, bagi beberapa orang dewasa, perombakan-perombakan itu mungkin harus telah dilakukannya sejak awal masa setengah baya. Bagi beberapa orang lainnya barangkali tidak ada hal-hal yang memaksa dalam perombakan sebab mereka telah memiliki pola perilaku yang layak atau baik sepanjang masa dewasanya. Namun,

bagaimanapun juga, cepat atau lambat, penyesuaian perilaku itu sangat perlu adanya seirama dengan datangnya perubahan-perubahan fisik secara pasti. Dengan kata lain, diperlukan adanya penyesuaian kembali baik terhadap perubahan-perubahan fisik maupun perubahan-perubahan peranan.

#### 4. Masa Keseimbangan dan Ketakseimbangan

Keseimbangan atau "*equilibrium*" pengertiannya mengacu pada adanya penyesuaian layak yang dilakukan oleh orang-orang dewasa (sehubungan dengan perubahan fisiknya) yang dicapainya dalam tingkat usia tertentu. Sedangkan ketidakseimbangan merupakan keadaan yang sebaliknya, yaitu masih terjadinya kegoncangan penyesuaian yang dialami dalam usia-usia tertentu. Keseimbangan dan ketidakseimbangan itu, dialami oleh orang setengah baya baik bagi dirinya sendiri (internal) maupun dalam hubungannya dengan pasangan suami-isteri.

Baik wanita maupun pria setengah baya keseimbangan diri sendiri dapat dicapai jika ada penyesuaian secara menyeluruh dan radikal bagi pola-pola kehidupannya. Adanya keseimbangan itu ditandai oleh dicapainya suatu keadaan tenang dan damai di rumah, tidak lagi "keluyuran" baik dalam artian fisik maupun psikis.

Sekaitan dengan ketidakseimbangan hubungan suami isteri itu, E.B. Hurlock mengatakan bahwa banyak persoalan-persoalan perkawinan yang mendatangkan ketidakbahagiaan, perceraian, suami meninggalkan isteri atau menceraikan isteri, dapat ditelusuri penyebabnya pada perbedaan-perbedaan saat tibanya ketidakseimbangan (*disequilibrium*) kedua jenis kelamin atau pasangan tersebut.

## 5. Usia Berbahaya

Usia setengah baya sebagai usia berbahaya, juga mengandung arti bagi banyak aspek kehidupan lainnya. Antara lain, jika individu sakit karena berlebihan dalam bekerja, berlebihan kekhawatirannya, atau hidup yang sembarangan. Apabila sakit akibat kelebihan kerja demikian serius, dapat menuntun seorang ke arah kematian.

Usaha-usaha menghindari timbulnya keadaan berbahaya dalam usia setengah baya. Para ahli umumnya menitik beratkan perhatiannya pada akar permasalahan atau cikal-bakal terjadinya keadaan bahaya itu. Apabila ditelusuri latar belakangnya, maka kebanyakan kasus menghantarkan pada pekerja sosial, penyuluh (konselor) perkawinan, atau psikiater pada adanya perbedaan-perbedaan tingkat usia pasangan suami isteri sehingga dialai ketidakseimbangan dalam hal pencapaian keadaan “betah di rumah.” Juga karena rasa terancam yang dialami oleh wanita sehubungan datangnya menopause dan oleh pria sehubungan dengan datangnya *climacteric* dan pensiun. Pengobatan yang sering dilakukan adalah usaha-usaha membelajarkan orang dewasa setengah baya dalam menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan fisik dan peranan yang dialaminya. Semuanya diarahkan agar mereka “betah di rumah,” dan menemukan aktivitas-produktif.

## 6. Usia Kaku atau Canggung

Seperti halnya masa remaja yang tidak lagi dapat disebut sebagai kanak-kanak dan juga belum dapat dikatakan telah dewasa; posisi setengah baya demikian pula, sudah tidak lagi muda dan juga belum tua.

Oleh karena posisi yang demikian itu, para setengah baya ini banyak yang merasa tidak mendapat pengakuan dari masyarakat sekitarnya. Karena itu, mereka ingin menutupi ketuaan dengan berbagai cara dan sejauh mungkin mencoba agar tidak terlihat tua. Adanya keinginan untuk tidak nampak tua itu, dinyatakan dengan antara lain

pemilihan busana yang dikenakan. Beberapa pria dan kebanyakan wanita setengah baya mengenakan pakaian yang rapih seakan ingin mengalahkan anak-anak muda usia dengan maksud untuk meyakinkan diri sendiri dan orang-orang lain bahwa “ saya belum lagi setengah baya”. Dua keadaan yang bertentangan itu, yaitu berpakaian dan berdandan rapi “pembungkus” ketuaan disatu pihak dan gejala konservatisme dalam hal mode pada lain pihak, membuat para orang dewasa setengah baya ini Nampak janggal dalam penampilannya. Kejanggalan-kejanggalan dalam banyak penampilan orang dewasa usia ini menggambarkan keadaan yang kaku atau canggung yang dialami oleh para orang setengah baya pada umumnya.

#### 7. Masa Berprestasi

Berprestasi dalam usia setengah baya merupakan satu gambaran keadaan yang sangat positif dalam masa ini. Sejak tahun-tahun pertama usia setengah baya, terbuka peluang berprestasi ini, bahkan puncak prestasi yang dapat dicapai individu dalam tiap-tiap jangka kehidupannya tidak dapat menandingi puncak prestasi yang dicapai dalam usia ini. Dengan demikian, usia setengah baya tidak melulu berisi gambaran yang tak enak.

Dalam hal ini Hurlock berpandangan bahwa apa yang dapat dicapai ini, tidak hanya sukses dalam hal keuangan dan sosial, tetapi juga dalam hal kekuasaan dan prestasi. Pada umumnya, puncak prestasi itu dicapai dalam usia 40 sampai 50 tahun. Setelah itu seseorang tinggal bersenang-senang menikmati jerih payahnya. Para pejabat dan pemimpin formal kebanyakan dalam usia itu. Dapat disimpulkan bahwa usia setengah baya merupakan masa yang penuh peluang untuk berprestasi bagi individu, yang walaupun dalam banyak hal, terdapat variasi yang dapat dicapai oleh masing-masing individu dan kecepatan individu dalam mencapai prestasi tersebut.



#### 8. Usia Madya Dievaluasi dengan Standar Ganda

Ciri kedelapan usia madya adalah bahwa usia ini dievaluasi dengan standar ganda, satu standar bagi pria dan satu lagi bagi wanita. Meskipun standar ganda ini mempengaruhi banyak aspek terhadap kehidupan pria dan wanita madya, tapi ada dua aspek khusus yang perlu diperhatikan. Pertama adalah aspek yang berhubungan dengan perubahan jasmani. Kedua, dimana standar ganda dapat terlihat nyata pada cara mereka (pria dan wanita) menyatakan sikap terhadap usia tua.

#### 9. Usia Madya Merupakan Masa Sepi

Ciri kesembilan usia madya adalah bahwa usia ini dialami sebagai masa sepi (*empty nest*), masa ketika anak-anak tidak lagi tinggal bersama orang tua. Kecuali dalam beberapa kasus, dibandingkan dengan usia rata-rata, atau menunda kelahiran anak hingga mereka lebih mapan dalam karier atau mempunyai keluarga besar sepanjang masa, usia madya masa sepi dalam kehidupan perkawinan.

#### 10. Usia Madya Merupakan Masa Jenuh

Ciri kesepuluh usia madya adalah bahwa sering kali periode ini merupakan masa yang penuh dengan kejenuhan. Para pria menjadi jenuh dengan kegiatan rutin sehari-hari dan kehidupan bersama keluarga yang hanya memberikan sedikit hiburan, wanita yang menghabiskan waktunya untuk memelihara rumah dan membesarkan anaknya, bertanya-tanya apa yang akan mereka lakukan pada usia dua puluh atau tiga puluh tahun kemudian. Kejenuhan tidak akan mendatangkan kebahagiaan ataupun kepuasan pada usia manapun. Akibatnya usia madya sering kali merupakan periode yang tidak menyenangkan dalam hidup.

## **C. Konsep Diabetes Melitus**

### **1. Definisi**

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes melitus berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi dan kegagalan beberapa organ tubuh terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah (PERKENI, 2015 dan ADA, 2017).

Diabetes melitus adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemi kronik akibat defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin yang disertai berbagai kelainan metabolik lain akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Rendy dan Margareth, 2012). Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Hal tersebut dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel beta langerhans kelenjar pankreas atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel tubuh terhadap insulin (Sunaryati dalam Masriadi, 2016).

### **2. Etiologi**

Umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu diabetes mellitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui. (Smeltzer dan Bare, 2015)

Diabetes mellitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain :

a. Pola makan

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

b. Obesitas (kegemukan)

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

c. Faktor genetis

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

d. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

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

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan

fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan risiko terkena diabetes mellitus.

f. Pola hidup

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

g. Kadar kortikosteroid yang tinggi. Kehamilan diabetes gestasional.

h. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas.

i. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

### 3. Klasifikasi

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

a. DM tipe 1

DM tipe 1 atau IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus), dapat terjadi disebabkan karena adanya kerusakan sel- $\beta$ , biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut yang disebabkan oleh proses autoimun atau idiopatik. Umumnya penyakit ini berkembang ke arah ketoasidosis diabetik yang menyebabkan kematian. DM tipe 1 terjadi sebanyak 5-10% dari semua DM. DM tipe 1 dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer dan Bare, 2015).

b. DM tipe 2

DM tipe 2 atau NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. DM tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan

metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. DM tipe 2 mengenai 90-95% pasien dengan DM. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan. DM tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

c. DM tipe tertentu

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

d. DM gestasional

DM ini merupakan DM yang didiagnosis selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan. Terjadi pada 2-5% semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

#### 4. Patofisiologi

Diabetes tipe I. Pada diabetes tipe satu terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia prosprandial (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glikosuria). Ketika glukosa yang berlebihan di eksresikan ke dalam urin, eksresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan

diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). (Smeltzer dan Bare, 2015).

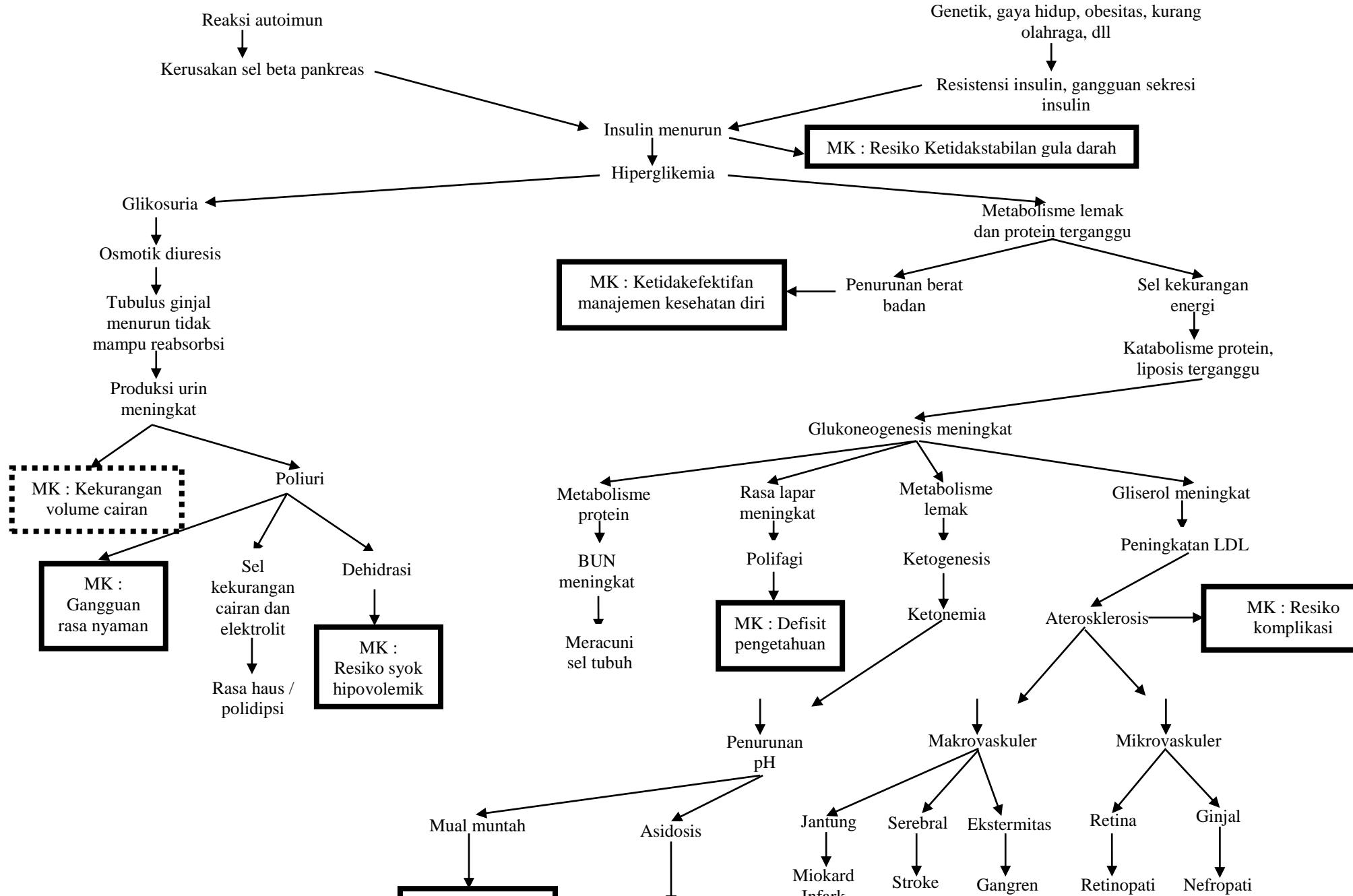
Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glikosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain). Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang disebabkan dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemi serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting (Smeltzer dan Bare, 2015).

DM tipe 2 merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemik kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya DM tipe 2 umumnya

disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer dan Bare, 2015). Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel  $\beta$  tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM tipe 2. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe 2. Meskipun demikian, DM tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) (Smeltzer dan Bare, 2015).

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan DM tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama-lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit DM selama bertahun-tahun adalah terjadinya komplikasi DM jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

## 5. WOC Diabetes Melitus





Ket :     **————**     : Intervensi dapat dilakukan di keluarga

**.....**     : Intervensi tidak dapat dilakukan di keluarga

Sumber : Smeltzer dan Bare, 2015 (sudah modifikasi)

## 6. Manifestasi Klinis

Adanya penyakit diabetes mellitus ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita. Manifestasi klinis Diabetes Melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) jika melewati ambang ginjal untuk ekskresi glukosa yaitu  $\pm 180$  mg/dl serta timbulnya rasa haus (polidipsia). Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori (Price dan Wilson, 2012).

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, turunnya berat badan, polifagia, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pengobatan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya penderita peka terhadap insulin. Sebaliknya pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolut namun hanya relatif. Sejumlah insulin tetap disekresi dan masih cukup untuk menghambat ketoasidosis (Price dan Wilson, 2012).

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

### a. Gejala akut penyakit DM

Gejala penyakit DM bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (poli) yaitu banyak

makan (poliphagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Keadaan tersebut, jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual (PERKENI, 2015).

b. Gejala kronik penyakit DM

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM adalah kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa tebal di kulit, kram, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering gantiacamata, gatal di sekitar kemaluan terutama pada wanita, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun, dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg (PERKENI, 2015).

## 7. Komplikasi

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

a. Komplikasi akut

1) Ketoasidosis diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut DM yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/mL) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKENI, 2015).

2) Hiperosmolar non ketotik (HMK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas

plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKENI, 2015).

### 3) Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah mg/dL. Pasien DM yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Gejala hipoglikemia terdiri dari berdebar-debar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan kesadaran menurun sampai koma (PERKENI, 2015).

### b. Komplikasi kronik

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

Kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari :

#### 1) Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular pada DM terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak atheroma. Makroangiopati tidak spesifik pada DM namun dapat timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan lebih serius. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita DM meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungan dengan kontrol kadar gula darah yang baik. Tetapi telah terbukti secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia merupakan suatu faktor resiko mortalitas kardiovaskular dimana peninggian kadar insulin dapat menyebabkan terjadinya risiko kardiovaskular menjadi semakin tinggi. Kadar insulin puasa  $> 15$  mU/mL akan meningkatkan risiko mortalitas koroner sebesar 5 kali lipat. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain

adalah pembuluh darah jantung atau penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah. Hiperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskular (Smeltzer dan Bare, 2015)

## 2) Komplikasi mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Retinopati diabetik dibagi dalam 2 kelompok, yaitu retinopati non proliferasif dan retinopati proliferasif. Retinopati non proliferasif merupakan stadium awal dengan ditandai adanya mikroaneurisma, sedangkan retinopati proliferasif, ditandai dengan adanya pertumbuhan pembuluh darah kapiler, jaringan ikat dan adanya hipoksia retina. Seterusnya, nefropati diabetik adalah gangguan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyaring darah. Nefropati diabetik ditandai dengan adanya proteinuria persisten ( $>0,5$  gr/24 jam), terdapat retinopati dan hipertensi. Kerusakan ginjal yang spesifik pada DM mengakibatkan perubahan fungsi penyaring, sehingga molekul-molekul besar seperti protein dapat masuk ke dalam kemih (albuminuria). Akibat dari nefropati diabetik tersebut dapat menyebabkan kegagalan ginjal progresif dan upaya preventif pada nefropati adalah kontrol metabolisme dan kontrol tekanan darah (Smeltzer dan Bare, 2015)

## 3) Neuropati

Diabetes neuropati adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat DM. Komplikasi yang tersering dan paling penting adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu ke bagian tangan. Neuropati berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang sering dirasakan adalah kaki terasa terbakar

dan bergetar sendiri, dan lebih terasa sakit di malam hari. Setelah diagnosis DM ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya polineuropatidistal. Apabila ditemukan adanya polineuropati distal, perawatan kaki yang memadai akan menurunkan risiko amputasi. Semua penyandang DM yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki (PERKENI, 2015).

## **8. Penatalaksanaan**

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

- a. Tujuan jangka pendek : menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut.
- b. Tujuan jangka panjang : mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid (mengukur kadar lemak dalam darah), melalui pengelolaan pasien secara komprehensif.

Pada dasarnya, pengelolaan DM dimulai dengan pengaturan makan disertai dengan latihan jasmani yang cukup selama beberapa waktu (2-4 minggu). Bila setelah itu kadar glukosa darah masih belum dapat memenuhi kadar sasaran metabolik yang diinginkan, baru dilakukan intervensi farmakologik dengan obat - obat anti diabetes oral atau suntikan insulin sesuai dengan indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, DM dengan stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, insulin dapat segera diberikan. Pada keadaan tertentu obat-obat anti diabetes juga dapat digunakan sesuai dengan indikasi dan dosis menurut petunjuk dokter. Pemantauan kadar glukosa darah bila dimungkinkan dapat dilakukan

sendiri di rumah, setelah mendapat pelatihan khusus untuk itu (PERKENI, 2015)

Menurut Smeltzer dan Bare (2015), tujuan utama penatalaksanaan terapi pada Diabetes Mellitus adalah menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi.

