

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN.S DENGAN
MASALAH UTAMA DIABETES MELLITUS PADA NY. T
DI RT4 RW 23 KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL
KECAMATAN PEDURUNGAN
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Heni Pertiwi Trisnawati
NIM.89.331.2864

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

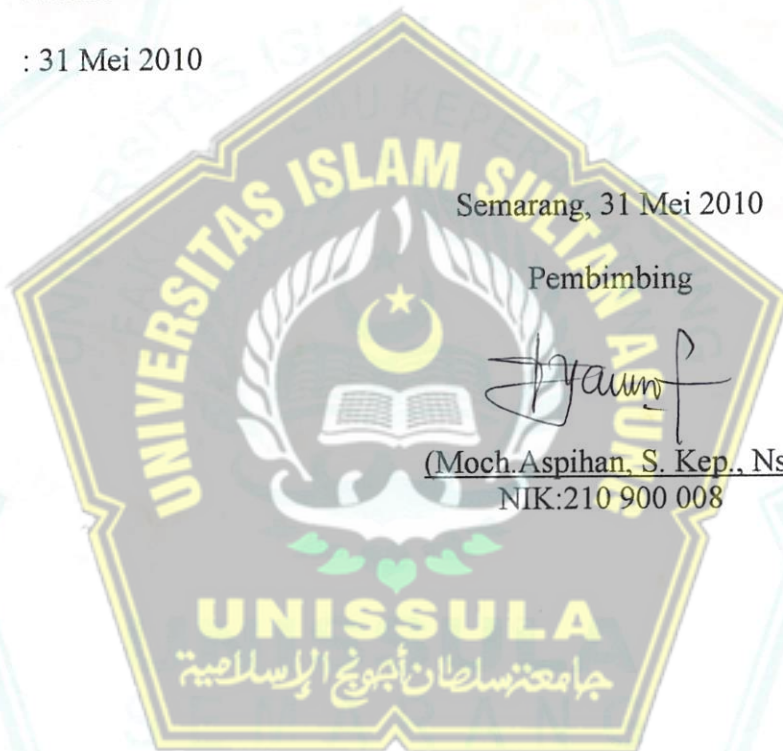
Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Moch. Aspihan, S. Kep., Ns)

NIK:210 900 008




HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.


Semarang, 2 Juni 2010

Tim Penguji
Penguji I



(Iwan Ardian, SKM.)
NIK : 210997003

Penguji II



(Moch. Aspihan, S.Kep., Ns.)
NIK : 210900008

Penguji III



(Rita Kartika Sari, SKM., M. Kes.)
NIK : 0001632

MOTTO

- *Bukan kecerdasan saja yang membawa sukses, tetapi juga hasrat untuk sukses, komitmen untuk bekerja keras dan keberanian untuk percaya akan diri sendiri.*
- *Jadikanlah diammu adalah berfikirmu, bicaramu adalah berzikirmu, dan perbuatanmu adalah sedekahmu.*
- *Barang siapa yang berjalan untuk menuntut ilmu maka Allah akan memudahkan baginya jalan menuju surga.*
- *Buku adalah jendela ilmumu yang tak pernah termakan musim dan peristiwa, temukan penjelajahan pengetahuan dalam setiap buku yang engkau temui.*



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum wr.wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah swt yang telah memberikan rahmat dan hidayah_Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN.S DENGAN MASALAH UTAMA DIABETES MELLITUS PADA NY. T DI RT4 RW 23 KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN SEMARANG”.

Penyusunan tugas akhir ini di susun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan. Selama menyusun laporan ini, penulis tidak dapat berjalan sendiri tanpa bantuan dari berbagai pihak baik itu berupa pengarahan, pemberian informasi, saran – saran serta bimbingan yang kesemuanya sangat berarti bagi penulis.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang mendalam atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada kami selama menyusun laporan akhir ini, kepada yang terhormat:

1. Prof. H. Laode Masihu Kamaluddin, M.Sc. M.Eg. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung.
2. Iwan Ardian, SKM. selaku Dekan FIK Unissula yang banyak memberikan bantuan dan dukungan pada mahasiswa.
3. Wahyu Endang Setyowati, SKM. selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan, yang banyak memberikan dukungan, bimbingan pada mahasiswa.

4. Shodik Zaini, SH. selaku kepala kelurahan Muktiharjo Kidul.
5. Moh.Aspihan S.Kep., Ns. selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan selama penyusunan laporan akhir ini.
6. Bapak dan ibu tercinta dengan segala pengorbanannya yang telah memberikan dukungan moril dan materil maupun ketulusan do'a sepenuhnya.
7. Segenap keluarga tercinta terimakasih atas dukungan dan doanya.
8. Temanku yang baik hati yang telah berjasa dan membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Rekan – rekan seperjuangan yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun untuk perbaikan di masa datang.