Tatalaksana diabetes terangkum dalam 4 pilar pengendalian diabetes. Empat pilar pengendalian diabetes, yaitu :

a. Edukasi

Penderita diabetes perlu mengetahui seluk beluk penyakit diabetes. Dengan mengetahui faktor risiko diabetes, proses terjadinya diabetes, gejala diabetes, komplikasi penyakit diabetes, serta pengobatan diabetes, penderita diharapkan dapat lebih menyadari pentingnya pengendalian diabetes, meningkatkan kepatuhan gaya hidup sehat dan pengobatan diabetes. Penderita perlu menyadari bahwa mereka mampu menanggulangi diabetes, dan diabetes bukanlah suatu penyakit yang di luar kendalinya. Terdiagnosis sebagai penderita diabetes bukan berarti akhir dari segalanya. Edukasi (penyuluhan) secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil.

b. Pengaturan makan (Diet)

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

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

c. Olahraga / Latihan Jasmani

Pengendalian kadar gula, lemak darah, serta berat badan juga membutuhkan aktivitas fisik teratur. Selain itu, aktivitas fisik juga memiliki efek sangat baik meningkatkan sensitivitas insulin pada tubuh penderita sehingga pengendalian diabetes lebih mudah dicapai. Porsi olahraga perlu diseimbangkan dengan porsi makanan dan obat sehingga tidak mengakibatkan kadar gula darah yang terlalu rendah. Panduan umum yang dianjurkan yaitu aktivitas fisik dengan intensitas ringan-selama 30 menit dalam sehari yang dimulai secara bertahap. Jenis olahraga yang dianjurkan adalah olahraga aerobik seperti berjalan, berenang, bersepeda, berdansa, berkebun, dll. Penderita juga perlu meningkatkan aktivitas fisik dalam kegiatan sehari-hari, seperti lebih memilih naik tangga ketimbang lift, dll. Sebelum olahraga, sebaiknya penderita diperiksa dokter sehingga penyulit seperti tekanan darah yang tinggi dapat diatasi sebelum olahraga dimulai.

d. Obat / Terapi Farmakologi

Obat oral ataupun suntikan perlu diresepkan dokter apabila gula darah tetap tidak terkontrol setelah 3 bulan penderita mencoba menerapkan gaya hidup sehat di atas. Obat juga digunakan atas pertimbangan dokter pada keadaan-keadaan tertentu seperti pada komplikasi akut diabetes, atau pada keadaan kadar gula darah yang terlampaui tinggi

## **D. Askep Teoritis**

### **1. Pengkajian**

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



a. Data umum

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

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

4) Suku

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

5) Agama

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

6) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan

yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Diabetes Melitus sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah keatas. Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas fisik, dan stres berperan penting sebagai pemicu diabetes (Friedmann, 2010).

#### 7) Aktifitas Rekreasi Keluarga

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

#### 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 Melitus adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu suatu kemunduran fungsi system organ tubuh, termasuk penurunan fungsi dari sel beta pankreas.

##### 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Biasanya keluarga dengan diabetes mellitus kurang peduli terhadap pengontrolan kadar gula darah jika 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 bias digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Perlu dikaji riwayat kesehatan keluarga karena diabetes mellitus juga merupakan salah satu dari penyakit keturunan, disamping itu juga perlu dikaji tentang perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

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

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

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

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

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

3) Mobilitas geografis keluarga

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

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

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

5) Sistem Pendukung Keluarga

Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat terhadap pasien dengan diabetes melitus. Pengelolaan pasien yang menderita Diabetes Melitus dikeluarga sangat membutuhkan peran aktif seluruh anggota keluarga, petugas dari pelayanan kesehatan yang ada dimasyarakat. Semuanya berperan dalam pemberian edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang menderita Diabetes Melitus.

d. Struktur Keluarga

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

mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan (Friedman, 2010). Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya. Fungsi ini merupakan basis sentral bagi pembentukan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berkaitan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda - tanda gangguan kesehatan selanjutnya. Bagaimana keluarga, merasakan hal-hal yang dibutuhkan oleh individu lain dalam keluarga tersebut. Keluarga yang kurang memperhatikan keluarga yang menderita DM akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

2) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta memberi dan menerima cinta (Friedman, 2010). Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang menderita DM untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi tingkat stress keluarga. Biasanya penderita DM akan kehilangan semangat oleh karena merasa jenuh dengan pengobatan yang berlaku seumur hidup. Pada kasus penderita diabetes mellitus yang sudah komplikasi, dapat

mengalami gangguan fungsi sosial baik didalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

### 3) Fungsi Perawatan Keluarga

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yg sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas pokok keluarga, yaitu :

- a) Mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, sejauh mana keluarga mengetahui pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah. Pada kasus diabetes mellitus ini dikaji bagaimana pemahaman keluarga mengenai pengertian diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus serta bagaimana penanganan dan perawatan terhadap keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- b) Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang sesuai dan tepat untuk keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan dan menentukan tindakan dalam keluarga. Yang perlu dikaji adalah bagaimana mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita diabetes mellitus dan kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat akan mendukung kesembuhan anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- c) Mengetahui sejauh mana keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus, bagaimana keadaan

penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus.

d) Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Bagaiman keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah timbulnya komplikasi dari diabetes mellitus. Pemeliharaan lingkungan yang baik akan meningkatkan kesehatan keluarga dan membantu penyembuhan. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan biasanya disebabkan karena terbatasnya sumber – sumber keluarga diantaranya keuangan, kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat.

e) Mengatui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung terhadap kesehatan seseorang. Keluarga mengetahui ke fasilitas kesehatan mana anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus dibawa untuk melakukan pengontrolan rutin kadar gula darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan akan membantu anggotakeluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan agar masalah teratasi.

#### 4) Fungsi reproduksi

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

sedangkan pada wanita biasanya akan mengalami radang vagina yang disebabkan infeksi jamur.

5) Fungsi ekonomi

Menjelaskan sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan serta sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga. Pada keluarga dengan tingkat ekonomi yang mencukupi akan memperhatikan kebutuhan perawatan penderita diabetes, misalnya dengan menggunakan susu diabetasol.

f. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

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

2) Stressor jangka panjang

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

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stressor dikaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

4) Strategi koping yang digunakan

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

5) Strategi adaptasi disfungsional

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

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang di gunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan



pemeriksaan fisik klinik *head to toe*, untuk pemeriksaan fisik untuk diabetes mellitus adalah sebagai berikut :

1) Status kesehatan umum

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

2) Kepala dan leher

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

3) Sistem Integumen

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

4) Sistem Pernafasan

Dikaji adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Biasanya pada penderita diabetes mellitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

5) Sistem Kardiovaskuler

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

6) Sistem Gastrointestinal

Pada penderita diabetes mellitus akan terjadi polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

7) Sistem Perkemihan

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

8) Sistem Muskuluskletal

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

9) Sistem Neurologis

Pada penderita diabetes mellitus biasanya ditemui terjadinya penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

## **2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan keluarga yang dikembangkan adalah diagnosis tunggal yang hampir serupa dengan diagnosis keperawatan klinik. (Sudiharto, 2012). Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi dan simptom) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2012).

Diagnosis yang dapat muncul pada keluarga terkait fungsi perawatan keluarga seperti ketidakefektifan manajemen kesehatan diri,

ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan diri, ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik, dll (NANDA, 2015).

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

- a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan).
- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

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

- a. Resiko ketidakstabilan gula darah
- b. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri
- c. Gangguan rasa nyaman
- d. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- e. Resiko komplikasi
- f. Defisit pengetahuan
- g. Resiko syok hipovolemik
- h. Resiko kerusakan integritas kulit
- i. Resiko cedera

Setelah dilakukan skoring menggunakan skala prioritas, maka didapatkan diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan NANDA (2015) dengan etiologi menurut Friedman (2010), sebagai berikut :

- a. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- c. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

### SKALA PRIORITAS MASALAH

Kriteria	SKOR	BOBOT	PEMBENARAN
Sifat masalah :			
(1) Tidak/kurang sehat	3	1	
(2) Ancaman	2		
(3) Sejahtera	1		
Kemungkinan masalah dapat diubah :			
(1) Mudah	2	2	
(2) Sebagian	1		
(3) Tidak dapat	0		
Potensi masalah untuk dicegah :			
(1) Tinggi	3	1	
(2) Cukup	2		
(3) Rendah	1		
Menonjolnya masalah :			
(1) Masalah berat harus ditangani	2	1	
(2) Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	1		
(3) Masalah tidak dirasakan	0		
<b>TOTAL SKOR</b>			

Sumber : Widyanto (2014)

Skoring :

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

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- d. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan, pernyataan keluarga, dan perencanaan keluarga, dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternative dan sumber, serta menentukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja (Friedman, 2010)

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Rencana Tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami bagaimana perawatan diabetes mellitus	1. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu mengenal masalah diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan defenisi diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 6 dari 8 penyebab dari diabetes mellitus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes mellitus merupakan kondisi dimana kadar gula darah sewaktu diatas 180 mg/dl dan gula darah puasa diatas 125 mg/dl.</li> <li>• Penyebab diabetes mellitus yaitu faktor genetik atau keturunan, pola makan yang tidak teratur, kurangnya aktifitas fisik atau olah raga, stress, obesitas atau kegemukan, obat-obatan dan infeksi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Beri reinforcement positif</li> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang penyebab diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>•Keluarga mampu menyebutkan 6 dari 8 tanda dan gejala diabetes mellitus.</li> <li>•Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 7 cara pencegahan diabetes mellitus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tanda dan gejala diabetes mellitus yaitu sering kencing, sering lapar, sering haus, rasa gatal, mudah lelah, luka yang sulit sembuh atau infeksi pada kulit, pandangan kabur, dan kesemutan atau baal.</li> <li>•Pencegahan diabetes melitus antara lain menerapkan pola hidup sehat, terapkan pola makan yang baik dan sehat, jaga kondisi mental spiritual, melakukan aktifitas fisik secara rutin, jaga berat badan ideal, jauhi rokok dan minuman alkohol serta konsumsi berbagai herbal yang dapat mencegah diabetes melitus.</li> </ul>	<p>positif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Gali pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala diabetes mellitus</li> <li>•Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>•Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>•Berikan reinforcement positif</li> <li>•Gali pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala diabetes mellitus</li> <li>•Diskusikan dengan keluarga tentang cara pencegahan diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>•Keluarga bersama perawat mengidentifikasi anggota keluarga yang mengalami masalah diabetes mellitus</li> <li>•Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> </ul>
--	--	--	--	---	---	--

			<p>2. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kembali pengertian, penyebab, tanda gejala dan pencegahan diabetes mellitus pada keluarga.</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</li> <li>• Kaji keputusan yang diambil oleh keluarga</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari diabetes mellitus</li> <li>• Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang keputusan yang telah dibuat</li> <li>• Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga untuk mengatasi masalah diabetes mellitus pada keluarga</li> </ul>
			<p>3. Setelah dilakukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu merawat anggota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memahami bagaimana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga</li> </ul>



			<p>kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<p>keluarga dengan diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara mengatasi diabetes mellitus</p>	<p>perawatan diabetes mellitus dan mampu menyebutkan 3 dari 5 cara mengatasi masalah diabetes mellitus, yaitu manajemen diet, aktivitas dan olah raga (senam DM dan senam kaki), pengobatan, manajemen stress, dan pemeriksaan berkala kadar gula darah.</p>	<p>tentang cara merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang cara merawat dan cara mengatasi diabetes mellitus</li> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</li> </ul>
		4.	<p>Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan</p>	<p>• Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<p>• Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarang), menggunakan alas kaki</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan nyaman dan sehat untuk anggota</li> </ul>

			<p>yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p> <p>5. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan</li> </ul>	<p>saat berjalan keluar dari rumah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</li> </ul>	<p>keluarga dengan diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga.</li> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</li> <li>• Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</li> <li>• Evaluasi kembali apa saja fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pada semua anggota keluarga</li> <li>• Berikan kesempatan</li> </ul>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>keluarga untuk bertanya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan pujian pada keluarga</li> </ul>
2.	<p>Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami bagaimana pengaturan diet pada pasien diabetes mellitus</p>	<p>1. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami diet pada pasien diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan defenisi diet pada diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 tujuan diet pada diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diet pada pasien diabetes adalah pengaturan jenis dan jumlah makanan dengan maksud mempertahankan kesehatan serta status nutrisi dan membantu menyembuhkan serta pencegahan terjadinya komplikasi.</li> <li>• Tujuan diet diabetes antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, mencapai dan mempertahankan lipid mendekati normal, mencapai berat badan normal, mencegah komplikasi kronik,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian diet diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian diet diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang tujuan diet diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang tujuan diet diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 8 dari 8 macam-macam diit pada diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> </ul>	<p>meningkatkan kualitas hidup sehingga dapat melakukan pekerjaan sehari-hari seperti biasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Macam-macam diit pasien diabetes antara lain Diet Diabetes Melitus I, Diet Diabetes Melitus II, Diet Diabetes Melitus III, Diet Diabetes Melitus IV, Diet Diabetes Melitus V, Diet Diabetes Melitus VI, Diet Diabetes Melitus VII, Diet Diabetes Melitus VIII. Diet I-III diberikan kepada pasien yang terlalu gemuk. Diet IV-V diberikan kepada pasien yang mempunyai berat badan normal. Diet VI-VIII diberikan kepada pasien kurus, diabetes remaja</li> </ul>	<p>untuk bertanya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan reinforcement positif</li> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang macam-macam diit diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang macam-macam diit diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 8 macam-macam makanan yang baik dikonsumsi penderita diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> </ul>	<p>(<i>Juvenile Diabetes</i>), atau diabetes dengan komplikasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makanan yang baik dikonsumsi penderita diabetes antara lain makanan yang terbuat dari biji-bijian utuh atau karbohidrat kompleks seperti nasi merah, kentang panggang, <i>oatmeal</i>, roti dan sereal dari biji-bijian utuh; daging tanpa lemak yang dikukus, direbus, dipanggang, dan dibakar; sayur-sayuran yang diproses dengan cara direbus, dikukus, dipanggang atau dikonsumsi mentah. Sayuran yang baik dikonsumsi untuk penderita diabetes di antaranya brokoli dan bayam; buah-buahan segar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang makanan yang baik untuk penderita diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga makanan yang baik untuk diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> </ul>
--	--	--	--	---	--	---

			<p>2. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> </ul>	<p>kacang-kacangan, termasuk kacang kedelai dalam bentuk tahu yang dikukus, dimasak untuk sup dan ditumis; <i>popcorn</i> tawar; produk olahan susu rendah lemak dan telur; ikan seperti tuna, salmon, sarden dan makarel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji keputusan yang diambil oleh keluarga</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi dari diabetes mellitus</li> <li>• Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang keputusan yang telah dibuat</li> <li>• Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga untuk mengatasi masalah diabetes mellitus pada keluarga</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

			<p>3. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara mengatasi diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memahami bagaimana perawatan diabetes mellitus dan mampu menyebutkan 3 dari 5 cara mengatasi masalah diabetes mellitus, yaitu manajemen diet, aktivitas dan olah raga (senam DM dan senam kaki), pengobatan, manajemen stress, dan pemeriksaan berkala kadar gula darah.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara mengatasi masalah diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang cara merawat dan cara mengatasi diabetes mellitus</li> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</li> </ul>
			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> </ul>

			<p>keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<p>anggota keluarga diabetes mellitus</p>	<p>memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarang), menggunakan alas kaki saat berjalan keluar dari rumah.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga.</li> </ul>
			<p>5. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</li> <li>• Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</li> <li>• Evaluasi kembali apa saja fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan</li> </ul>



					apa keuntungannya.	bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pada semua anggota keluarga <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga</li> </ul>
3.	Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.	Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami pencegahan komplikasi diabetes mellitus	1. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu mengenal dan memahami diit pada pasien diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan defenisi komplikasi diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 5 komplikasi diabetes mellitus dengan bahasa sendiri.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikasi diabetes melitus adalah gabungan atau hadirnya penyakit baru yang bersarang dalam tubuh sebagai tambahan dari penyakit diabetes melitus yang sebelumnya sudah ada dan biasanya disebabkan karena penanganan yang lambat.</li> <li>• Komplikasi diabetes melitus antara lain penyakit kardiovaskuler, penyakit ginjal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian komplikasi diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang komplikasi diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan 2 dari 3 cara pencegahan dan pengendalian komplikasi diabetes</li> </ul>	<p>(nefropati), penyakit mata, penyakit syaraf (neuropati) dan kerentanan terhadap infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara pencegahan dan pengendalian diabetes melitus yaitu kontrol gula darah, kontrol tekanan darah dan kontrol kolesterol.</li> </ul>	<p>keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> </ul>
			2. Setelah dilakukan kunjungan 1 x	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga memberi keputusan untuk merawat anggota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gali pengetahuan keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang macam-macam komplikasi diabetes mellitus dengan menggunakan lembar balik dan leaflet</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan reinforcement positif</li> </ul>
						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji keputusan yang diambil oleh keluarga</li> <li>• Diskusikan dengan</li> </ul>

			<p>50 menit keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<p>anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<p>keluarga dengan masalah diabetes mellitus</p>	<p>keluarga tentang komplikasi dari diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang keputusan yang telah dibuat</li> <li>• Beri pujian atas keputusan yang diambil keluarga untuk mengatasi masalah diabetes mellitus pada keluarga</li> </ul>
		3.	<p>Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus dan mampu mendemonstrasikan bagaimana cara perawatan kaki pasien diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memahami bagaimana perawatan kaki pada pasien diabetes yaitu Periksa kaki secara teratur setiap hari, cuci kaki setiap hari dengan sabun yang lembut, potonglah kuku-kuku di jari kaki dengan hati-hati, olesi kaki dengan krim pelembab agar tidak retak,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang cara perawatan kaki anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan kaki anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Menjelaskan dan mendemonstrasikan pada keluarga mengenai cara perawatan kaki anggota</li> </ul>

			<p>4. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan yang dapat membantu dalam perawatan anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> </ul>	<p>gunakan alas kaki, pilih kaus kaki dengan kandungan katun yang tinggi dan jadwalkan kunjungan ke dokter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk merawat anggota keluarga dengan memelihara kebersihan rumah (jangan meletakkan barang sembarang), menggunakan alas kaki saat berjalan keluar dari rumah.</li> </ul>	<p>keluarga dengan masalah diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi kembali tentang cara perawatan kaki</li> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga atas jawaban yang benar.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang lingkungan yang nyaman untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Diskusikan bersama keluarga bagaimana lingkungan nyaman dan sehat untuk anggota keluarga dengan diabetes mellitus</li> <li>• Evaluasi kembali tentang bagaimana lingkungan yang dapat menunjang kesehatan anggota keluarga yang sakit</li> <li>• Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga.</li> </ul>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>5. Setelah dilakukan kunjungan 1 x 50 menit keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu menyebutkan apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa keuntungan membawa anggota keluarga yang sakit ke fasilitas kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam melakukan perawatan pada keluarga dengan masalah diabetes mellitus yaitu dengan membawa anggota keluarga untuk kontrol dan berobat ke puskesmas, rumah bidan dan RS serta keluarga memahami apa keuntungannya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji pengetahuan keluarga tentang apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan apa manfaat fasilitas kesehatan tersebut.</li> <li>• Diskusikan bersama keluarga apa saja fasilitas kesehatan yang ada dan bagaimana memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.</li> <li>• Evaluasi kembali apa saja fasilitas kesehatan yang bisa digunakan dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan pada semua anggota keluarga</li> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>• Berikan pujian pada keluarga</li> </ul>
--	--	--	--	--	---	---

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

Menurut Padila (2012), tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa :

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara :
  - 1) Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
  - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
  - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
  - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
  - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
  - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
  - 3) Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan dengan cara :

- 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :
- 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
  - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya 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 METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus, dimana penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan bagaimana penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes melitus wilayah kerja puskesmas Andalas.

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan pada dua keluarga yaitu Ny.N sebagai partisipan I dan Ny.D sebagai partisipan II dengan masalah diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang. Penelitian ini dilakukan sejak bulan Januari 2017 sampai dengan bulan Juni 2017. Asuhan keperawatan keluarga diberikan selama 7 hari dimulai tanggal 16 Mei 2017 sampai dengan tanggal 22 Mei 2017 sebanyak 14 kali kunjungan dengan 2 kali kunjungan dalam sehari.

### **C. Polulasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari objek yang diteliti atau subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dari penelitian ini adalah pasien yang berkunjung dengan kasus diabetes melitus dalam 3 bulan terakhir pada usia pertengahan (*middle age*). Data yang didapatkan di Puskesmas Andalas ada 113 pengunjung diabetes melitus dari bulan Januari 2017 sampai dengan 18 Maret 2017 dalam usia pertengahan.

#### **2. Sampel**

Sampel terdiri dari bagian populasi yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Sampel

penelitian ini adalah pasien dengan diabetes melitus di wilayah kerja puskesmas Andalas dengan jumlah sampel 2 orang.

Adapun cara memilih sampel berdasarkan kriteria inklusi, sebagai berikut:

- a. Pengunjung dalam usia pertengahan / *middle age* (45-59 tahun)
- b. Pengunjung yang memiliki alamat lengkap
- c. Pengunjung yang memiliki nomor telepon
- d. Pengunjung yang mengalami komplikasi diabetes melitus
- e. Keluarga dengan KM I :
  - 1) Menerima petugas perawatan kesehatan keluarga
  - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- f. Klien yang tingkat perekonomian menengah kebawah
- g. Klien yang jarang mengontrol kadar gula darah dan tekanan darah ke pelayanan kesehatan
- h. Anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan
- i. Keluarga dan klien bersedia diberikan asuhan keperawatan
- j. Klien yang mampu berkomunikasi dengan baik dan lancar serta kooperatif
- k. Keluarga dan klien yang berada ditempat saat dilakukan penelitian.

#### **D. Cara Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini dengan observasi, wawancara, dokumentasi dan pengukuran dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga, format pengkajian diabetes melitus dan format kuisioner diabetes melitus sebagai alat acuan yang digunakan peneliti.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah :

1. Peneliti meminta surat rekomendasi pengambilan data dan surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes Padang ke Dinas Kesehatan Kota Padang.

2. Peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Padang dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapatkan surat rekomendasi ke Puskesmas Andalas Kota Padang .
3. Peneliti mendatangi Puskesmas Andalas Kota Padang dan menyerahkan surat rekomendasi dan surat izin penelitian dari Dinas Kota Padang.
4. Peneliti meminta izin kepada kepala Puskesmas Andalas Kota Padang
5. Peneliti meminta jumlah kunjungan diabetes mellitus dari Januari 2016 sampai Desember 2016
6. Peneliti meminta data pasien kunjungan 3 bulan terakhir dengan diabetes melitus pada usia pertengahan dan didapatkan ada 113 pengunjung.
7. Peneliti memilih responden. Peneliti memilih berdasarkan pengunjung yang memiliki alamat lengkap dan didapatkan ada 56 orang. Peneliti memilih berdasarkan pengunjung yang memiliki nomor telepon dan didapatkan ada 12 orang. Dari 12 pengunjung yang memiliki nomor telepon, setelah dihubungi 5 pengunjung tidak bisa dihubungi karena nomor telepon tidak akti, 2 pengunjung tidak mengangkat telepon, dan 5 orang pengunjung mengangkat telepon. Setelah dijelaskan maksud dan tujuan penelitian, 3 pengunjung menolak dengan alasan sibuk dan tidak ada waktu, sedangkan 2 pengunjung bersedia diberikan asuhan keperawatan dan akan dijadikan sampel dalam penelitian.
8. Peneliti mengunjungi rumah responden, yaitu Ny.N sebagai partisipan I dan Ny.D sebagai partisipan II
9. Partisipan I dan partisipan II merupakan Keluarga Mandiri I
10. Partisipan I dan partisipan II diberi penjelasan mengenai tujuan penelitian
11. *Informed consent* diberikan kepada partisipan I dan partisipan II
12. Partisipan I dan partisipan II diberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang diragukan
13. Partisipan I dan partisipan II setuju untuk diberikan asuhan keperawatan keluarga dan menandatangani *informed consent*
14. Peneliti meminta waktu partisipan I dan partisipan II untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan teknik wawancara dan anamnesa. Peneliti juga

melakukan observasi dan pengukuran dengan melakukan pemeriksaan fisik secara *head to toe* pada partisipan I dan partisipan II

15. Bersama keluarga peneliti merumuskan dan menjelaskan intervensi apa yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga partisipan I dan partisipan II
16. Peneliti melakukan implementasi dan evaluasi selama 5 hari dengan 10 kali kunjungan pada partisipan I dan partisipan II
17. Setelah selesai melakukan implementasi dan evaluasi peneliti membuat dokumentasi keperawatan dan melakukan terminasi terhadap partisipan I dan partisipan II.

#### **E. Instrumen / Alat Pengumpulan Data**

Instrument penelitian atau alat pengumpulan data, dalam pembuatannya mengacu pada variable, defenisi operasional dan skala pengukuran data yang dipilih. Pengumpulan data pada partisipan I dan partisipan II dimulai dengan melakukan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Data yang didapatkan melalui wawancara dan anamnesa antara lain data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stressor dan koping keluarga serta harapan keluarga. Data yang didapatkan melalui observasi antara lain karakteristik rumah dan pemeriksaan fisik. Data yang didapatkan melalui pengukuran antara lain tekanan darah, kadar gula darah, berat badan, tinggi badan, nadi, pernafasan dan suhu. Data lainnya diperoleh melalui dokumen-dokumen yang tertulis yang didapatkan dari medical record partisipan di puskesmas. Untuk melengkapi data pengkajian awal pada partisipan, alat yang digunakan peneliti yaitu stetoskop, tensimeter, penlight, alat ukur BB, alat ukur TB dan alat ukur gula darah.

#### **F. Jenis-Jenis Data**

##### **1. Jenis Data**

- a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti langsung dari sumber data atau partisipan. Data primer yang penulis dapatkan

dengan wawancara dan anamnesa langsung terhadap keluarga meliputi : Identitas seluruh anggota keluarga, riwayat kesehatan keluarga, pola aktifitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik seluruh anggota keluarga termasuk pemeriksaan kadar gula darah klien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah cara pengumpulan data penelitian dengan menyalin data yang tersedia kedalam format isian yang telah disusun. Kelebihan data sekunder adalah efisiensi dalam hal waktu, tenaga dan biaya (Supardi & Rustika, 2013). Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan bulanan puskesmas yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan. Data sekunder pada penelitian ini peneliti dapatkan dari dokumen / *Medical Record* di Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang berupa jumlah kunjungan pasien dengan diabetes selama tahun 2016 dan kunjungan selama 3 bulan terakhir yaitu dari bulan Januari 2017 sampai dengan Maret 2017.

**G. Hasil Analisis**

Data yang peneliti temukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan dengan membuat analisa data. Setelah membuat analisa data peneliti langsung merumuskan diagnosa keperawatan, setelah itu melakukan prioritas masalah untuk menyusun dan menentukan diagnosa yang diutamakan. Setelah itu peneliti melakukan implementasi selama 5 hari sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan dan dilanjutkan dengan melakukan dan evaluasi keperawatan. Setelah itu peneliti melakukan dokumentasi keperawatan. Analisis selanjutnya peneliti membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada partisipan I dan partisipan II sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu.

**BAB IV**  
**DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

**A. Deskripsi Kasus**

Kunjungan keluarga dilakukan pada keluarga Ibu.N dan Ibu.D dengan Diabetes melitus pada usia pertengahan. Kunjungan dimulai pada tanggal 16 Mei 2017 sampai 22 Mei 2017. Kunjungan dilakukan 2 kali dalam sehari selama 7 hari dengan total 14 kali kunjungan. Lokasi penelitian dilakukan di daerah Kp.Tarandam Andalas kota Padang.

PENGKAJIAN	PARTISIPAN I	PARTISIPAN II
<b>Data Umum</b>	<p>Ibu.N (58 tahun) merupakan seorang ibu rumah tangga. Suami Ibu.N adalah Bapak.B (62 tahun) bekerja sebagai kuli bangunan.</p> <p>Keluarga ini merupakan keluarga inti (<i>nuclear family</i>) yang terdiri dari seorang ayah, ibu, dan 4 orang anak. Ibu.N hanya tinggal dengan suami karena anak-anak lainnya sudah menikah dan anak keempat yang belum menikah sudah bekerja di luar kota.</p> <p>Pendapatan keluarga Ibu.N dalam sebulan <math>\pm</math> Rp.800.000 untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari.</p>	<p>Ibu.D (45 tahun) merupakan seorang ibu rumah tangga. Suami Ibu.D adalah Bapak.A (48 tahun) bekerja sebagai buruh swasta.</p> <p>Keluarga ini merupakan keluarga inti (<i>nuclear family</i>) yang terdiri dari ayah, ibu dan 3 orang anak. Ibu.D tinggal dengan suami dan 2 anaknya, karena anak pertama Ibu.D sudah bekerja diluar kota.</p> <p>Pendapatan keluarga Ibu.D dalam sebulan <math>\pm</math> Rp.1.500.000 untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari.</p>
<b>Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga</b>	<p>Tahap perkembangan keluarga Ibu.N saat ini adalah tahap VII. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu anak keempat Ibu.N yang sudah bekerja tetapi belum mendapatkan pekerjaan tetap dan membuat Ibu.N terkadang masih memberi uang untuk anaknya.</p> <p>Ibu.N menderita diabetes melitus sudah 2 tahun sejak tahun 2015. Ibu.N mengeluh sering merasa lapar</p>	<p>Tahap perkembangan keluarga Ibu.D saat ini adalah tahap VI. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu anak pertama Ibu.D yang masih belum mendapat pekerjaan yang tetap dan juga anak-anak lain yang belum mandiri karena masih bergantung pada Ibu.D dan Bapak.A.</p> <p>Ibu.D menderita diabetes melitus sudah 4 tahun sejak tahun 2013. Ibu.D mengeluh sering merasa</p>

<p><b>Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga</b></p>	<p>dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki, susah tidur pada malam hari, berat badan turun 5 kg, merasa gatal pada kulit dan juga daerah kemaluan serta penglihatan kabur. Ibu.N mendapat terapi obat oral.</p> <p>Ibu.N menderita hipertensi dan kolesterol tinggi. Ini merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya diabetes melitus pada Ibu.N, selain itu juga disebabkan karena dulu Ibu.N suka mengkonsumsi kopi dan <i>coffee mix</i> atau <i>cappucino</i> dengan gula yang banyak. Ibu.N sudah menderita hipertensi sejak umur 35 tahun. Kepala dan leher Ibu.N akan terasa sangat sakit dan berat ketika tekanan darah Ibu.N diatas 160/100 mmHg. Bapak.B pernah menderita TB paru tahun 2016 dan telah mengkonsumsi obat TB selama 6 bulan dan setelah dilakukan pemeriksaan sputum pada bulan Januari 2017 hasilnya sudah negatif.</p> <p>Ibu.N bersaudara ada 8 orang dan 3 orang termasuk Ibu.N menderita diabetes melitus karna faktor maknana dan gaya hidup. Tidak ada riwayat diabetes melitus dari orang tua Ibu.N, tetapi ada riwayat hipertensi dari orang tua laki-laki Ibu.N</p>	<p>lapar dan haus, mudah lelah dan mengantuk, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki terutama jika hari dingin dan berat badan yang naik sebesar 6 kg. Ibu. D mendapat 2 jenis terapi insulin, yang pertama yaitu Noverapid dan Levemir .</p> <p>Ibu.D menderita penyakit magh dan vertigo. Ibu.N pernah menjalani operasi pengangkatan tumor payudara pada tahun 2015. Penyakit diabetes melitus yang diderita Ibu.D merupakan faktor keturunan. Selain itu, Ibu.D juga suka mengkonsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula yang tinggi. Saat ini anggota keluarga inti Ibu.D yang lain dalam keadaan sehat.</p> <p>Orang tua laki-laki Ibu.D dan 2 orang adik dari orang tua laki-laki Ibu.D juga menderita diabetes melitus yang juga merupakan faktor keturunan.</p>
<p><b>Lingkungan</b></p>	<p>Rumah Ibu.N kurang mendapat cahaya matahari dan ventilasi serta jendela rumah yang kurang. Banyak barang-barang yang berserakan di gudang dan dapur. Lantai rumah Ibu.D terbuat dari semen yang masih kasar. Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu puskesmas, posyandu, dokter dan rumah bidan.</p>	<p>Rumah Ibu.D kurang mendapat cahaya matahari dan ventilasi serta jendela rumah yang juga kurang. Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu puskesmas, posyandu, dokter dan rumah bidan. Fasilitas kesehatan tersebut dapat dijangkau dengan menggunakan motor maupun berjalan kaki.</p>

<p><b>Struktur Keluarga</b></p>	<p>Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Ibu.N menggunakan telepon seluler dengan anak-anaknya.</p> <p>Ibu.N berperan sebagai seorang istri yang mengurus rumah tangga dan seorang ibu bagi anak-anak serta berperan sebagai nenek bagi cucunya.</p> <p>Dalam mengobati penyakitnya, Ibu.N lebih suka mengkonsumsi obat-obat herbal dari tanaman dari pada obat-obat dari rumah sakit. Ibu.N banyak menanam tanaman obat-obatan di depan rumah.</p>	<p>Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Ibu.N secara langsung antar anggota keluarga.</p> <p>Ibu.D berperan sebagai seorang istri yang mengurus rumah tangga dan seorang ibu bagi anak-anak.</p> <p>Dalam mengobati penyakitnya, Ibu.D mengkonsumsi obat-obat herbal dan obat-obat dari rumah sakit.</p>
<p><b>Fungsi Keluarga</b></p>	<p>Ibu.N tau mengenai penyakit yang ia derita dan apa penyebabnya. Biasanya saat sakit Ibu.N akan mengkonsumsi obat herbal terlebih dahulu, jika tidak ada perubahan baru dibawa ke fasilitas kesehatan. Ibu.N masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk kesehatan, terlihat dari banyaknya barang-barang yang berserak di gudang yang tidak ada pembatas dengan dapur. Kaki Ibu.N juga telah beberapa kali luka karena lantai rumah dapur yang tidak rata dan Ibu.N juga tidak memakai alas kaki. Ibu.N rutin kontrol gula darah sekali dalam sebulan.</p>	<p>Ibu.D tau mengenai penyakit yang ia derita dan apa faktor penyebabnya. Biasanya saat sakit Ibu.D akan mengkonsumsi obat herbal terlebih dahulu, jika tidak ada perubahan baru dibawa ke fasilitas kesehatan. Saat sakit Ibu.D akan dirawata oleh suami dan anaknya, juga oleh tetangga rumah karena rumah mereka sangat berdekatan. Ibu.D masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk kesehatan, terlihat dari jarangnyanya Ibu.D memakai alas kaki baik di dalam maupun luar rumah. Ibu.N kontrol gula darah jika terasa keluhan saja.</p>
<p><b>Stressor dan Koping Keluarga</b></p>	<p>Yang menjadi beban Ibu.N yaitu bagaimana mendapatkan penghasilan untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari bagaimana cara agar mata sebelah kiri Ibu.N dapat sembuh tanpa operasi, karena Ibu.N takut untuk melakukan operasi pada mata sebelah kiri tersebut.</p>	<p>Yang menjadi beban pikiran Ibu.D yaitu sakit magh nya sering kambuh. Dan jika sudah kambuh ia hanya dapat tidur dan tidak dapat melakukan apa-apa serta bagaimana ia memantu mencari penghasilan untuk keluarga karena anak-anak masih membutuhkan biaya untuk sekolah. Juga ia yang selalu menjadi beban adalah penyakit yang diderita oleh Ibu.D karena jika ia sakit tidak ada yang mengurus keluarga dan juga akan</p>



	<p>Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Ibu.N dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar tanpa marah-marah dan Ibu.N juga menerima apapun yang terjadi pada Ibu.N terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT. Jika merasa lelah dan sakit Ibu,N akan beristirahat dan tidur.</p>	<p>menjadi beban bagi keluarga.</p> <p>Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Ibu.D dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah, tetapi jika sedang kesal Ibu.D juga terkadang marah. Ibu.D menerima apapun yang terjadi pada Ibu.D terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT. Jika merasa lelah dan sakit Ibu.D akan beristirahat dan tidur.</p>
<p><b>Pemeriksaan Fisik</b></p>	<p>- TB : 148 cm  - BB : 60 kg  - IMT :  - TD : 140/90 mmHg  Gula darah sewaktu : 262 g/dl</p> <p>Sering merasa kesemutan pada ekstermitas atas dan bawah. Tidak dilakukan pemeriksaan pada genetalia, saat dilakukan anamnesa Ibu.N mengeluhkan sering terasa gatal pada daerah kemaluan</p>	<p>- TB : 150 cm  - BB : 55 kg  - IMT :  - TD : 120/80 mmHg  - Gula darah sewaktu : 292 g/dl</p> <p>Sering merasa kesemutan pada ekstermitas atas dan bawah. Tidak dilakukan pemeriksaan pada genetalia, saat dilakukan anamnesa Ibu.D mengeluhkan sering terasa gatal pada daerah kemaluan</p>
<p><b>Diagnosa Keperawatan Keluarga</b></p>	<p>Setelah analisa data berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan masalah, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</li> <li>2. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus</li> <li>3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus</li> <li>4. Nyeri berhubungan dengan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan prioritas masalah maka diagnosa yang didapatkan yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</li> <li>2. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus</li> <li>3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus</li> </ol>

	ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	
<b>Intervensi Keperawatan</b>	Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang di lengkapi dengan kriteria dan standar. Untuk diagnosa I, II dan III intervensi yang direncanakan sesuai dengan 5 TUK, yaitu :	Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang di lengkapi dengan kriteria dan standar. Untuk diagnosa I, II dan III intervensi yang direncanakan sesuai dengan 5 TUK, yaitu :
<b>Intervensi Keperawatan</b>	<p>TUK 1 : Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan diabetes melitus dengan, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetes melitus dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus, diit dan komplikasi diabetes melitus dan melakukan penyuluhan diabetes melitus, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetes melitus.</p> <p>TUK 2 : Keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga</p> <p>TUK 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus dengan cara mengingatkan untuk meminum obat dan injeksi insulin, diskusi mengenai makanan untuk penderita diabetes melitus dan demonstrasi senam kaki diabetik</p> <p>TUK 4 : Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p> <p>TUK 5 : Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan</p>	<p>TUK 1 : Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan diabetes melitus dengan, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetes melitus dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus, diit dan komplikasi diabetes melitus dan melakukan penyuluhan diabetes melitus, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetes melitus.</p> <p>TUK 2 : Keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga</p> <p>TUK 3 : Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus dengan cara mengingatkan untuk meminum obat dan injeksi insulin, diskusi mengenai makanan untuk penderita diabetes melitus dan demonstrasi senam kaki diabetik</p> <p>TUK 4 : Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga.</p> <p>TUK 5 : Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan</p>

	untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes melitus	untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes melitus
<b>Implementasi Keperawatan</b>	<p>Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.</p> <p><b>1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</b></p> <p>Pada tanggal 18 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.N. Pertama penyuluhan mengenai diabetes melitus menggunakan booklet dan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan. Saat kunjungan 2 ke rumah Ibu.N dilakukan pengecekan kadar gula darah Ibu.N dan keluarga juga mengajarkan mengenai obat dan cara minum obat yang benar.</p> <p><b>2. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</b></p> <p>Tanggal 19 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.N, kunjungan pertama memberikan penyuluhan mengenai diet diabetes melitus dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan 2 diberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai makanan yang boleh dikonsumsi, makanan yang harus dikurangi dan</p>	<p>Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.</p> <p><b>1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</b></p> <p>Pada tanggal 18 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.D. Pertama penyuluhan mengenai diabetes melitus menggunakan booklet dan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan. Saat kunjungan 2 ke rumah Ibu.D dilakukan pengecekan kadar gula darah Ibu.D dan keluarga juga mengajarkan mengenai obat dan cara minum obat yang benar.</p> <p><b>2. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</b></p> <p>Tanggal 19 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.D, kunjungan pertama memberikan penyuluhan mengenai diet diabetes melitus dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan 2 diberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai makanan yang boleh dikonsumsi, makanan yang harus</p>
<b>Implementasi Keperawatan</b>		