Semarang, 31 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	4
A. Konsep Dasar Keluarga.....	4
1. Pengertian	4
2. Tipe atau Bentuk Keluarga.....	5
3. Fungsi Keluarga	7
4. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga	9
5. Prinsip Penatalaksanaan Diabetes Mellitus.....	16
6. Tugas Perkembangan Keluarga dalam Bidang Kesehatan	18
B. Konsep Medis.....	19
1. Pengertian.....	19

2. Etiologi.....	20
3. Patofisiologi	21
4. Manifestasi klinik.....	28
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	30
6. Komplikasi	32
BAB III RESUME KEPERAWATAN ...	33
BAB VI PEMBAHASAN	49
BAB V PENUTUP.....	62
A. Kesimpulan	62
B. Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia diperkirakan mengalami peningkatan dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 mendatang. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Kepala Instalasi Pelayanan Pelanggan dan Humas RSUP Persahabatan, Any Reputrawati, mengatakan bahwa tingginya angka tersebut menjadikan Indonesia peringkat keempat jumlah penderita Diabetes Mellitus terbanyak di dunia setelah Amerika Serikat, India, dan China. Meningkatnya penderita Diabetes Mellitus disebabkan oleh peningkatan obesitas, kurang aktivitas fisik, kurang mengonsumsi makanan yang berserat, merokok, dan tingginya lemak. Berdasarkan hasil survei tahun 2003, prevalensi Diabetes Mellitus di perkotaan mencapai 14,7 persen dan di pedesaan hanya 7,2 persen. Jadi jika jumlah warga DKI Jakarta 9 juta, berarti sekitar 1,25 juta jiwa diantaranya, termasuk anak-anak dan remaja.

Penyakit Diabetes Mellitus saat ini bisa menyerang siapa saja, termasuk anak-anak, remaja, dewasa dan orang tua. Kurang berolahraga dan sering mengonsumsi makanan tak sehat seperti makanan cepat saji (*fast food*) bisa memicu penyakit Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus kini menjadi ancaman yang serius bagi manusia dan telah menjadi penyebab kematian urutan ketujuh di dunia. Para penderita usia lanjut bisa mengalami stroke,

kelainan jantung, komplikasi ginjal dan saluran kemih, komplikasi pada anggota gerak seperti jari-jari tangan dan kaki, serta kelainan pembuluh darah dan syaraf kaki. Seperti dengan apa yang dikatakan oleh Any Reputrawati bahwa penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit turunan bukan menular. Ia menyarankan kepada masyarakat, jika merasa memiliki gejala-gejala diabetes mellitus segera memeriksa kadar gula darah di puskesmas atau di rumah sakit dan konsultasi ke dokter.

Berdasarkan laporan program yang berasal dari rumah sakit dan puskesmas di Jawa Tengah tahun 2006, Kasus Diabetes Mellitus secara keseluruhan sebanyak 259.703 (80,97 per 1.000 penduduk). Kasus tersebut di bagi dua yaitu kasus Diabetes Mellitus yang tidak tergantung insulin yaitu sebesar 72,56 per 1.000 penduduk dan kasus Diabetes Mellitus yang tergantung insulin sebesar 8,41 per 1.000 penduduk.

Berdasarkan dari data diatas yang menunjukkan bahwa setiap tahun terjadi peningkatan angka kejadian penderita penyakit dan dampak yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut dan masih rendahnya tingkat kepedulian masyarakat terhadap penyakit ini maka penulis mengambil kasus dengan pasien penderita Diabetes Mellitus dalam konteks keluarga. (<http://dokter-alwi.com/diabetes.html>)

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memahami penerapan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn. S khususnya pada Ny. T yang menderita Diabetes mellitus.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya masalah keperawatan pada keluarga Tn. S khususnya pada Ny. T yang menderitanya Diabetes mellitus.
- b. Teridentifikasinya intervensi keperawatan yang tepat pada keluarga Tn. S khususnya pada Ny. T yang menderita Diabetes mellitus dalam konteks keperawatan keluarga.
- c. Teridentifikasinya pemecahan masalah yang tepat pada keluarga.
- d. Teridentifikasinya alternatif pemecahan masalah yang dapat diambil pada keluarga Tn. S khususnya pada Ny. T.

C. Manfaat

1. Bagi penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam penatalaksanaan pada klien dengan gangguan hormonal : Diabetes Mellitus.

2. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu mendapatkan gambaran yang jelas dan perawatan individu dengan Diabetes Mellitus dalam konteks keluarga.