	<p>makanan yang harus dihindari bagi penderita diabetes melitus dengan menggunakan leaflet.</p> <p><b>3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.</b></p> <p>Tanggal 20 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.N. kunjungan pertama memberikan penyuluhan mengenai komplikasi diabetes melitus dan pencegahannya dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan 2 dilakukan demonstrasi cara senam kaki untuk diabetes melitus.</p> <p>Tanggal 21 Mei dilakukan 2 kunjungan untuk diagnosa I, II dan III, yang pertama diskusi mengenai bagaimana memodifikasi lingkungan yang nyaman dan sehat. Kunjungan 2 diskusi mengenai pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.</p>	<p>dikurangi dan makanan yang harus dihindari bagi penderita diabetes melitus dengan menggunakan leaflet.</p> <p><b>3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.</b></p> <p>Tanggal 20 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.D. kunjungan pertama memberikan penyuluhan mengenai komplikasi diabetes melitus dan pencegahannya dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan diskusi untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan 2 dilakukan demonstrasi cara senam kaki untuk diabetes melitus.</p> <p>Tanggal 21 Mei dilakukan 2 kunjungan untuk diagnosa I, II dan III, yang pertama diskusi mengenai bagaimana memodifikasi lingkungan yang nyaman dan sehat. Kunjungan 2 diskusi mengenai pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.</p>
<p><b>Evaluasi Keperawatan</b></p>	<p>Evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan intervensi keperawatan. Evaluasi untuk daignosa I, II dan III sesuai TUK, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mampu mengenal masalah diabetes melitus, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetess melitus</li> <li>- Keluarga sudah mampu membuat keputusan terkait masalah kesehatan</li> <li>- Keluarga dan klien sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit</li> </ul>	<p>Evaluasi dilakukan setiap selesai melakukan intervensi keperawatan. Evaluasi untuk daignosa I, II dan III sesuai TUK, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mampu mengenal masalah diabetes melitus, diit diabetes melitus dan komplikasi diabetess melitus</li> <li>- Keluarga sudah mampu membuat keputusan terkait masalah kesehatan</li> <li>- Keluarga dan klien sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan yang sehat dan nyaman</li> <li>- Keluarga sudah mampu memahami pemanfaatan fasilitas kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan yang sehat dan nyaman</li> <li>- Keluarga sudah mampu memahami pemanfaatan fasilitas kesehatan</li> </ul>
--	---	---

## **B. Pembahasan Kasus**

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan keluarga pada Ibu.N sebagai partisipan I dan Ibu.D sebagai partisipan II dengan Diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang sejak tanggal 16 Mei sampai tanggal 22 Mei 2017 sebanyak 14 kali kunjungan, maka pada BAB pembahasan penulis akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa, merumuskan rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi; keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses perawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kenyataan. Kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nursalam, 2011). Pengkajian keluarga yang perlu dilakukan menurut Friedman (2010), yaitu mengidentifikasi data sosial-budaya, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres serta strategi koping keluarga. Pengumpulan data keluarga berasal dari berbagai sumber wawancara klien tentang peristiwa yang lalu dan saat ini, temuan objekif seperti observasi rumah keluarga dan fasilitasnya serta penilaian subjektif seperti pengalaman yang dilaporkan keluarga. Sesuai dengan teori yang dijabarkan diatas, penulis melakukan pengkajian kepada Ibu.N (partisipan I) dan Ibu.D (partisipan

II) serta keluarga dengan menggunakan metode pengkajian keluarga, wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

Saat dilakukan pengkajian, Ibu.N dan Ibu D sama-sama mengeluhkan sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki, susah tidur pada malam hari dan gatal pada ekstermitas dan daerah kemaluan. Pada Ibu.N terjadi penurunan berat badan sebesar 5 kg dan penglihatan kabur sedangkan pada Ibu.D terjadi peningkatan berat badan sebesar 6 kg dan keluhan mudah lelah dan mengantuk

Keluhan yang disampaikan oleh Ibu.N dan Ibu.D sesuai dengan teori, bahwa diabetes melitus memiliki gejala antara lain rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi besar dengan berat badan > 4 kg. Didefinisikan sebagai diabetes melitus 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 serta sering buang air kecil dalam jumlah banyak dan berat badan turun (Riskesdas, 2013).

Ibu.N berumur 58 tahun merupakan ibu rumah tangga dan pertama kali di diagnosa diabetes 2 tahun lalu pada tahun 2015 sedangkan Ibu.D berumur 45 tahun merupakan ibu rumah tangga dan pertama kali di diagnosa diabetes melitus 4 tahun lalu pada tahun 2013. Diabetes melitus yang terjadi pada Ibu.N disebabkan karena suka mengkonsumsi kopi dan *coffee mix* atau *cappucino* dengan gula yang banyak. Selain itu Ibu.N juga menderita hipertensi dan kolesterol tinggi. Sedangkan diabetes melitus pada Ibu.D merupakan faktor keturunan dan juga disebabkan kebiasaan

hidup yang kurang baik karena sering mengonsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula yang tinggi. Ibu.N mendapatkan terapi obat oral yang di minum sebelum makan, saat sedang makan dan setelah makan sedangkan Ibu.D mendapatkan 2 jenis terapi insulin, yaitu Novorapid yang di injeksikan 3 kali sehari sebelum makan dan Levemir yang di injeksikan 1 kali sehari setiap malam hari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua partisipan adalah perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Amelia, dkk (2014), yang menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM adalah perempuan. Menurut Nirvana (2012), wanita yang telah mengalami menopause, kadar gula dalam darah lebih tidak terkontrol dikarenakan terjadi penurunan produksi hormon esterogen dan progesteron.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua partisipan adalah ibu rumah tangga. Hal ini sejalan dengan penelitian Lestari (2010), yang menyatakan bahwa 70% penderita DM adalah ibu rumah tangga. Kebiasaan yang dilakukan oleh perempuan khususnya ibu rumah tangga adalah kebiasaan mencicipi makanan. Kebiasaan mencicipi makanan akan mempengaruhi kepatuhan terhadap program diet pasien dilihat dari jumlah kalorinya sudah tidak patuh, ataupun jadwal makannya dan apabila kebiasaannya tidak dapat dikontrol hal ini dapat mempengaruhi kadar glukosa darah pasien.

Ibu.D menderita hipertensi sejak umur 35 tahun. Hasil penelitian Mutmainah (2013) dalam Gibney (2009), mengatakan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya diabetes melitus. Hubungannya dengan diabetes melitus tipe 2 sangatlah kompleks, hipertensi dapat membuat sel tidak sensitif terhadap insulin (resisten insulin). Padahal insulin berperan meningkatkan ambilan glukosa di banyak sel dan dengan cara ini juga mengatur metabolisme karbohidrat, sehingga jika terjadi resistensi insulin oleh sel, maka kadar gula di dalam

darah juga dapat mengalami gangguan. Penelitian Ichsantiarini dan Nugroho (2013) juga menunjukkan bahwa diabetes melitus tipe 2 merupakan faktor yang berhubungan dengan ketidakterkendalian tekanan darah pada pasien hipertensi. Resistensi insulin dan hiperinsulinemia pada penderita diabetes melitus diyakini dapat meningkatkan resistensi vaskular perifer dan kontraktilitas otot polos vaskular melalui respons berlebihan terhadap norepinefrin dan angiotensin II. Kondisi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan darah melalui mekanisme umpan balik fisiologis maupun sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat ada perbedaan dan persamaan yang menjadi faktor penyebab terjadinya diabetes melitus pada Ibu.N dan Ibu.D. Ibu.N dan Ibu.D menderita diabetes melitus disebabkan karena faktor gaya hidup yang kurang baik yaitu karna suka mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung gula sedangkan pada Ibu.D selain karena faktor gaya hidup, juga disebabkan karena faktor keturunan.

Hasil penelitian Betteng Richardo, Pangemanan Damayanti & Nelly Mayulu (2014) mengenai penyebab diabetes melitus didapatkan bahwa diabetes tipe 2 merupakan penyakit multifaktorial dengan komponen genetik dan lingkungan yang sama kuat dalam proses timbulnya penyakit tersebut. Pengaruh faktor genetik terhadap penyakit ini dapat terlihat jelas dengan tingginya penderita diabetes yang berasal dari orang tua yang memiliki riwayat diabetes melitus sebelumnya. Diabetes melitus tipe 2 sering juga di sebut diabetes life style karena penyebabnya selain faktor keturunan, faktor lingkungan meliputi usia, obesitas, resistensi insulin, makanan, aktifitas fisik, dan gaya hidup penderita yang tidak sehat juga bereperan dalam terjadinya diabetes ini.

Ibu.N menderita diabetes melitus sudah 2 tahun sedangkan Ibu.D sudah 4 tahun. Dilihat dari faktor waktu lamanya penyakit diderita, didapatkan bahwa Ibu.D sudah lebih lama menderita diabetes melitus. Jika dilihat dari



pengalaman dalam melakukan manajemen dalam menghadapi penyakit, seharusnya Ibu.D sudah lebih banyak pengalaman. Tapi jika dilihat dari kepatuhan dalam melakukan pengontrolan ke fasilitas kesehatan, Ibu.N lebih mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik. Jika dilihat dari tingkat pendidikan, pendidikan Ibu.N hanya sampai SD sedangkan Ibu.D sampai SMP. Seharusnya Ibu.D lebih banyak pengetahuan mengenai penyakit yang diderita.

Teori menurut Suarni (2009) dalam Sari Risty, Ali Mas Imam dan Pepin Nahariani (2012) mengatakan bahwa pendidikan dapat meningkatkan kematangan intelektual seseorang. Kemampuan intelektual ini berpengaruh pada wawasan, cara berpikir, baik dalam cara pengambilan keputusan maupun dalam pembuatan kebijakan. Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang dalam melakukan manajemen kesehatan diri.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi dan simptom) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2012).

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

- j. Resiko ketidakstabilan gula darah
- k. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri
- l. Gangguan rasa nyaman
- m. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- n. Resiko komplikasi

- o. Defisit pengetahuan
- p. Resiko syok hipovolemik
- q. Resiko kerusakan integritas kulit
- r. Resiko cedera

Diagnosa yang ditemukan pada Ibu.N, yaitu :

1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
2. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus
4. Nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Diagnosa yang ditemukan pada Ibu.D, yaitu :

1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
2. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus

Ada 3 diagnosa yang sama yang ditemukan antara Ibu.N dan Ibu.D, dan ada 1 diagnosa yang berbeda yang hanya ditemukan pada Ibu.N yaitu nyeri yang diangkat berdasarkan salah satu penyakit lain yang diderita Ibu.N yaitu hipertensi, sedangkan Ibu.D tidak menderita hipertensi.

Diagnosa yang ditemukan setelah dilakukan prioritas masalah pada Ibu.N dan Ibu.D :

1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
2. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus
3. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus

Diagnosa pertama yaitu **resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus** data ini didukung dengan Ibu.N mengatakan mengontrol gula darah sekali dalam sebulan ke puskesmas, Ibu.N sering mengkonsumsi makanan yang mengandung gula, Ibu.N malas mengkonsumsi obat dan Ibu.N tidak di ingatkan untuk minum obat oleh keluarga. Sedangkan data objektif yang didapatkan saat pemeriksaan gula darah sewaktu didapatkan gula darah Ibu.N 262 g/dl dan TD 140/90 mmHg. Sedangkan pada Ibu.D data yang mendukung yaitu Ibu.D mengatakan jarang memeriksakan gula darah ke puskesmas, Ibu.D mengatakan kadang mengkonsumsi makanan yang mengandung gula, Ibu.D mengatakan menginjeksikan insulin tanpa diperiksa gula darah terlebih dahulu dan terkadang dibantu oleh keluarga. Data objektif yang didapatkan pada Ny,D yaitu pemeriksaan gula darah sewaktu 292 g/dl.

Diagnosa ini diangkat menjadi yang pertama terhadap 2 partisipan karena tingginya kadar gula darah sewaktu partisipan I dan partisipan II saat dilakukan pemeriksaan. Kedua partisipan juga mengatakan jarang melakukan pengontrolan kadar gula darah dan masih sering mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung gula. Didukung juga dengan data yang didapatkan dari partisipan I bahwa ia malas minum

obat. Sehingga diangkat diagnosa resiko ketidakstabilan gula darah menjadi diagnosa utama karena dari semua data yang didapatkan menggambarkan terjadinya resiko ketidakseimbangan gula darah pada masing-masing partisipan.

Diagnosa kedua yaitu **defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus** didukung dengan data Ibu.N yang tidak tau makanan apa yang dianjurkan, dihindari dan dibatasi untuk penderita diabetes melitus. Ibu.N juga tidak tau mengenai diit pada pasien diabetes melitus dan Ibu.N masih menggunakan gula biasa bukan gula khusus untuk diabetes melitus. Data objektif yang didapatkan yaitu Ibu.N tidak tau jenis makan, jadwal makan dan jumlah makan bagi penderita diabetes melitus. Sedangkan data yang didapatkan pada Ibu.D yaitu Ibu.D juga tidak tau mengenai makanan apa yang dianjurkan, dihindari dan dibatasi untuk penderita diabetes melitus. Ibu.D juga tidak tau mengenai diit pada pasien diabetes melitus dan Ibu.D sudah mengkonsumsi gula khusus untuk diabetes melitus. Data objektif yang didapatkan yaitu Ibu.D tidak tau jenis makan, jadwal makan dan jumlah makan bagi penderita diabetes melitus.

Diagnosa ini diangkat terhadap 2 partisipan sebagai diagnosa 2 karena saat digali pengetahuan mengenai makanan yang harus dihindari, makanan yang harus dikonsumsi dan makanan yang harus dibatasi bagi penderita diabetes melitus, Ibu.N dan Ibu.D masih belum tau. Ibu.N dan Ibu.D juga tidak tau bagaimana diit diabetes melitus, apa jenis makan, jadwal makan dan jumlah makan yang harus dikonsumsi. Pengendalian gula darah sangat ditentukan oleh diit dan makanan yang dikonsumsi. Jika mengkonsumsi makanan sembarangan akan menyebabkan terjadinya peningkatan kadar gula darah.

Diagnosa ketiga yaitu **resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus** didukung dengan data Ibu.N sering menggaruk

anggota tubuh yang terasa gatal hingga memerah dan luka, jika ada luka akan lama sembuh, Ibu.N juga mengatakan penglihatan sebelah kiri kabur sedangkan Ibu.D menyuntikkan insulin hanya pada satu tempat serta jarang mengganti jarum insulin. Data objektif yang didapatkan yaitu terlihat ada luka akibat garukan pada ekstremitas bawah dan atas Ibu.N, lantai rumah Ibu.N yang tidak rata dan Ibu.N juga tidak memakai sandal dalam rumah, penerangan yang kurang didalam rumah dan banyak barang yang berantakan. Sedangkan pada Ibu.D didukung dengan data terdapatnya luka akibat garukan pada ekstermitas bawah, lantai rumah Ibu.D yang kurang bersih dan Ibu.D tidak memakai sandal keluar rumah serta kurangnya penerangan dalam rumah Ibu.D.

Diagnosa ini diangkat menjadi diagnosa 3 bagi kedua partisipan karena dari data yang didapatkan yaitu kebiasaan Ibu.N dan Ibu.D yang menggaruk anggota badan yang gatal bahkan sampai luka, ini dapat menyebabkan resiko terjadinya luka ganggren karena luka pada diabetes melitus yang awalnya kecil jika tidak dibersihkan dan tidak diperhatikan akan memburuk. Pada Ibu.D yang jarang mengganti jarum insulin juga dapat menyebabkan timbulnya resiko komplikasi yaitu terjadinya iritasi atau inflamasi yang merusak jaringan kulit dan jika dibiarkan juga akan menimbulkan luka. Penglihatan kabur pada Ibu.N merupakan salah satu awal terjadinya resiko retinopati diabetik.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan, pernyataan keluarga, dan perencanaan keluarga, dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternative dan sumber, serta menentukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja (Friedman, 2010)

Intervensi untuk diagnosa pertama yaitu **resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus** direncanakan

sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal masalah kesehatan diabetes melitus dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus dan melakukan penyuluhan diabetes melitus. TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga. TUK 3 keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus dengan cara mengingatkan untuk meminum obat pada Ibu.N (partisipan I) dan menginjeksikan insulin pada Ibu.D. TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga. Selanjutnya TUK 5 keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes melitus dan masalah kesehatan anggota keluarga lainnya dengan membawa berobat ke puskesmas dan rumah sakit.

Intervensi untuk diagnosa kedua yaitu **defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus** direncanakan sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal apa itu diit diabetes melitus dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang diit diabetes melitus dan melakukan penyuluhan mengenai diit diabetes melitus. TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga. TUK 3 keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus dengan cara memberikan penyuluhan dan demonstrasi mengenai makanan yang harus dihindari, makanan yang boleh dikonsumsi dan makanan yang harus dikurangi bagi penderita diabetes melitus. TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga. Selanjutnya TUK 5 keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes melitus dan masalah kesehatan anggota keluarga lainnya dengan membawa berobat ke puskesmas dan rumah sakit.

Intervensi untuk diagnosa ketiga yaitu **Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit** direncanakan sesuai dengan tugas utama keluarga yaitu TUK 1 keluarga mampu mengenal apa itu komplikasi diabetes melitus dengan cara menggali pengetahuan keluarga tentang komplikasi diabetes melitus dan melakukan penyuluhan mengenai komplikasi diabetes melitus. TUK 2 keluarga mampu mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga. TUK 3 keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus dengan mendemonstrasikan senam kaki diabetes melitus. TUK 4 keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan keluarga. Selanjutnya TUK 5 keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan diabetes melitus dan masalah kesehatan anggota keluarga lainnya dengan membawa berobat ke puskesmas dan rumah sakit.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

Tanggal 19 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.N. kunjungan pertama pukul 14.00 mengenai TUK 1 yaitu mengenal masalah kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan mengenai diit diabetes melitus dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan

TUK 2 yaitu mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan kedua dilakukan pukul 16.00 mengenai TUK 3 tentang cara merawat anggota keluarga dengan diabetes melitus dengan cara memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai makanan yang boleh dikonsumsi, makanan yang harus dikurangi dan makanan yang harus dihindari bagi penderita diabetes melitus dengan menggunakan leaflet. Tanggal 21 Mei dilakukan 2 kunjungan, yang pertama pukul 14.00 mengenai TUK 4 yaitu bagaimana memodifikasi lingkungan yang nyaman dan sehat bagi keluarga untuk menunjang kesehatan keluarga. Pukul 16.00 dilakukan kunjungan kedua mengenai TUK 5 yaitu tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

Tanggal 19 Mei 2017 dilakukan 2 kali kunjungan ke rumah Ibu.D. kunjungan pertama pukul 11.00 mengenai TUK 1 yaitu mengenal masalah kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan mengenai diabetes melitus dengan menggunakan leaflet dan dilanjutkan dengan TUK 2 yaitu mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan diabetes melitus. Kunjungan kedua dilakukan pukul 15.00 mengenai TUK 3 tentang cara merawat anggota keluarga dengan diabetes melitus dengan cara memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai makanan yang boleh dikonsumsi, makanan yang harus dikurangi dan makanan yang harus dihindari bagi penderita diabetes melitus dengan menggunakan leaflet. Tanggal 21 Mei dilakukan 2 kunjungan, yang pertama pukul 13.00 mengenai TUK 4 yaitu bagaimana memodifikasi lingkungan yang nyaman dan sehat bagi keluarga untuk menunjang kesehatan keluarga. Pukul 15.00 dilakukan kunjungan kedua mengenai TUK 5 yaitu tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

Menurut Kristiana (2012) dalam penelitian Sari, dkk (2014), mengatakan bahwa pemantauan kadar gula darah klien DM secara teratur merupakan bagian yang penting dari pengendalian penyakit. Pemeriksaan kadar gula darah yang teratur dan berkesinambungan dapat mencegah meningkatnya kadar gula darah secara drastis, yang dapat membantu menentukan



penanganan yang tepat sehingga mengurangi risiko komplikasi yang berat, dan dapat meningkatkan kualitas hidup klien DM.

Penelitian Kurniasih (2013), mengatakan bahwa manajemen diet merupakan salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk diabetes (Smeltzer, 2002). Penatalaksanaan diet DM adalah penatalaksanaan diet yang meliputi 3 hal utama yaitu jumlah makanan, jenis makanan, dan jadwal makan (PERKENI, 2011). Menurut ADA (2010), manajemen diet adalah pembatasan jumlah energi, karbohidrat, lemak jenuh, dan natrium. Jadi dapat disimpulkan bahwa manajemen diet adalah salah satu penatalaksanaan DM yang memperhatikan jumlah makanan, jenis makanan, dan jadwal makan dengan membatasi pula jumlah energi, karbohidrat, lemak jenuh, dan natrium. Tujuan utama dari manajemen diet menurut Smeltzer (2002), adalah memberikan semua unsur makanan esensial seperti mineral dan vitamin; mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai; memenuhi kebutuhan energi; mencegah fluktuasi kadar glukosa darah dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal; dan menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat. Cara untuk mencapai tujuan tersebut yakni perlu memperhatikan kebutuhan energi serta zat gizi penderita DM.

Pada implementasi untuk TUK 5 yaitu keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan, ada tujuan dan tindakan berbeda yang dilakukan terhadap 2 partisipan. Untuk Ibu.N yang sudah rutin untuk mengontrol kadar gula darah ke puskesmas sekali dalam sebulan, tindakan yang dilakukan adalah memberikan penguatan dan reinforcement positif terhadap tindakan yang sudah dilakukan oleh Ibu.N dan agar Ibu.N dapat mempertahankannya. Sedangkan untuk Ibu.D yang jarang untuk mengontrol kadar gula darah ke puskesmas, tindakan yang diberikan yaitu memberikan motivasi dan pengetahuan tentang manfaat dari pelayanan kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan Ibu.D.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi berguna untuk mengetahui apakah tindakan yang telah dilakukan oleh perawat tercapai atau tidak. Keberhasilan lebih ditentukan oleh hasil pada sistem keluarga dan anggota keluarga serta bagaimana respon keluarga terhadap intervensi yang telah diimplementasikan (Friedman, 2010).

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya 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).

### **Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus**

Saat dilakukan evaluasi kedua partisipan dan keluarga mengatakan sudah tau pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta pencegahan diabetes melitus. Terlihat dari kedua partisipan dan keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan setelah diberikan penyuluhan. Kedua partisipan dan keluarga juga telah mampu membuat keputusan apa yang akan dilakukan jika anggota keluarga ada yang sakit dan bagaimana perawatannya. Kedua partisipan dan keluarga juga dapat menyebutkan bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat untuk keluarga serta dapat menyebutkan manfaat dari fasilitas kesehatan. Hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

### **Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus**

Saat dilakukan evaluasi kedua partisipan dan keluarga mengatakan sudah tau mengenai makanan dan diit untuk diabetes melitus. Kedua partisipan dan keluarga dapat menyebutkan makanan yang harus dikurangi, makanan yang dianjurkan dan makanan yang harus dihindari untuk diabetes melitus. Kedua partisipan dan keluarga juga sudah menyebutkan obat-obat herbal apa saja yang biasa dikonsumsi untuk menangani diabetes melitus. Kedua partisipan dan keluarga dapat membuat keputusan mengenai diit apa yang harus diberikan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan diabetes melitus. Kedua partisipan dan keluarga juga bisa menyebutkan bagaimana kondisi lingkungan yang baik dan nyaman untuk kesehatan keluarga serta apa saja manfaat dari fasilitas kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan anggota keluarga. Hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

**Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.**

Saat dilakukan evaluasi keperawatan didapatkan bahwa kedua partisipan dan keluarga sudah tau apa saja komplikasi dari diabetes melitus dan bagaimana pencegahannya. Kedua partisipan dan keluarga juga dapat mengambil keputusan dalam menangani masalah kesehatan diabetes melitus. Saat dilakukan demonstrasi senam kaki untuk diabetes melitus kedua partisipan dapat mengulangi beberapa langkah senam kaki yang diajarkan. Kedua partisipan dan keluarga sudah tau bagaimana lingkungan yang nyaman dan sehat bagi anggota keluarga dan bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk menunjang kesehatan. Hasil analisa bahwa masalah teratasi sebagian dan untuk menindaklanjuti hal tersebut telah diambil keputusan untuk melanjutkan intervensi.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada kedua keluarga dengan diabetes melitus terhadap Ibu.N sebagai partisipan I dan Ibu.D sebagai partisipan II di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Kota Padang tahun 2017, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian didapatkan ada beberapa keluhan yang sama antara partisipan I dan II yaitu sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki dan susah tidur pada malam hari. Pada Ibu.N didapatkan keluhan lain yaitu penurunan berat badan sebesar 5 kg dan penglihatan yang kabur. Sedangkan pada Ibu.D didapatkan keluhan lain yaitu, mudah lelah dan mengantuk serta peningkatan berat badan sebesar 6 kg. Penyebab diabetes antara Ibu.N dan Ibu.D berbeda, Ibu.N disebabkan karena kebiasaan hidup dan pola makan yang tidak baik sedangkan Ibu.D karena faktor keturunan.

##### **2. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ibu.N ada 4 sedangkan pada Ibu.D ada 3. Setelah dilakukan prioritas masalah didapatkan 3 diagnosa yang sama antara Ibu.N dan Ibu.D yaitu resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan diabetes melitus, defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus, dan resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

##### **3. Intervensi**

Intervensi yang direncanakan dirumuskan berdasarkan diagnosa keperawatan yang didapatkan antara partisipan I dan II, sesuai dengan 5

tugas utama keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### 4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 5 hari dimulai pada tanggal 18 Mei sampai 22 Mei 2017 dengan 2 kali kunjungan setiap hari berdasarkan Intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan dengan metode konseling, diskusi, demonstrasi, dan penyuluhan. Dalam pelaksanaan ada beberapa implementasi yang digabung seperti tugas utama keluarga 1 yaitu mengenal masalah kesehatan dan tugas utama keluarga 2 yaitu membuat keputusan. Dalam penatalaksanaan implementasi tidak ada masalah karena kedua partisipan mau mendengarkan penyuluhan yang diberikan dan mau melaksanakan demonstrasi yang diajarkan.

#### 5. Evaluasi

Peneliti melakukan evaluasi kepada kedua partisipan dan keluarga pada tanggal 18 Mei sampai tanggal 22 Mei 2017 setiap selesai melakukan implementasi dengan membuat catatan perkembangan dengan metode SOAP. Peneliti juga melakukan evaluasi keseluruhan sebelum terminasi mengenai apa yang didiskusikan pada pertemuan-pertemuan sebelumnya tanggal 22 Mei 2017.

### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberikan saran sebagai berikut :

#### 1. Bagi Pimpinan Puskesmas Andalas Kota Padang

Melalui pimpinan puskesmas Andalas Kota Padang hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dalam mengembangkan program perkesmas di keluarga dengan diabetes melitus seperti pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya membuat rekapan khusus untuk pengunjung dengan diabetes melitus seperti rekapan khusus untuk pengunjung TB agar mudah memantau pengunjung dengan diabetes melitus, karena diabetes melitus perlu pengontrolan gula darah secara rutin serta memantau keteraturan berobat pengunjung dengan pengobatan

jangka panjang, dan dapat memberikan nasehat (konseling) kesehatan keperawatan dirumah seperti diit dan perawatan kaki diabetik.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya sehingga dapat merencanakan implementasi yang lebih bagus sesuai dengan 5 tugas utama keluarga dan sebagai acuan serta pembanding terhadap asuhan keperawatan yang akan dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). 2017. *Standards Of Medical Care In Diabetes*. American Diabetes Association Journal Diakses : 22 Maret 2017 pukul 15.39 dari [http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc\\_40\\_s1\\_final.pdf](http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf)
- Brunner & Suddarth. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGG
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2016. *Laporan Tahunan Tahun 2016*. Padang : DKK
- Ernawati. 2012. *Tingkat Kecemasan Dan Beban Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus*. Universitas Sumatera Utara. Diakses : 22 Maret 2017 pukul 11.30 WIB dari <http://jurnal.usu.ac.id/index.php/jkk/article/view/1165>
- Fatimah, Restyana Noor. 2015. *Diabetes Mellitus Tipe 2*. *Jurnal Kedokteran UNILA*. Diakses : 7 Januari 2017 pukul 12.10 WIB dari <http://jube.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/download/615/619>
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC
- Hasdianah, H.R. 2012. *Mengenal Diabetes Melitus pada Orang Dewasa dan Anak-Anak dengan Solusi Herbal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Harmoko. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Kurniasih. 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga Bapak M Dengan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Diri Pada Masalah Kesehatan Diabetes Mellitus Di Rw 05 Kelurahan Cisalak Pasar, Cimanggis, Depo*. Diakses : 28 Mei 2017 pukul 13.40 WIB dari <http://lib.ui.ac.id/file%3Ffile%Ddigital/20351483-PR-Kurniasih.pdf>
- Masriadi. 2016. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Trans Info Media
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Padila. (2012). *Buku ajar keperawatan keluarga* . Yogyakarta : Nuha Medika
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta. Diakses tanggal 22 Maret 2017 pukul 15.40 WIB dari <http://pbperkeni.or.id/doc/konsensus.pdf>

- Priatmoko, Pradipta Hendro. 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. B Dengan Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Mellitus Pada Ny. H di Desa Terik Warung RT 02 RW 02 Wilayah Kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diakses : 16 Maret 2017 pukul 15.10 WIB dari [http://eprints.ums.ac.id/25456/12/Naskah\\_Publikasi.pdf](http://eprints.ums.ac.id/25456/12/Naskah_Publikasi.pdf)
- Price, Sylvia A. dan Wilson, Lorraine M. (2012). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta : EGC
- Rendy dan Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*. Diakses : 7 Januari 2017 pukul 11.30 WIB dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pd>
- Setyowati Sri dan Murwani Arita. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Kasus*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Smeltzer, S.C. dan B.G Bare. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC
- Sudiharto. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : EGC
- Supardi, Sudibyo & Rustika. 2013. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : TIM
- Wardani dan Isfandiari. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga Dan Pengendalian Kadar Gula Darah Dengan Gejala Komplikasi Mikrovaskuler*. Diakses : 2 Maret 2017 pukul 10.00 WIB dari [e-journal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/download/147/22](http://e-journal.unair.ac.id/index.php/JBE/article/download/147/22)
- Wulan,dkk. 2014. *Peran Keluarga Dalam Merawat Klien Diabetik Di Rumah*. Diakses : 10 Januari 2017 pukul 15.00 WIB dari [journal.wima.ac.id/index.php/NERS/article/view/684/681](http://journal.wima.ac.id/index.php/NERS/article/view/684/681)



### JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH

ASIHAN EXPERIMANTAL KELUARGA DENGAN MASALAH MARETES MELITUR PADA USIA PERTENGAHAN  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANJALAS KECAMATAN PADANG TENGGAH KABUPATEN PADANG  
TAHUN 2017

No	Kegiatan	Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1	Menyusun	■																								
2	Menyusun BAB I	■	■																							
3	Menyusun BAB II		■	■	■																					
4	Menyusun BAB III dan IV				■	■	■	■	■																	
5	Menyusun pembahasan BAB II dan III								■																	
6	Menyusun BAB III								■	■	■															
7	Menyusun BAB III									■	■	■														
8	Menyusun pembahasan BAB III										■	■	■													
9	Menyusun pembahasan BAB III											■	■	■												
10	Menyusun proposal												■													
11	Uraian proposal													■												
12	Penyusunan Hasil Uraian Proposal														■											
13	Penyusunan Akademi Studi Pendirian															■										
14	Penyusunan																■	■	■	■						
15	Penyusunan Laporan Hasil KTI																				■	■				
16	Sidang KTI																					■	■			
17	Penyusunan Hasil Sidang KTI																						■	■	■	
18	Yudisialisasi Hasil KTI																								■	■

Dosen Pembimbing I

*[Signature]*  
Dr. Lela Eka Pratiwi, M.Kes  
NIP. 19790206 200812 2 001

Dosen Pembimbing II

*[Signature]*  
H. Nurhidayatullah, S.KM, M. Kes  
NIP. 19621122 198302 2 001

Padang, 01 Maret 2017

*[Signature]*  
Zilva Izzati  
NIM 1403101199

Padang, 01 Maret 2017



LAMPIRAN II

PERATURAN MENTERI KEHUTANAN  
TENTANG KEMAMPUAN PELAKSANAAN

Caranya sebagai berikut:

1. Nama	1. Nama
2. Tempat dan tanggal lahir	2. Tempat dan tanggal lahir
3. Jenis kelamin	3. Jenis kelamin
4. Pekerjaan	4. Pekerjaan
5. Pendidikan	5. Pendidikan
6. Pengalaman kerja	6. Pengalaman kerja
7. Pengalaman organisasi	7. Pengalaman organisasi
8. Pengalaman lain	8. Pengalaman lain
9. Keterangan	9. Keterangan
10. Tanda tangan	10. Tanda tangan
11. Tanggal	11. Tanggal
12. Nama dan jabatan	12. Nama dan jabatan

1. Setiap orang yang akan melaksanakan pekerjaan kehutanan harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini. Untuk itu, setiap orang yang akan melaksanakan pekerjaan kehutanan harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.

1. CARA

1. Setiap orang yang akan melaksanakan pekerjaan kehutanan harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
2. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
3. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
4. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
5. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
6. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.

2. CARA

1. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
2. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.
3. Untuk melaksanakan pekerjaan kehutanan, setiap orang harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.

Setiap orang yang akan melaksanakan pekerjaan kehutanan harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini. Untuk itu, setiap orang yang akan melaksanakan pekerjaan kehutanan harus memenuhi persyaratan yang tercantum dalam lampiran I dan II Peraturan Menteri Kehutanan ini.

1. Nama dan jabatan

*[Signature]*  
1. Nama dan jabatan

1. Nama dan jabatan

1. Nama dan jabatan

*[Signature]*  
1. Nama dan jabatan

1. Nama dan jabatan

JADWAL KUNJUNGAN TIM PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH (Partogram 1 - K2-1)