3. Bagi Lahan Praktik

Masyarakat mempunyai gambaran tentang penyakit Diabetes Mellitus sehingga masyarakat mampu mengenal tentang Diabetes Mellitus.

4. Bagi Institusi

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga dan sebagai bahan wacana untuk menambah informasi tentang dokumentasi asuhan keperawatan keluarga.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah sekelompok orang, yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka.

(Setiadi, 2008)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari individu- individu.

(Machfoedz, Ircham, 2003)

Menurut Stuart (ICN, 2001) lima hal penting yang ada pada definisi keluarga :

- a. Keluarga adalah suatu sistem atau unit.
- b. Komitmen dan keterkaitan antar anggota keluarga.
- c. Kewajiban di masa yang akan datang.
- d. Fungsi keluarga dalam memberikan perawatan meliputi perlindungan, pemberian nutrisi dan sosialisasi untuk seluruh anggota keluarga.
- e. Anggota – anggota keluarga mungkin memiliki hubungan dan tinggal bersama atau mungkin juga tidak ada hubungan dan tinggal terpisah.
- f. Keluarga mungkin memiliki anak atau mungkin juga tidak.

Dikutip dari (Sudiharto, 2007), pengertian keluarga antara lain :

Menurut Duvall dan Logan (1986), keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental emosional serta social dari tiap anggota keluarga.

Menurut Depkes (1988), 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.

Menurut BKKBN (1999), keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

Keempat pengertian keluarga diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari individu-individu, hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, dan adopsi, memiliki komitmen dan keterkaitan antar anggota keluarga yang di bentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah.

2. Tipe atau bentuk keluarga

Pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan.

a. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

b. Non Tradisional

- 1) Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang sekali ditemui sehingga seorang yang telah cerai atau ditinggal pasangannya cenderung hidup sendiri untuk membesarkan anak – anaknya.
- 2) Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 3) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
- 4) Orang dewasa (laki- laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*). Kecenderungan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kelak jika tidak menikah.

- 5) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the non marital heterosexual cohabiting family*). Biasanya dapat dijumpai pada daerah kumuh perkotaan (besar), tetapi pada akhirnya mereka dinikahkan oleh pemerintah daerah (kabupaten atau kota) meskipun usia pasangan tersebut telah tua demi status anak – anaknya.
- 6) Keluarga yang di bentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*gay and lesbian family*).

(Suprayitno, 2004)

3. Fungsi keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 1998) adalah sebagai berikut :

- a. Fungsi Afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement funtion*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c. Fungsi Reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

- d. Fungsi Ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi Perawatan /pemeliharaan kesehatan (*the health care function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Namun, dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrialisasi, fungsi keluarga dikembangkan menjadi :

- a. Fungsi Ekonomi, yaitu keluarga diharapkan menjadi keluarga yang produktif yang mampu menghasilkan nilai tambah ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga.
- b. Fungsi mendapatkan status sosial, yaitu keluarga yang dapat di lihat dan dikategorikan strata sosialnya oleh keluarga lain yang berada di sekitarnya.
- c. Fungsi pendidikan, yaitu keluarga yang mempunyai peran dan tanggung jawab yang besar terhadap pendidikan anak – anaknya untuk menghadapi kehidupan dewasanya.
- d. Fungsi Sosialisasi bagi anaknya, yaitu orang tua atau keluarga diharapkan mampu menciptakan kehidupan sosial yang mirip dengan luar rumah.

- e. Fungsi pemenuhan kesehatan, yaitu keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan yang primer dalam rangka melindungi dan pencegahan terhadap penyakit yang mungkin dialami keluarga.
- f. Fungsi Religius, yaitu keluarga merupakan tempat belajar tentang agama dan mengamalkan ajaran keagamaan.
- g. Fungsi Rekreasi, yaitu keluarga merupakan tempat untuk melakukan kegiatan yang dapat mengurangi ketegangan akibat berada di luar rumah.
- h. Fungsi Reproduksi, bukan hanya mengembangkan keturunan, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal (menyeluruh), diantaranya : seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks bagi anak, dan yang lain.
- i. Fungsi Afeksi, yaitu keluarga merupakan tempat yang utama untuk pemenuhan kebutuhan psikososial sebelum anggota keluarga berada diluar rumah.

(Suprajitno, 2004)

4. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap I, Keluarga Baru (*Bargaining Family*).

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak.

b. Tahap II, Keluarga dengan anak pertama <30 bulan (*Child bearing*)

Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi Klasik Le Master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17% tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal:

- 1) Suami merasa diabaikan.
- 2) Peningkatan perselisihan dan argumen.
- 3) Interupsi dalam jadwal kontinu.
- 4) Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun.

c. Tahap III, Keluarga dengan anak pra sekolah.