NOMOR	DESA	SILANG	KRUPU	KUMES	JUMAT	SABTU	SENIN
I							
II							
III		<p>1. 10.00 2. 11.00 3. 12.00 4. 13.00 5. 14.00 6. 15.00 7. 16.00 8. 17.00 9. 18.00 10. 19.00 11. 20.00 12. 21.00 13. 22.00 14. 23.00 15. 00.00 16. 01.00 17. 02.00 18. 03.00 19. 04.00 20. 05.00 21. 06.00 22. 07.00 23. 08.00 24. 09.00 25. 10.00 26. 11.00 27. 12.00 28. 13.00 29. 14.00 30. 15.00 31. 16.00 32. 17.00 33. 18.00 34. 19.00 35. 20.00 36. 21.00 37. 22.00 38. 23.00 39. 00.00 40. 01.00 41. 02.00 42. 03.00 43. 04.00 44. 05.00 45. 06.00 46. 07.00 47. 08.00 48. 09.00 49. 10.00 50. 11.00 51. 12.00 52. 13.00 53. 14.00 54. 15.00 55. 16.00 56. 17.00 57. 18.00 58. 19.00 59. 20.00 60. 21.00 61. 22.00 62. 23.00 63. 00.00 64. 01.00 65. 02.00 66. 03.00 67. 04.00 68. 05.00 69. 06.00 70. 07.00 71. 08.00 72. 09.00 73. 10.00 74. 11.00 75. 12.00 76. 13.00 77. 14.00 78. 15.00 79. 16.00 80. 17.00 81. 18.00 82. 19.00 83. 20.00 84. 21.00 85. 22.00 86. 23.00 87. 00.00 88. 01.00 89. 02.00 90. 03.00 91. 04.00 92. 05.00 93. 06.00 94. 07.00 95. 08.00 96. 09.00 97. 10.00 98. 11.00 99. 12.00 100. 13.00 101. 14.00 102. 15.00 103. 16.00 104. 17.00 105. 18.00 106. 19.00 107. 20.00 108. 21.00 109. 22.00 110. 23.00 111. 00.00 112. 01.00 113. 02.00 114. 03.00 115. 04.00 116. 05.00 117. 06.00 118. 07.00 119. 08.00 120. 09.00 121. 10.00 122. 11.00 123. 12.00 124. 13.00 125. 14.00 126. 15.00 127. 16.00 128. 17.00 129. 18.00 130. 19.00 131. 20.00 132. 21.00 133. 22.00 134. 23.00 135. 00.00 136. 01.00 137. 02.00 138. 03.00 139. 04.00 140. 05.00 141. 06.00 142. 07.00 143. 08.00 144. 09.00 145. 10.00 146. 11.00 147. 12.00 148. 13.00 149. 14.00 150. 15.00 151. 16.00 152. 17.00 153. 18.00 154. 19.00 155. 20.00 156. 21.00 157. 22.00 158. 23.00 159. 00.00 160. 01.00 161. 02.00 162. 03.00 163. 04.00 164. 05.00 165. 06.00 166. 07.00 167. 08.00 168. 09.00 169. 10.00 170. 11.00 171. 12.00 172. 13.00 173. 14.00 174. 15.00 175. 16.00 176. 17.00 177. 18.00 178. 19.00 179. 20.00 180. 21.00 181. 22.00 182. 23.00 183. 00.00 184. 01.00 185. 02.00 186. 03.00 187. 04.00 188. 05.00 189. 06.00 190. 07.00 191. 08.00 192. 09.00 193. 10.00 194. 11.00 195. 12.00 196. 13.00 197. 14.00 198. 15.00 199. 16.00 200. 17.00 201. 18.00 202. 19.00 203. 20.00 204. 21.00 205. 22.00 206. 23.00 207. 00.00 208. 01.00 209. 02.00 210. 03.00 211. 04.00 212. 05.00 213. 06.00 214. 07.00 215. 08.00 216. 09.00 217. 10.00 218. 11.00 219. 12.00 220. 13.00 221. 14.00 222. 15.00 223. 16.00 224. 17.00 225. 18.00 226. 19.00 227. 20.00 228. 21.00 229. 22.00 230. 23.00 231. 00.00 232. 01.00 233. 02.00 234. 03.00 235. 04.00 236. 05.00 237. 06.00 238. 07.00 239. 08.00 240. 09.00 241. 10.00 242. 11.00 243. 12.00 244. 13.00 245. 14.00 246. 15.00 247. 16.00 248. 17.00 249. 18.00 250. 19.00 251. 20.00 252. 21.00 253. 22.00 254. 23.00 255. 00.00 256. 01.00 257. 02.00 258. 03.00 259. 04.00 260. 05.00 261. 06.00 262. 07.00 263. 08.00 264. 09.00 265. 10.00 266. 11.00 267. 12.00 268. 13.00 269. 14.00 270. 15.00 271. 16.00 272. 17.00 273. 18.00 274. 19.00 275. 20.00 276. 21.00 277. 22.00 278. 23.00 279. 00.00 280. 01.00 281. 02.00 282. 03.00 283. 04.00 284. 05.00 285. 06.00 286. 07.00 287. 08.00 288. 09.00 289. 10.00 290. 11.00 291. 12.00 292. 13.00 293. 14.00 294. 15.00 295. 16.00 296. 17.00 297. 18.00 298. 19.00 299. 20.00 300. 21.00 301. 22.00 302. 23.00 303. 00.00 304. 01.00 305. 02.00 306. 03.00 307. 04.00 308. 05.00 309. 06.00 310. 07.00 311. 08.00 312. 09.00 313. 10.00 314. 11.00 315. 12.00 316. 13.00 317. 14.00 318. 15.00 319. 16.00 320. 17.00 321. 18.00 322. 19.00 323. 20.00 324. 21.00 325. 22.00 326. 23.00 327. 00.00 328. 01.00 329. 02.00 330. 03.00 331. 04.00 332. 05.00 333. 06.00 334. 07.00 335. 08.00 336. 09.00 337. 10.00 338. 11.00 339. 12.00 340. 13.00 341. 14.00 342. 15.00 343. 16.00 344. 17.00 345. 18.00 346. 19.00 347. 20.00 348. 21.00 349. 22.00 350. 23.00 351. 00.00 352. 01.00 353. 02.00 354. 03.00 355. 04.00 356. 05.00 357. 06.00 358. 07.00 359. 08.00 360. 09.00 361. 10.00 362. 11.00 363. 12.00 364. 13.00 365. 14.00 366. 15.00 367. 16.00 368. 17.00 369. 18.00 370. 19.00 371. 20.00 372. 21.00 373. 22.00 374. 23.00 375. 00.00 376. 01.00 377. 02.00 378. 03.00 379. 04.00 380. 05.00 381. 06.00 382. 07.00 383. 08.00 384. 09.00 385. 10.00 386. 11.00 387. 12.00 388. 13.00 389. 14.00 390. 15.00 391. 16.00 392. 17.00 393. 18.00 394. 19.00 395. 20.00 396. 21.00 397. 22.00 398. 23.00 399. 00.00 400. 01.00 401. 02.00 402. 03.00 403. 04.00 404. 05.00 405. 06.00 406. 07.00 407. 08.00 408. 09.00 409. 10.00 410. 11.00 411. 12.00 412. 13.00 413. 14.00 414. 15.00 415. 16.00 416. 17.00 417. 18.00 418. 19.00 419. 20.00 420. 21.00 421. 22.00 422. 23.00 423. 00.00 424. 01.00 425. 02.00 426. 03.00 427. 04.00 428. 05.00 429. 06.00 430. 07.00 431. 08.00 432. 09.00 433. 10.00 434. 11.00 435. 12.00 436. 13.00 437. 14.00 438. 15.00 439. 16.00 440. 17.00 441. 18.00 442. 19.00 443. 20.00 444. 21.00 445. 22.00 446. 23.00 447. 00.00 448. 01.00 449. 02.00 450. 03.00 451. 04.00 452. 05.00 453. 06.00 454. 07.00 455. 08.00 456. 09.00 457. 10.00 458. 11.00 459. 12.00 460. 13.00 461. 14.00 462. 15.00 463. 16.00 464. 17.00 465. 18.00 466. 19.00 467. 20.00 468. 21.00 469. 22.00 470. 23.00 471. 00.00 472. 01.00 473. 02.00 474. 03.00 475. 04.00 476. 05.00 477. 06.00 478. 07.00 479. 08.00 480. 09.00 481. 10.00 482. 11.00 483. 12.00 484. 13.00 485. 14.00 486. 15.00 487. 16.00 488. 17.00 489. 18.00 490. 19.00 491. 20.00 492. 21.00 493. 22.00 494. 23.00 495. 00.00 496. 01.00 497. 02.00 498. 03.00 499. 04.00 500. 05.00 501. 06.00 502. 07.00 503. 08.00 504. 09.00 505. 10.00 506. 11.00 507. 12.00 508. 13.00 509. 14.00 510. 15.00 511. 16.00 512. 17.00 513. 18.00 514. 19.00 515. 20.00 516. 21.00 517. 22.00 518. 23.00 519. 00.00 520. 01.00 521. 02.00 522. 03.00 523. 04.00 524. 05.00 525. 06.00 526. 07.00 527. 08.00 528. 09.00 529. 10.00 530. 11.00 531. 12.00 532. 13.00 533. 14.00 534. 15.00 535. 16.00 536. 17.00 537. 18.00 538. 19.00 539. 20.00 540. 21.00 541. 22.00 542. 23.00 543. 00.00 544. 01.00 545. 02.00 546. 03.00 547. 04.00 548. 05.00 549. 06.00 550. 07.00 551. 08.00 552. 09.00 553. 10.00 554. 11.00 555. 12.00 556. 13.00 557. 14.00 558. 15.00 559. 16.00 560. 17.00 561. 18.00 562. 19.00 563. 20.00 564. 21.00 565. 22.00 566. 23.00 567. 00.00 568. 01.00 569. 02.00 570. 03.00 571. 04.00 572. 05.00 573. 06.00 574. 07.00 575. 08.00 576. 09.00 577. 10.00 578. 11.00 579. 12.00 580. 13.00 581. 14.00 582. 15.00 583. 16.00 584. 17.00 585. 18.00 586. 19.00 587. 20.00 588. 21.00 589. 22.00 590. 23.00 591. 00.00 592. 01.00 593. 02.00 594. 03.00 595. 04.00 596. 05.00 597. 06.00 598. 07.00 599. 08.00 600. 09.00 601. 10.00 602. 11.00 603. 12.00 604. 13.00 605. 14.00 606. 15.00 607. 16.00 608. 17.00 609. 18.00 610. 19.00 611. 20.00 612. 21.00 613. 22.00 614. 23.00 615. 00.00 616. 01.00 617. 02.00 618. 03.00 619. 04.00 620. 05.00 621. 06.00 622. 07.00 623. 08.00 624. 09.00 625. 10.00 626. 11.00 627. 12.00 628. 13.00 629. 14.00 630. 15.00 631. 16.00 632. 17.00 633. 18.00 634. 19.00 635. 20.00 636. 21.00 637. 22.00 638. 23.00 639. 00.00 640. 01.00 641. 02.00 642. 03.00 643. 04.00 644. 05.00 645. 06.00 646. 07.00 647. 08.00 648. 09.00 649. 10.00 650. 11.00 651. 12.00 652. 13.00 653. 14.00 654. 15.00 655. 16.00 656. 17.00 657. 18.00 658. 19.00 659. 20.00 660. 21.00 661. 22.00 662. 23.00 663. 00.00 664. 01.00 665. 02.00 666. 03.00 667. 04.00 668. 05.00 669. 06.00 670. 07.00 671. 08.00 672. 09.00 673. 10.00 674. 11.00 675. 12.00 676. 13.00 677. 14.00 678. 15.00 679. 16.00 680. 17.00 681. 18.00 682. 19.00 683. 20.00 684. 21.00 685. 22.00 686. 23.00 687. 00.00 688. 01.00 689. 02.00 690. 03.00 691. 04.00 692. 05.00 693. 06.00 694. 07.00 695. 08.00 696. 09.00 697. 10.00 698. 11.00 699. 12.00 700. 13.00 701. 14.00 702. 15.00 703. 16.00 704. 17.00 705. 18.00 706. 19.00 707. 20.00 708. 21.00 709. 22.00 710. 23.00 711. 00.00 712. 01.00 713. 02.00 714. 03.00 715. 04.00 716. 05.00 717. 06.00 718. 07.00 719. 08.00 720. 09.00 721. 10.00 722. 11.00 723. 12.00 724. 13.00 725. 14.00 726. 15.00 727. 16.00 728. 17.00 729. 18.00 730. 19.00 731. 20.00 732. 21.00 733. 22.00 734. 23.00 735. 00.00 736. 01.00 737. 02.00 738. 03.00 739. 04.00 740. 05.00 741. 06.00 742. 07.00 743. 08.00 744. 09.00 745. 10.00 746. 11.00 747. 12.00 748. 13.00 749. 14.00 750. 15.00 751. 16.00 752. 17.00 753. 18.00 754. 19.00 755. 20.00 756. 21.00 757. 22.00 758. 23.00 759. 00.00 760. 01.00 761. 02.00 762. 03.00 763. 04.00 764. 05.00 765. 06.00 766. 07.00 767. 08.00 768. 09.00 769. 10.00 770. 11.00 771. 12.00 772. 13.00 773. 14.00 774. 15.00 775. 16.00 776. 17.00 777. 18.00 778. 19.00 779. 20.00 780. 21.00 781. 22.00 782. 23.00 783. 00.00 784. 01.00 785. 02.00 786. 03.00 787. 04.00 788. 05.00 789. 06.00 790. 07.00 791. 08.00 792. 09.00 793. 10.00 794. 11.00 795. 12.00 796. 13.00 797. 14.00 798. 15.00 799. 16.00 800. 17.00 801. 18.00 802. 19.00 803. 20.00 804. 21.00 805. 22.00 806. 23.00 807. 00.00 808. 01.00 809. 02.00 810. 03.00 811. 04.00 812. 05.00 813. 06.00 814. 07.00 815. 08.00 816. 09.00 817. 10.00 818. 11.00 819. 12.00 820. 13.00 821. 14.00 822. 15.00 823. 16.00 824. 17.00 825. 18.00 826. 19.00 827. 20.00 828. 21.00 829. 22.00 830. 23.00 831. 00.00 832. 01.00 833. 02.00 834. 03.00 835. 04.00 836. 05.00 837. 06.00 838. 07.00 839. 08.00 840. 09.00 841. 10.00 842. 11.00 843. 12.00 844. 13.00 845. 14.00 846. 15.00 847. 16.00 848. 17.00 849. 18.00 850. 19.00 851. 20.00 852. 21.00 853. 22.00 854. 23.00 855. 00.00 856. 01.00 857. 02.00 858. 03.00 859. 04.00 860. 05.00 861. 06.00 862. 07.00 863. 08.00 864. 09.00 865. 10.00 866. 11.00 867. 12.00 868. 13.00 869. 14.00 870. 15.00 871. 16.00 872. 17.00 873. 18.00 874. 19.00 875. 20.00 876. 21.00 877. 22.00 878. 23.00 879. 00.00 880. 01.00 881. 02.00 882. 03.00 883. 04.00 884. 05.00 885. 06.00 886. 07.00 887. 08.00 888. 09.00 889. 10.00 890. 11.00 891. 12.00 892. 13.00 893. 14.00 894. 15.00 895. 16.00 896. 17.00 897. 18.00 898. 19.00 899. 20.00 900. 21.00 901. 22.00 902. 23.00 903. 00.00 904. 01.00 905. 02.00 906. 03.00 907. 04.00 908. 05.00 909. 06.00 910. 07.00 911. 08.00 912. 09.00 913. 10.00 914. 11.00 915. 12.00 916. 13.00 917. 14.00 918. 15.00 919. 16.00 920. 17.00 921. 18.00 922. 19.00 923. 20.00 924. 21.00 925. 22.00 926. 23.00 927. 00.00 928. 01.00 929. 02.00 930. 03.00 931. 04.00 932. 05.00 933. 06.00 934. 07.00 935. 08.00 936. 09.00 937. 10.00 938. 11.00 939. 12.00 940. 13.00 941. 14.00 942. 15.00 943. 16.00 944. 17.00 945. 18.00 946. 19.00 947. 20.00 948. 21.00 949. 22.00 950. 23.00 951. 00.00 952. 01.00 953. 02.00 954. 03.00 955. 04.00 956. 05.00 957. 06.00 958. 07.00 959. 08.00 960. 09.00 961. 10.00 962. 11.00 963. 12.00 964. 13.00 965. 14.00 966. 15.00 967. 16.00 968. 17.00 969. 18.00 970. 19.00 971. 20.00 972. 21.00 973. 22.00 974. 23.00 975. 00.00 976. 01.00 977. 02.00 978. 03.00 979. 04.00 980. 05.00 981. 06.00 982. 07.00 983. 08.00 984. 09.00 985. 10.00 986. 11.00 987. 12.00 988. 13.00 989. 14.00 990. 15.00 991. 16.00 992. 17.00 993. 18.00 994. 19.00 995. 20.00 996. 21.00 997. 22.00 998. 23.00 999. 00.00 1000. 01.00 1001. 02.00 1002. 03.00 1003. 04.00 1004. 05.00 1005. 06.00 1006. 07.00 1007. 08.00 1008. 09.00 1009. 10.00 1010. 11.00 1011. 12.00 1012. 13.00 1013. 14.00 1014. 15.00</p>					

JADWAL KUNCIINGAN TIM PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA DI RUMAH (Lampiran 1.1.1)

NO	SEKSI	KLASIFIKASI	KASUS	KEPERAWATAN	KEPERAWATAN	KEPERAWATAN	KEPERAWATAN
I							
II							
III		1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan
IV	1. Asesmen 2. Edukasi 3. Dukungan						

Catatan: semua kegiatan dilakukan di rumah pasien

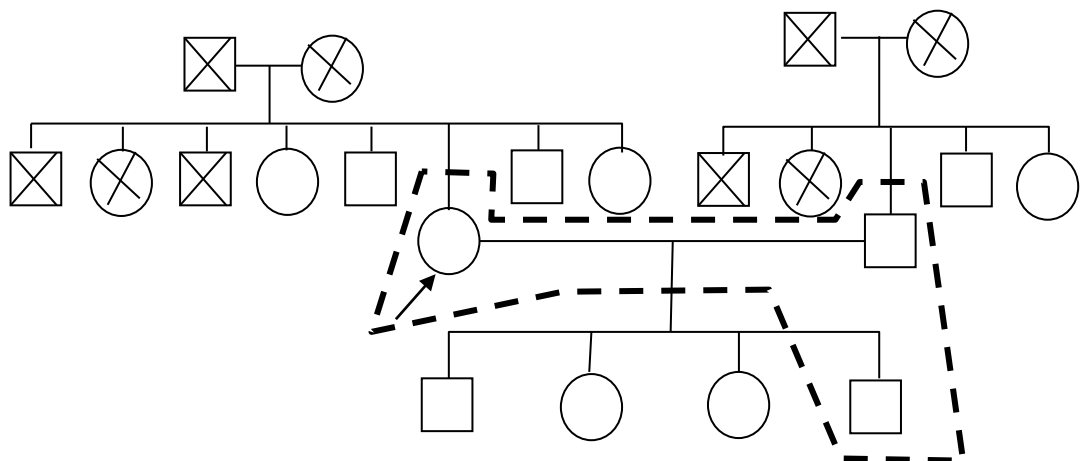
## FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA PARTISIPAN I (Ibu. N)

### I. DATA UMUM








1. Nama Keluarga (KK) : Bais Nanak
2. Alamat dan telepon : Jln. Kp. Tarandam No. 55 RT 001 RW 002  
Andalas
3. Komposisi Keluarga :

No	Nama	Hub dgn KK	TTL / Umur	Pendidikan
1.	Bais Nanak	KK	Padang, 1 Januari 1955 (62 tahun)	STM
2.	Nuraini	Istri	Padang, 7 September 1959	SD
3.	Ramah	Anak	Padang, 1 Oktober 1996 (21 tahun)	SMP

Genogram :



Keterangan :

	= Laki-laki meninggal		= Menikah
	= Perempuan meninggal		= Tinggal serumah
	= Perempuan		
	= Laki-laki		
	= Klien		

#### 4. Tipe Keluarga

Keluarga ini merupakan keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari seorang ayah, ibu, dan anak. Anak. Anak pertama laki-laki Tn.S ( 37 tahun), anak kedua perempuan Ny.A (33 tahun), anak ketiga perempuan Ny.M (30 tahun) dan anak terakhir laki-laki Tn.R (21 tahun). Ibu.N hanya tinggal dengan suami dan anak keempat karena anak pertama, kedua dan ketiga sudah menikah.

#### 5. Suku

Suku Bapak.B Melayu sedangkan suku Ibu.N dan anak-anaknya Tanjung. Kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan sedangkan bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Minang.

#### 6. Agama

Ibu.N dan keluarga beragama Islam, Ibu.N juga sering mengikuti pengajian atau wirid yang diadakan di mesjid dekat rumah.

#### 7. Status sosek keluarga

Pendapatan keluarga Ibu.N dalam sebulan ± Rp.800.000 dan kadang Ibu.N juga dibiayai oleh anak-anak nya yang telah bekerja. Penghasilan ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan harian.

#### 8. Aktifitas rekreasi keluarga

Saat tidak ada aktifitas Ibu.N akan menonton TV sebagai hiburan sekaligus beristirahat. Ibu.N juga sering mengunjungi rumah adik dan anak-anaknya.

## II. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

### 1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga Ibu.N saat ini adalah tahap VII yaitu tahap orang tua paruh baya karena anak pertama, kedua dan ketiga Ibu.N sudah menikah dan bekerja sedangkan anak terakhir dari Ibu.N sudah meninggalkan rumah dan pergi bekerja keluar kota.

### 2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu anak keempat Ibu.N yang sudah bekerja tetapi belum mendapatkan pekerjaan tetap dan membuat Ibu.N terkadang masih memberi uang untuk anaknya.

### 3. Riwayat keluarga inti

Ibu.N menderita diabetes melitus sejak tahun 2015. Ibu.N mengeluh sering merasa lapar dan haus, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki, susah tidur pada malam hari, berat badan turun 5 kg, merasa gatal pada kulit dan juga daerah kemaluan serta penglihatan kabur. Ibu.N tidak mendapatkan terapi insulin, melainkan mengkonsumsi obat tablet yang di makan sebelum makan, saat sedang makan dan sesudah makan. Hasil vital sign didapatkan TD 140/90 mmHg, HR : 85x/i, RR : 23x/i, dan Suhu : 36,5<sup>0</sup>C. Saat dilakukan pemeriksaan gula darah, didapatkan bahwa gula darah sewaktu Ibu.N yaitu 262 g/dl. Selain diabetes melitus, Ibu.N juga menderita hipertensi dan kolesterol tinggi. Ini merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya diabetes melitus pada Ibu.N, selain itu juga disebabkan karena dulu Ibu.N suka mengkonsumsi kopi dan *coffee mix* atau *cappucino* dengan gula yang banyak. Ibu.N sudah menderita hipertensi sejak umur 35 tahun. Tekanan darah Ibu.N paling tinggi pernah sampai 190/100 mmHg. Ibu.N pernah terjatuh 2 kali karena tekanan darah tinggi dan mengenai kepala nya, sehingga menyebabkan penglihatan sebelah kiri Ibu.N menjadi kabur. Bapak.B juga pernah menderita TB paru tahun 2016 dan telah mengkonsumsi obat TB selama 6 bulan dan setelah



dilakukan pemeriksaan sputum pada bulan Januari 2017 hasilnya sudah negatif.

4. Riwayat keluarga sebelumnya

Ibu.N bersaudara ada 8 orang dan 3 orang termasuk Ibu.N menderita diabetes melitus. Adik Ibu.N yang bernama Ny.M menderita diabetes melitus karena kurang melakukan aktifitas fisik, tidak pernah mengontrol kadar gula darah, suka mengkonsumsi coffee mix dan gula yang berlebihan serta sering tidur setelah selesai makan. Ny.M juga menderita penyakit jantung. Sedangkan adik Ibu.N yang bernama Ny.H menderita diabetes melitus setelah melahirkan anak terakhir di umur 35 tahun. Tidak ada riwayat diabetes melitus dari orang tua Ibu.N, tetapi ada riwayat hipertensi dari orang tua laki-laki Ibu.

### III. LINGKUNGAN

1. Karakteristik rumah

Rumah Ibu.N adalah rumah semi permanen yang dindingnya masih berupa batu bata dengan luas kira-kira 63 m<sup>2</sup> dengan atap menggunakan seng. Ada 3 kamar dalam rumah Ibu.N. 1 kamar Ibu.N dan Bapak.B dan 2 lagi kamar anak-anak Ibu.N jika pulang ke rumah. Ada 1 dapur dan 1 kamar mandi. Ada jamban di dalam kamar mandi. Dapur, gudang dan ruang tamu rumah Ibu.N tidak ada dinding pembatas. Saluran pembuangan dialirkan ke selokan. Rumah Ibu.N kurang mendapat cahaya matahari dan ventilasi serta jendela rumah yang kurang. Banyak barang-barang yang berserakan di gudang dan dapur. Penerangan dirumah menggunakan listrik. Keluarga mempunyai pembuangan sampah terbuka, biasanya sampah-sampah rumah tangga akan dibuang ke plastik hitam dan akan dibuang ke tempat pembuangan sampah jika sudah penuh. Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu puskesmas, posyandu, dokter dan rumah bidan. Fasilitas kesehatan tersebut dapat dijangkau dengan menggunakan motor maupun berjalan kaki.

Kamar Tidur	Ruang Tamu	Kamar Tidur
Kamar Tidur		
Kamar Mandi	Dapur	Gudang

2. Karakteristik tetangga dan komunikasi RW

Ibu.N rajin mengikuti kegiatan-kegiatan disekitar lingkungan, seperti wirid pengajian, yasinan maupun gotong royong. Ibu.N juga sering berkumpul bersama dengan tetangga dekat rumah. Hubungan antar tetangga Ibu.N baik, saling menghormati, kerukunan terjaga, bila ada yang kesusahan akan dibantu bersama.

3. Mobilisasi geografis keluarga

Ibu.N lahir di Padang dan besar di daerah Andalas kota Padang dan sejak menikah Ibu.N tidak pernah tinggal didaerah lain, meskipun ada pindah rumah itu tetap di lingkungan sekitar Andalas.

4. Perkumpulan keluarga & interaksi dengan masyarakat

Anak-anak Ibu.N akan pulang kerumah paling kurang 1 kali sebulan untuk mengunjungi Ibu.N dan Bapak.B. Ibu.N juga sering berkumpul di rumah adiknya yang juga berada di sekitar tempat tinggalnya.

5. Sistem pendukung keluarga

Meskipun menderita diabetes melitus tetapi Ibu.N tetap melakukan aktifitas seperti biasanya dengan dukungan dari keluarga.

IV. STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi

Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Ibu.N cukup baik. Meskipun anak tidak tinggal dengan Ibu.N lagi tetapi komunikasi tetap baik.

Ibu.N dan anak-anaknya tetap saling menghubungi meskipun secara tidak langsung yaitu melalui telepon seluler.

2. Struktur kekuatan keluarga

Meskipun anak-anak Ibu.N sudah tidak tinggal dengan Ibu.N, tetapi jika diberi nasihat oleh Ibu.N anak-anaknya akan mematuhi.

3. Struktur peran

Bapak.B berperan sebagai seorang suami yang mencari nafkah dan juga berperan sebagai ayah bagi anak-anak dan berperan sebagai kakek bagi cucunya sedangkan Ibu.N berperan sebagai seorang istri yang mengurus rumah tangga dan seorang ibu bagi anak-anak serta berperan sebagai nenek bagi cucunya. Tidak ada perubahan peran ataupun konflik ketidaksiuaian peran dalam keluarga.

4. Nilai dan norma budaya

Dalam keluarga tidak ada nilai-nilai tertentu dan nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan karena menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting. Dalam mengobati penyakitnya, Ibu.N lebih suka mengkonsumsi obat-obat herbal dari tanaman dari pada obat-obat dari rumah sakit. Ibu.N banyak menanam tanaman obat-obatan di depan rumah.

## V. FUNGSI KELUARGA

1. Fungsi afektif

Ibu.N dan keluarga sudah menjalankan fungsi afektif yang baik, dapat dilihat dari interaksi antara anggota keluarga yang saling menyayangi, saling membantu dan saling menghargai.

2. Fungsi sosialisasi

Ibu.N mendidik anak-anaknya dengan disiplin dan sesuai dengan norma yang ada dalam masyarakat. Keluarga akan saling berbagi dan menceritakan masalah yang dialami agar dapat dipecahkan bersama-sama.

### 3. Fungsi perawatan keluarga

Sesuai dengan tugas utama keluarga, saat dilakukan pengkajian, Ibu.N tau mengenai penyakit yang ia derita dan apa penyebabnya. Biasanya saat sakit Ibu.N akan mengkonsumsi obat herbal terlebih dahulu, jika tidak ada perubahan baru dibawa ke fasilitas kesehatan. Karena anak-anak Ibu.N tidak tinggal bersama dengan Ibu.N, saat sakit beliau akan dirawat oleh suami dan adik beliau yang tinggal di dekat rumah beliau. Ibu.N masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk kesehatan, terlihat dari banyaknya barang-barang yang berserak di gudang yang tidak ada pembatas dengan dapur. Kaki Ibu.N juga telah beberapa kali luka karena lantai dapur yang tidak rata dan Ibu.N juga tidak memakai alas kaki. Ibu.N dan keluarga tau fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk menunjang kesehatan anggota keluarga.

### 4. Fungsi Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ibu.N dibiayai oleh suami dan anak-anak yang telah bekerja.

### 5. Fungsi Reproduksi

Ibu.N dan Bapak.B memiliki 4 orang anak, 2 orang anak laki-laki dan 2 orang anak perempuan serta memiliki 6 orang cucu.

## VI. STRESS DAN KOPING KELUARGA

### 2. Stressor jangka pendek

Yang menjadi beban pikiran jangka pendek Ibu.N yaitu bagaimana mendapatkan penghasilan untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari karena pendapatan keluarga Ibu.N hanya dari suami dan kadang anak-anak yang akan membiayai Ibu.N.

### 3. Stressor jangka panjang

Beban pikiran jangka panjang Ibu.N yaitu bagaimana cara agar mata sebelah kiri Ibu.N dapat sembuh tanpa operasi, karena Ibu.N takut untuk melakukan operasi pada mata sebelah kiri tersebut.

### 4. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Untuk mengatasi masalah tersebut Ibu.N terkadang membuat kerupuk yang diantar ke warung-warung untuk membantu mencukupi kebutuhan keluarga.

5. Strategi koping yang digunakan

Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Ibu.N dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah tanpa marah-marah dan Ibu.N juga menerima apapun yang terjadi pada Ibu.N terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT.

6. Strategi adaptasi disfungsional

Jika merasa lelah dan sakit Ibu.N akan beristirahat dan tidur.

VII. HARAPAN KELUARGA

Ibu.N dan keluarga berharap dengan adanya petugas kesehatan yang mengunjunginya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh Ibu.N dan keluarga dalam menunjang peningkatan kesehatan Ibu.N dan keluarga.

VIII. PEMERIKSAAN FISIK ANGGOTA KELUARGA

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu.N
1	Keadaan Umum	- Keadaan umum baik - Kesadaran CMC, GCS = 15 - TB : 148 cm - BB : 60 kg - TD : 140/90 mmHg - HR : 85 x/i - RR : 23 x/i - Suhu : 36,5 °C - Gula darah sewaktu : 262 g/dl
2	Kepala	Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka
3	Rambut	Rambut sudah beruban, rambut terlihat

		berminyak
4	Mata	Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada katarak, penglihatan pada mata sebelah kiri kabur karena terjatuh dan kepala terhempas
5	Hidung	Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, indra penciuman masih berfungsi dengan baik, bernafas tidak menggunakan cuping hidung
6	Telinga	Simetris kiri dan kanan, pendengaran masih jelas, ada serumen dalam telinga, tidak ada luka
7	Leher	Tidak ada pembengkakan pada kelenjer tiroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening
8	Dada	Inspeksi : Dada kanan dan kiri simetris Palpasi : Fremitus kanan dan kiri sama Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara tambahan
9	Jantung	Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak Palpasi : Ictus cordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : Reguler
10	Abdomen	Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada perut yang berlebihan Palpasi : Tidak teraba ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)
11	Ekstermitas atas	Kesemutan pada ujung jari tangan, gatal

		pada ekstermitas atas khususnya bagian lengan atas, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat
12	Ekstermitas bawah	Kesemutan pada ujung jari kaki, gatal pada ekstermitas bawah khususnya daerah paha, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat
13	Genetalia	Terasa gatal pada daerah kemaluan

### ANALISA DATA

No	Analisa Data	Masalah	Penyebab
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.N mengatakan memeriksakan gula darah ke puskesmas sekali sebulan</li> <li>- Ibu.N mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang mengandung gula</li> <li>- Ibu.N mengatakan malas mengkonsumsi obat</li> <li>- Ibu.N mengatakan tidak di ingatkan keluarga untuk minum obat</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gula darah sewaktu 262 g/dl</li> <li>- TD : 140/90 mmHg</li> <li>- HR : 85 x/i</li> <li>- RR : 23 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul>	<p>Resiko ketidakstabilan gula darah</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus</p>

2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.N mengatakan sering sering merasa gatal dan menggaruknya</li> <li>- Ibu.N mengatakan jika luka akan lama sembuh</li> <li>- Ibu.N mengatakan penglihatan sebelah kiri kabur</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat luka akibat garukan pada kaki Ibu.N</li> <li>- Lantai rumah Ibu.N tidak rata</li> <li>- Ibu.N tidak memakai alas kaki dalam rumah</li> <li>- Penerangan yang kurang dalam rumah Ibu.N</li> <li>- Banyak barang berantakan di rumah Ibu.N</li> </ul>	Resiko komplikasi	Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.N mengatakan tidak tau mengenai makanan yang dianjurkan dan di batasi untuk diabetes melitus</li> <li>- Ibu.N mengatakan tidak tau mengenai makanan yang harus dihindari untuk diabetes melitus</li> <li>- Ibu.N mengatakan tidak tau mengenai diit diabetes melitus</li> <li>- Ibu.N mengatakan masih</li> </ul>	Defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus



	<p>mengonsumsi gula biasa, bukan gula khusus diabetes melitus</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.N tidak tau mengenai jenis makanan untuk diabetes melitus</li> <li>- Ibu.N tidak tau mengenai jadwal makan untuk diabetes melitus</li> <li>- Ibu.N tidak tau mengenai jumlah makan diabetes melitus</li> </ul>		
--	---	--	--

**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA :**

1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
2. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus

## PRIORITAS MASALAH

DX : Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"><li>• Aktual = 3</li><li>• Resiko = 2</li><li>• Potensial = 1</li></ul>	1	$2/3 \times 1$ = 0.6	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah <ul style="list-style-type: none"><li>• Tinggi = 2</li><li>• Sedang = 1</li><li>• Rendah = 0</li></ul>	2	$1/2 \times 2$ = 1	
3	Potensial untuk di cegah <ul style="list-style-type: none"><li>• Mudah = 3</li><li>• Cukup = 2</li><li>• Tidak dapat = 1</li></ul>	1	$2/3 \times 1$ = 0.6	
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"><li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li><li>• Masalah dirasakan = 1</li><li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li></ul>	1	$2/2 \times 1$ = 1	
	Total skore	5	3.2	

DX : Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual = 3</li> <li>• Resiko = 2</li> <li>• Potensial = 1</li> </ul>	1	$2/3 \times 1$ = 0.6	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi = 2</li> <li>• Sedang = 1</li> <li>• Rendah = 0</li> </ul>	2	$1/2 \times 2$ = 1	
3	Potensial untuk di cegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah = 3</li> <li>• Cukup = 2</li> <li>• Tidak dapat = 1</li> </ul>	1	$2/3 \times 1$ = 0.6	
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li> <li>• Masalah dirasakan = 1</li> <li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li> </ul>	1	$1/2 \times 1$ = 0.5	
	Total skore	5	2.7	

DX : Defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual = 3</li> <li>• Resiko = 2</li> <li>• Potensial = 1</li> </ul>	1	$3/3 \times 1$ = 1	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi = 2</li> <li>• Sedang = 1</li> <li>• Rendah = 0</li> </ul>	2	$2/2 \times 2$ = 1	
3	Potensial untuk di cegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah = 3</li> <li>• Cukup = 2</li> <li>• Tidak dapat = 1</li> </ul>	1	$2/3 \times 1$ = 0.6	
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li> <li>• Masalah dirasakan = 1</li> <li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li> </ul>	1	$1/2 \times 1$ = 0.5	
	Total skore	5	3.1	

**Daftar diagnosa keperawatan keluarga dengan diabetes melitus sesuai prioritas :**

5. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
6. Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes melitus
7. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus

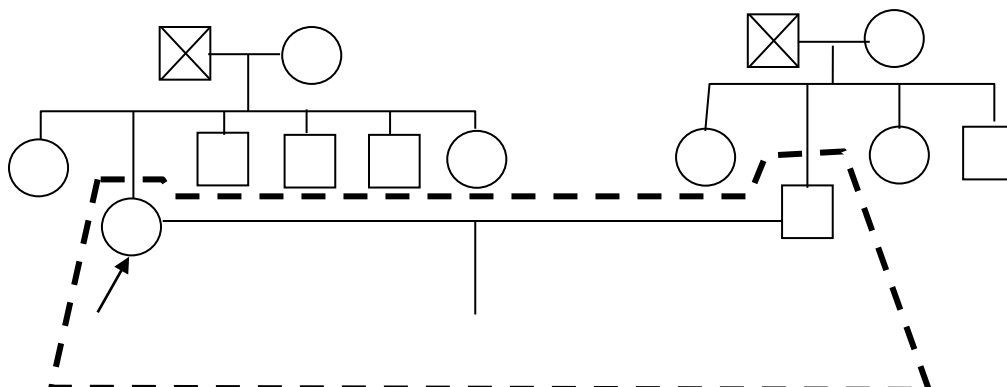
## FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA PARTISIPAN II (Ibu. D)

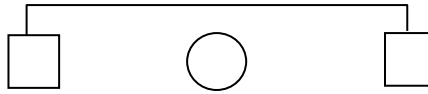
### I. DATA UMUM

1. Nama Keluarga (KK) : Ali Amran
2. Alamat dan telepon : Jln. Kp Tarandam No. 24 RT 005 RW 002  
Andalas.
3. Komposisi Keluarga :








No	Nama	Hub dgn KK	TTL / Umur	Pendidikan
1.	Ali Amran	KK	Padang, 10 Oktober 1969 (48 tahun)	STM
2.	Dita Rahma Sari	Istri	Padang, 12 Desember 1972 (45 tahun)	SMP
3.	Yefra	Anak	Padang, 29 Oktober 1995 (22 tahun)	STM
4.	Tasya	Anak	Padang, 29 Juni 2001 (16 tahun)	SMA
5.	Ilham	Anak	Padang, 30 Maret 2005 ( 12 tahun)	SD

Genogram :





Keterangan :

- |   |                       |  |                   |
|---|-----------------------|--|-------------------|
|  | = Laki-laki meninggal |  | = Menikah         |
|  | = Perempuan meninggal |  | = Tinggal serumah |
|  | = Perempuan           |  |                   |
|  | = Laki-laki           |  |                   |
|  | = Klien               |  |                   |

#### 4. Tipe Keluarga

Keluarga ini merupakan keluarga inti (*nuclear family*) yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Anak pertama laki-laki Tn.Y (22 tahun), anak kedua perempuan Nn.T (16 tahun) dan anak ketiga laki-laki An.I (12 tahun).

#### 5. Suku

Suku Bapak.A Koto sedangkan suku Ibu.D dan anak-anaknya Tanjung. Kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan sedangkan bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Minang.

#### 6. Agama

Ibu.D dan keluarga beragama Islam, Ibu.D juga sering mengikuti pengajian atau wirid yang diadakan di mesjid dekat rumah.

#### 7. Status sosek keluarga

Pendapatan keluarga Ibu.D dalam sebulan  $\pm$  Rp.1.500.000 yang bisa mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari.

#### 8. Aktifitas rekreasi keluarga

Saat tidak ada aktifitas Ibu.D akan menonton TV sebagai hiburan sekaligus beristirahat. Ibu.N juga sering berkumpul dengan tetangga lain sambil berbincang-bincang.

## II. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

### 1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga Ibu.D saat ini adalah tahap VI yaitu tahap keluarga melepaskan anak dewasa muda karena anak pertama Ibu.D sudah meninggalkan rumah untuk bekerja.

### 2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu anak pertama Ibu.D yang masih belum mendapatkan pekerjaan yang tetap dan juga anak-anak lain yang belum mandiri karena masih bergantung pada Ibu.D dan Bapak.A.

### 3. Riwayat keluarga inti

Ibu.D menderita diabetes melitus sejak tahun 2013. Ibu.D mengeluh sering merasa lapar dan haus, mudah lelah dan mengantuk, sering buang air kecil di malam hari, sering merasa kesemutan pada ujung-ujung jari tangan dan kaki terutama jika hari dingin dan berat badan yang naik sebesar 6 kg. Ibu. D mendapat 2 jenis terapi insulin, yang pertama yaitu Noverapid yang di injeksikan 3 kali sehari dan yang satu lagi Levemir yang diinjeksikan 1 kali sehari pada malam hari. Ibu.D mengeluh mengalami penambahan berat badan sejak ia mendapat terapi insulin. Hasil vital sign didapatkan TD 120/80 mmHg, HR : 82x/i, RR : 21x/i, dan Suhu : 36,7<sup>0</sup>C. Saat dilakukan pemeriksaan gula darah, didapatkan bahwa gula darah sewaktu Ibu.N yaitu 292 g/dl. Selain diabetes melitus, Ibu.D juga menderita penyakit magh dan vertigo. Ibu.N juga pernah menjalani operasi pengangkatan tumor payudara pada tahun 2015. Salah satu faktor penyebab penyakit diabetes melitus yang diderita Ibu.D merupakan faktor keturunan dari orang tua laki-laki Ibu.D yang meninggal karena penyakit



diabetes melitus. Selain itu, Ibu.D juga suka mengonsumsi makanan dan minuman dengan kadar gula yang tinggi. Pada bulan Februari 2017 Ibu.D dirawat di rumah sakit karena menderita gastritis akut selama 10 hari. Sebelumnya pada tahun 2016 Ibu.D juga pernah dirawat di rumah sakit karena menderita vertigo. Saat ini anggota keluarga inti Ibu.D yang lain dalam keadaan sehat.

#### 4. Riwayat keluarga sebelumnya

Srang tua perempuan Ibu.D saat ini sedang sakit infeksi paru-paru yang disebabkan karena sering terpapar asap tungku. Selain orang tua laki-laki Ibu.D, 2 orang adik dari orang tua laki-laki Ibu.D juga menderita diabetes melitus yang juga merupakan faktor keturunan.

### III. LINGKUNGAN

#### 1. Karakteristik rumah

Rumah Ibu.D adalah rumah permanen yang dikontrak dengan luas kira-kira 56 m<sup>2</sup> dengan atap menggunakan seng. Ada 2 kamar tidur yaitu kamar Ibu.D dan Bapak.A lalu kamar anak Ibu.D, 1 ruang tamu, 1 kamar mandi dan 1 dapur dalam rumah. Saluran pembuangan limbah rumah tangga dialirkan ke selokan dan saluran pembuangan WC ke *septic tank*. Rumah Ibu.D kurang mendapat cahaya matahari dan ventilasi serta jendela rumah yang juga kurang. Penerangan di rumah menggunakan listrik. Keluarga mempunyai pembuangan sampah terbuka, biasanya sampah-sampah rumah tangga akan dibuang ke plastik hitam dan akan dibuang ke tempat pembuangan sampah jika sudah penuh. Terdapat fasilitas kesehatan di lingkungan rumah yaitu puskesmas, posyandu, dokter dan rumah bidan. Fasilitas kesehatan tersebut dapat dijangkau dengan menggunakan motor maupun berjalan kaki.

#### 2. Karakteristik tetangga dan komunikasi RW

Ibu.D rajin mengikuti kegiatan-kegiatan disekitar lingkungan, seperti wirid pengajian, yasinan maupun gotong royong. Ibu.N juga sering

berkumpul bersama dengan tetangga dekat rumah. Hubungan antar tetangga Ibu.N baik, saling menghormati, kerukunan terjaga, bila ada yang kesusahan akan dibantu bersama.

3. Mobilisasi geografis keluarga

Ibu.D lahir di painan dan sejak menikah tinggal di Padang. Keluarga Ibu.D tidak pernah tinggal di luar lingkungan Andalas, meskipun pindah rumah itu tetap disekitar Andalas.

4. Perkumpulan keluarga & interaksi dengan masyarakat

Setiap malam keluarga Ibu.D akan berkumpul bersama untuk makan malam karena saat sinag hari tidak dapat berkumpul bersama karena ada aktifitas masing-masing. Saat siang Ibu.D akan berkumpul dengan tetangga sebelah rumah untuk bercerita dan melakukan aktifitas yang dapat dilakukan seperti menjahit.

5. Sistem pendukung keluarga

Meskipun menderita diabetes melitus tetapi Ibu.N tetap melakukan aktifitas seperti biasanya dengan dukungan dari keluarga.

#### IV. STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi

Komunikasi yang terjalin dalam keluarga Ibu.N cukup baik. Cara komunikasi yang diterapkan yaitu komunikasi secara langsung karena Ibu.D dan keluarga tinggal serumah. Dalam komunikasi yang paling dominan adalah Ibu.D dan Bapak.A. Biasanya saat malam hari keluarga Ibu.D akan berkumpul dan saling bercerita dan jika ada masalah akan diselesaikan secara bersama-sama.

2. Struktur kekuatan keluarga

Ibu.D dan Bapak.A mendidik anak-anak dengan disiplin dan jika diberi nasehat akan dipatuhi.

### 3. Struktur peran

Bapak.A berperan sebagai seorang suami yang mencari nafkah dan juga berperan sebagai ayah bagi anak-anaknya sedangkan Ibu.D berperan sebagai seorang istri yang mengurus rumah tangga dan seorang ibu bagi anak-anak. Tidak ada perubahan peran ataupun konflik ketidaksesuaian peran dalam keluarga.

### 4. Nilai dan norma budaya

Dalam keluarga tidak ada nilai-nilai tertentu dan nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan karena menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting. Dalam mengobati penyakitnya, Ibu.D mengkonsumsi obat-obat herbal dan juga dari rumah sakit.

## V. FUNGSI KELUARGA

### 1. Fungsi afektif

Ibu.D dan keluarga sudah menjalankan fungsi afektif yang baik, dapat dilihat dari interaksi antara anggota keluarga yang saling menyayangi, saling membantu dan saling menghargai.

### 2. Fungsi sosialisai

Ibu.D mendidik anak-anaknya dengan disiplin dan sesuai dengan norma yang ada dalam masyarakat. Keluarga akan saling berbagi dan menceritakan masalah yang dialami agar dapat dipecahkan bersama-sama.

### 3. Fungsi perawatan keluarga

Sesuai dengan tugas utama keluarga, saat dilakukan pengkajian, Ibu.D tau mengenai penyakit yang ia derita dan apa faktor penyebabnya. Biasanya saat sakit Ibu.D akan mengkonsumsi obat herbal terlebih dahulu, jika tidak ada perubahan baru dibawa ke fasilitas kesehatan. Saat sakit Ibu.D akan dirawata oleh suami dan anaknya, juga oleh tetangga rumah karena rumah mereka sangat berdekatan. Ibu.D masih belum mampu memodifikasi lingkungan yang baik untuk kesehatan, terlihat dari jarangny Ibu.D

memakai alas kaki baik di dalam maupun luar rumah. Ibu.N dan keluarga tau fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk menunjang kesehatan anggota keluarga.

4. Fungsi Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ibu.N dibiayai oleh suami.

5. Fungsi Reproduksi

Ibu.D memiliki seorang suami dan 3 orang anak.

## VI. STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek

Yang menjadi beban pikiran jangka pendek Ibu.D yaitu sakit magh nya sering kambuh. Dan jika sudah kambuh ia hanya dapat tidur dan tidak dapat melakukan apa-apa.

2. Stressor jangka panjang

Yang menjadi beban jangka panjang Ibu.D yaitu bagaimana ia memantu mencari penghasilan untuk keluarga karena anak-anak masih membutuhkan biaya untuk sekolah. Juga ia yang selalu menjadi beban adalah penyakit yang diderita oleh Ibu.D karena jika ia sakit tidak ada yang mengurus keluarga dan juga akan menjadi beban bagi keluarga.

3. Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Untuk mengatasi masalah tersebut Ibu.D selalu menjaga pola makan nya agar sakit magh nya tidak kambuh dan juga memilih makanan yang dikonsumsi yang tidak terlalu banyak mengandung gul agar gula darah dapat terkontrol.

4. Strategi koping yang digunakan

Jika ada masalah yang tidak bisa diselesaikan Ibu.D dan keluarga akan tetap mencari jalan keluar dengan musyawarah, tetapi jika sedang kesal Ibu.D juga terkadang marah. Ibu.D menerima apapun yang terjadi pada Ibu.D terkait penyakitnya, karena beliau yakin semua sudah diatur oleh Allah SWT.

5. Strategi adaptasi disfungsi

Jika merasa lelah dan sakit Ibu.D akan beristirahat dan tidur.

VII. HARAPAN KELUARGA

Ibu.D dan keluarga berharap dengan adanya petugas kesehatan yang mengunjunginya, akan ada perubahan tingkah laku yang dapat dilakukan oleh Ibu.D dan keluarga dalam menunjang peningkatan kesehatan Ibu.D dan keluarga.

VIII. PEMERIKSAAN FISIK ANGGOTA KELUARGA

No	Pemeriksaan Fisik	Ibu.D	Nn.T
1	Keadaan Umum	1. Keadaan umum baik 2. Kesadaran CMC, GCS = 15 3. TB : 150 cm 4. BB : 55 kg 5. TD : 120/80 mmHg 6. HR : 82 x/i 7. RR : 23 x/i 8. Suhu : 36,5 °C 9. Gula darah sewaktu : 292 g/dl	10. Keadaan umum baik 11. Kesadaran CMC, GCS = 15 12. TB : 155 cm 13. BB : 61 kg 14. TD : 140/90 mmHg 15. HR : 85 x/i 16. RR : 21 x/i 17. Suhu : 36,7 °C 18. Gula darah sewaktu : 79 g/dl
2	Kepala	Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka	Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada luka
3	Rambut	Rambut belum beruban,	Rambut terlihat bersih

		rambut terlihat berminyak	
4	Mata	Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada katarak, penglihatan masih jelas	Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan masih jelas
5	Hidung	Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, indra penciuman masih berfungsi dengan baik, bernafas tidak menggunakan cuping hidung	Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, indra penciuman masih berfungsi dengan baik, bernafas tidak menggunakan cuping hidung
6	Telinga	Simetris kiri dan kanan, pendengaran masih jelas, ada serumen dalam telinga, tidak ada luka	Simetris kiri dan kanan, pendengaran masih jelas, ada serumen dalam telinga, tidak ada luka
7	Leher	Tidak ada pembengkakan pada kelenjer tiroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening	Tidak ada pembengkakan pada kelenjer tiroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening
8	Dada	Inspeksi : Dada kanan dan kiri simetris Palpasi : Fremitus kanan dan kiri sama Perkusi : Sonor	Inspeksi : Dada kanan dan kiri simetris Palpasi : Fremitus kanan dan kiri sama Perkusi : Sonor

		Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara tambahan	Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara tambahan
9	Jantung	Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak Palpasi : Ictus cordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : Reguler	Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak Palpasi : Ictus cordis tidak teraba Perkusi : Pekak Auskultasi : Reguler
10	Abdomen	Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada perut yang berlebihan Palpasi : Tidak teraba ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)	Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada perut yang berlebihan Palpasi : Tidak teraba ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)
11	Ekstermitas atas	Sering merasa kesemutan pada ekstermitas atas khususnya ujung jari tangan dan telapak tangan, sering merasa gatal pada ekstermitas atas khususnya bagian lengan atas, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat	Tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat
12	Ekstermitas bawah	Sering merasa kesemutan pada ekstermitas bawah	Tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba

		khususnya ujung jari tangan dan telapak tangan, sering merasa gatal pada ekstermitas bawah khususnya bagian paha, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral teraba hangat	hangat
13	Genetalia	Sering terasa gatal pada daerah kemaluan	Tidak dilakukan pemeriksaan dan tidak ada keluhan

### ANALISA DATA

No	Analisa Data	Masalah	Penyebab
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.D mengatakan jarang memeriksakan gula darah ke puskesmas</li> <li>- Ibu.D mengatakan terkadang mengkonsumsi makanan yang mengandung gula</li> <li>- Ibu.D mengatakan menginjeksikan insulin tanpa diperiksa gula darah terlebih dahulu</li> <li>- Ibu.D mengatakan injeksi insulin dibantu keluarga</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gula darah sewaktu 292 g/dl</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- HR : 82 x/i</li> </ul>	Resiko ketidakstabilan gula darah	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 23 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu.D mengatakan sering menggaruk badan yang terasa gatal</li> <li>- Ibu.D mengatakan jika luka akan lama sembuh</li> <li>- Ibu.D mengatakan menginjeksikan insulin hanya disatu tempat</li> <li>- Ibu.D mengatakan jarang mengganti jarum insulin</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlihat luka akibat garukan pada kaki Ibu.D</li> <li>- Ibu.D jarang memakai alas kaki saat ke rumah tetangga sebelah</li> <li>- Lantai rumah Ibu.D terlihat kurang bersih</li> <li>- Kurangnya penerangan di rumah Ibu.D</li> </ul>	Resiko Komplikasi	Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3	<p>DS :</p> <p>19. Ibu.D mengatakan tidak tau mengenai makanan yang harus dihindari untuk diabetes melitus</p> <p>20. Ibu.D mengatakan tidak tau mengenai makanan yang dianjurkan dan di batasi untuk diabetes melitus</p>	Defisit pengetahuan mengenai diet diabetes melitus	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diet diabetes

	<p>21. Ibu.D mengatakan tidak tau mengenai diit diabetes melitus</p> <p>22. Ibu.D mengatakan sudah mengkonsumsi gula khusus diabetes melitus</p> <p>DO :</p> <p>23. Ibu.D tidak tau mengenai jenis makanan untuk diabetes melitus</p> <p>24. Ibu.D tidak tau mengenai jadwal makan untuk diabetes melitus</p> <p>25. Ibu.D tidak tau mengenai jumlah makan diabetes melitus</p>		melitus
--	---	--	---------

**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA :**

1. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
2. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus
3. Defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus

**PRIORITAS MASALAH**

DX : Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual = 3</li> <li>• Resiko = 2</li> <li>• Potensial = 1</li> </ul>	1	$\frac{2}{3} \times 1$ = 0.6	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi = 2</li> <li>• Sedang = 1</li> <li>• Rendah = 0</li> </ul>	2	$\frac{1}{2} \times 2$ = 1	
3	Potensial untuk di cegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah = 3</li> <li>• Cukup = 2</li> <li>• Tidak dapat = 1</li> </ul>	1	$\frac{2}{3} \times 1$ = 0.6	
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li> <li>• Masalah dirasakan = 1</li> <li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li> </ul>	1	$\frac{2}{2} \times 1$ = 1	
	Total skore	5	3.2	

DX : Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual = 3</li> <li>• Resiko = 2</li> <li>• Potensial = 1</li> </ul>	1	$\frac{2}{3} \times 1$ = 0.6	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi = 2</li> <li>• Sedang = 1</li> <li>• Rendah = 0</li> </ul>	2	$\frac{1}{2} \times 2$ = 1	
3	Potensial untuk di cegah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah = 3</li> <li>• Cukup = 2</li> <li>• Tidak dapat = 1</li> </ul>	1	$\frac{2}{3} \times 1$ = 0.6	
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li> <li>• Masalah dirasakan = 1</li> <li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li> </ul>	1	$\frac{1}{2} \times 1$ = 0.5	
	Total skore	5	2.7	

DX : Defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus

No	Kriteria	Bobot	Skore	Pembenaran
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktual = 3</li> </ul>	1	$\frac{3}{3} \times 1$ = 1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resiko = 2</li> <li>• Potensial = 1</li> </ul>			
2	<p>Kemungkinan masalah dapat di ubah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinggi = 2</li> <li>• Sedang = 1</li> <li>• Rendah = 0</li> </ul>	2	$2/2 \times 2$ $= 1$	
3	<p>Potensial untuk di cegah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudah = 3</li> <li>• Cukup = 2</li> <li>• Tidak dapat = 1</li> </ul>	1	$2/3 \times 1$ $= 0.6$	
4	<p>Menonjolnya masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2</li> <li>• Masalah dirasakan = 1</li> <li>• Masalah tidak dirasakan = 0</li> </ul>	1	$1/2 \times 1$ $= 0.5$	
	Total skore	5	3.1	

**Daftar diagnosa keperawatan keluarga dengan diabetes melitus sesuai prioritas**

:

2. Resiko ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diabetes melitus
3. Defisit pengetahuan mengenai diit diabetes melitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan diit diabetes melitus
4. Resiko komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit diabetes melitus



**PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Pemuda No. 15, Padang, Sumatera Barat  
Telp. (075) 413111 - 413112

0970310001

Padang, 11 Maret 2017

**Nama:** PT. RYAN SUDAMA KAWAN (PTSKA) 0217  
**Jenis:**  
**Tempat:** Kota Padang, Padang

**Tempat:**

(Tempat): Arah dan Lokasi di Kota Padang

(1)

(Tempat)

Selanjutnya dengan Surat Nomor DN.22.A-01092017, tanggal 26 Januari 2017 perihal pengumuman pendaftaran dan pendaftaran izin usaha, dengan memberikan izin usaha. Maka ini Surat. Maka ini Pengumuman dan Pendaftaran Izin Usaha (Kategori) dan lain-lain.

NAMA	NIM	Jenis Pendaftaran
PT. RYAN SUDAMA KAWAN		

Dengan ini surat perintah sebagai berikut:

1. Tidak ada persyaratan lain untuk izin usaha.
2. Hal yang harus diperhatikan sebagai berikut:

1. Untuk lebih jelasnya, silakan kunjungi alamat berikut:



Tempat dan tanggal pembuatan Surat:  
- Kota Padang  
- Dinas Kesehatan  
- Kota Padang  
- 11 Maret 2017



PEMERINTAH KOTA PADANG

DINAS KESEHATAN

Jl. Pemuda No. 20 Padang, Sumatera Barat  
Telp. (075) 8122123-23232 Fax. (075) 8122123

No. 107/2007  
S/2007/00000

Lampiran

DAFTAR NAMA MAHASISWA YANG MENYERAHIL DARI DI LINGKUNGAN  
DINAS KESEHATAN KOTA PADANG LAHUN 2007

KD	NAMA MAHASISWA	NIM	JUDUL PENELITIAN
1.	Iskandar	14110110	Penyakit Asam Keparasitosis pada Ischa dengan Gangguan Sistem Peredaran Darah di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang
2.	Rida Harbi	14110110	Penyakit Asam Keparasitosis Keluarga dengan Masalah Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang
3.	Nabila Nurul Anis	14110110	Asam Keparasitosis pada Wanita dengan Gangguan Metabolik di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang
4.	Siti Zahra	14110110	Diabetes Asam Keparasitosis Keluarga dengan Masalah Asam di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang
5.	Siti Nurul Anis	14110110	Demam Asam Keparasitosis dengan Masalah Kulit Saliva Asam pada Wanita di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang
6.	Rida Harbi	14110110	Penyakit Asam Keparasitosis dengan Masalah Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Andhik Kecamatan Padang Timur Kota Padang

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA PADANG  
  
Dinas Kesehatan  
KOTA PADANG  
NOV 2007 10:00:00



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
Jl. Mardika No. 100-101 Padang, Sumatera Barat 25139  
Telp. 0751-3595000 Fax. 0751-3595001



Survei : DM/GM/ 2024/ 2017

Padang, 17 April 2017

Lamp :

Perihal : Jahit Rendah

Kepada Yth :

Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Akhir Proposal Karya Tulis Ilmiah pada Mahasiswa Program Studi D- III Keperawatan Ruang Jurusan Saperawatan Tindakan Tindakan Padang, maka dengan ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk bersedia menghadiri Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di lokasi yang Bapak/Ibu Perihal an:

NO	NAMA / NIM	JUDUL KTI
1	Zaini Isah 140710079	Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah Umbaran Malnutrisi Wilayah Kerja Puskesmas Andabek Kota Padang
2	Intah Lestari 140710070	Asuhan Keperawatan Kejang pada Lemas Otak Gangguan Sistem Perseputasi : 15 Panti di Wilayah Kerja Puskesmas Andabek Kota Padang Tahun 2017

Terima kasih kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang dapat kami sampaikan dengan terima kasih.

  
Ditandatangani

H. Suardi SPM, Mkes  
Np. 35950023 359213 1001





**PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN**

*Kota Padang, Kota Sehat dan Bersih Untuk Semua dengan Cerdas*  
 Email: [info@padangkab.go.id](mailto:info@padangkab.go.id) Website: [padangkab.go.id](http://padangkab.go.id) SMD Center 08126611111

021-61111111

Padang, 19 Mei 2017

Nomor : 890/Jan/SDMK & Jankes/DKK/V/2017  
 Lamp : -  
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :  
 Disdik Paltika Kemkes Padang  
 di  
 Tempat

Selanjutnya dengan surat Sastra nomor: DM.02.04/2004/2017, tanggal 17 April 2017 perihal yang sama pada pokok surat di atas pada prinsipnya kami tidak keberatan menerbitkan izin kepada Mahasiswa Saudara melakukan pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian kepada :

NAMA	NIM	Judul Penelitian
Daftar terlampir		

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari kerangka acuan penelitian.
2. Menattahi semua peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

  
 Kepala DMK Padang  
 DKK  
 Depina Widiyasa, SKM  
 Nip.196612251589031005

Terbaca : disampaikan kepada Yth :  
 1. Ka.Bid.....DKK Padang  
 2. Ka.Pink.....Kota Padang  
 3. Anip



**PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Masjid, Padang, Sumatera Barat  
Nomor 2011/0017/2017

14/03/2017

NO	NAMA/NIK	JURDIL K.P.
1	Wati Anggrita 14010012	Ajukan Keperawatan pada Klinik Puskesmas Kecamatan di Kelurahan Kecamatan Wilayah Kerja Puskesmas Kemuning Padang
2	Elis Wati Liana 14010011	Ajukan Keperawatan pada Klinik Puskesmas di Kecamatan Sawah Ujung Wilayah Kerja Puskesmas Mangrove Kota Padang
1	Melita Lukyuli 14010017	Ajukan Keperawatan di puskesmas Bangun Daya Kecamatan di Kelurahan Sawah Ujung Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2017
2	Fitrianti 14010017	Ajukan Keperawatan pada Puskesmas Bangun Daya Kecamatan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangrove Kota Padang tahun 2017
1	Zikriana 14010017	Ajukan Keperawatan - Keluhan Gejala Masalah Darah, Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang
2	Fitrianti 14010017	Ajukan Keperawatan - Keluhan pada kasus demam, Gigitan Anopheles Aegyptus - TI pada di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang tahun 2017





# PUSKESMAS ANDALAS

Jl. Andalas Kecamatan Padang Timur Padang Telp. (0751) 23883

## SURAT REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor: 1950/TELIC/And M/2017

Desakresi Surat dari Dinas Kesehatan Kota Padang No. 060/DT.004/2017, Surat No. 1146/DT/2017 dan No. 443/22.23/2017/Disjukan/2017, serta di Rekomendasi dari Fakultas Pendidikan, Indonesia, bertepatan tanggal 06/06/2017.

Yang bersangkutan di surutkan :

Nama : Saman  
No : 19523041960332025  
Panglu/Kel : Perata / III  
Jabatan : Kepala Tim Usaha Puskesmas Andalas

Melampirkan bahwa :

Nama : ZIRKA ZAHRA  
NU : 143110129  
Mafkhus : PROJEK GIGI KEPERAWATAN PADANG POLITEKNIK KESIHATAN KEMERKAS PADANG TAHUN 2017

Jasa Penelitian : AGU AN KEPERAWATAN KELUHAN DENGAN DIAGNOSIS MELIUS DITM LAYAN KEMAS PUSKESMAS ANDALAS KOTA PADANG

Telah merekomendasikan pengabdian di Puskesmas Andalas pada tanggal 17 Mei 2017 s.d 25 Mei 2017. Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 10 Juni 2017  
Rekan Kerja  
  
N.P. 19523041960332025

**LOKASI KEGIATAN PENELITIAN  
RICE KROKOT PATAMUDANG JURUSAN AGRONOMI DAN  
POLITEKNIK SEMBELIH PADI**

Nama : Dinda Lita  
 NIM : 1111111111  
 Pendidikan : S1  
 Jurusan : Agribisnis Hortikultura, MIPA, Sp. Kaca  
 Lokasi Penelitian : Persemaian, Sertifikasi, dan Keluarga Unggul, Monev, 10 Januari 2023  
 Waktu : 08.00 - 12.00 WIB

NO	Survei	Kategori dan Fungsi	11
1	10/1/23	Kendaraan 2015	(1)
2	10/1/23	Pasir 2015 2000 meter	(2)
3	10/1/23	Saluran 2015 2000 meter 1000 meter	(3)
4	10/1/23	Pasir dan kerikil 2000 meter	(4)
5	10/1/23	Saluran 2015 2000 meter	(5)

1. Lokasi penelitian yang digunakan
2. Lokasi penelitian yang digunakan untuk penelitian





**LEMBAR PERBAIKAN KARYA TERAJIBAH**  
**PROSEDUR KEPENAWATAN PADANG JURISDIKSI PERAWATAN**  
**POLTERKES REKREASIS PADANG**

**NAMA** : Zulaika  
**NID** : 14211026  
**J. DIR.** : Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Angga Diraksa Hellen di Wilayah Kerja  
 Padang dan Kota Padang

No	NAMA PENGUJI	JABATAN	TANGGAL PERBAIKAN	TAMBAH TANGAN
1	N. Laila Permawati, S.Pd, N.Kep	Asisten I	21-6-2017	
2	H. M. Anis Vaidi, M.Pd, N.Kep, I	Asisten II	18-6-2017	
3	Taman, S.Pd, N.Kep, S.Kep	Praktisi	18-6-2017	
4	M. Rendiawan, S.Pd, N.Kep	Praktisi	18/06/2017	

Mengetahui  
 dan Menyetujui Kepala Polterkes Padang

Dr. Ridwan Heli, S.Kep, N.Kep  
 NIP. 1961060194002001