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Kehidupan keluarga selama tahap ini penting dan menuntut bagi orang tua. Kedua orang tua menggunakan banyak waktunya untuk bekerja. Namun orang tuanya adalah "arsitek keluarga" dapat merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga.

Anak usia pra sekolah harus banyak belajar khususnya dalam tahap kemandirian. Mereka harus mampu memenuhi kebutuhan sendiri agar dapat menangani diri sendiri tanpa adanya campur tangan orang tua, contohnya : pengalaman di kelompok bermain, taman kanak – kanak, *project head start*, pusat perawatan sehari – hari atau program lain yang bisa membantu perkembangan anak dan dapat meningkatkan yang

tajam dalam IQ setelah anak menyelesaikan sekolah taman kanak-kanak (Kaft et al, 1968).

Masalah – masalah kesehatan

- 1) Pada anak usia pra sekolah :
 - a. Penyakit menular
 - b. Keracunan
 - c. Jatuh
 - d. Luka bakar
 - e. Kecelakaan–kecelakaan lain yang terjadi selama usia pra sekolah.
- 2) Masalah kesehatan psikososial keluarga yang utama : hubungan perkawinan yaitu menurunnya kepuasan pasangan selama bertahun – tahun dan perlunya penanganan terhadap masalah ini untuk memperkokoh dan memberikan semangat.
- 3) Persaingan kakak adik.
- 4) Masalah komunikasi keluarga.

Strategi – strategi promosi kesehatan umum berhubungan erat selama tahap ini karena tingkah laku gaya hidup yang dipelajari selama masa kanak-kanak dapat menyebabkan konsekuensi – konsekuensi jangka panjang dan pendek.

Pendidikan kesehatan keluarga diarahkan pada pencegahan masalah–masalah kesehatan utama seperti merokok, penyalahgunaan obat – obatan dan alkohol, seksualitas manusia, keselamatan, diet dan nutrisi, olahraga, dan penanganan

stres/dukungan sosial.” Tujuan utama bagi para perawat yang bekerja dengan keluarga dan anak usia pra sekolah adalah membantu mereka membentuk gaya hidup yang sehat dan memfasilitasi pertumbuhan fisik, intelektual, emosional dan sosial secara optimal.

d. Tahap IV, Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun).

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum, dan hubungan keluarga di akhir tahap ini. Lagi – lagi tahun-tahun pada masa ini merupakan tahun-tahun yang sibuk. Kini, anak-anak mempunyai keinginan dan kegiatan-kegiatan masing-masing, disamping kegiatan-kegiatan wajib di sekolah dan dalam hidup, serta kegiatan-kegiatan orang tua sendiri. Setiap orang menjalani tugas-tugas perkembangannya sendiri-sendiri, sama seperti keluarga berupaya memenuhi tugas-tugas perkembangannya sendiri.

Menurut Erikson (1950), orang tua berjuang dengan tuntutan ganda yaitu berupaya mencari kepuasan dalam mengasuh generasi berikutnya (tugas perkembangan generativitas) dan memperhatikan perkembangan mereka sendiri, sementara anak-anak usia sekolah bekerja untuk mengembangkan *sense of industry*. Kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan mencoba mengurangi atau menangkis perasaan rendah hati.

e. Tahap V, Keluarga dengan anak remaja.

Ketika anak melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun. Meskipun tahap ini dapat lebih awal atau lebih lama jika anak meninggalkan keluarga, lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah. Tujuan keluarga pada tahap ini melonggarkan ikatan keluarga memungkinkan tanggung jawab dan kebebasan yang lebih besar bagi remaja dalam persiapan menjadi dewasa muda.

Pergeseran yang luar biasa ini pada pola-pola hubungan antar generasi dan sementara pergeseran ini pada awalnya ditandai dengan kematangan fisik remaja disebabkan karena perubahan pada orang tua karena memasuki pertengahan hidup dan dengan transformasi utama yang dihadapi kakek nenek dalam usia tua.

Tahap kehidupan keluarga ini mungkin yang paling sulit atau sudah tertentu paling banyak diperbincangkan dan ditulis.

f. Tahap VI, keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda.

Pada tahap ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan “rumah kosong” ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada pada rumah atau banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah setelah tamat dari SMA dan perguruan tinggi.

Perbedaan-perbedaan ini tidak dipandang karena perbedaan orang tua dan lingkungan keluarga. (Mitchell et al, 1989)

Tujuan utama keluarga adalah reorganisasi keluarga menjadi sebuah unit yang tetap berjalan sementara melepaskan anak-anak yang dewasa ke dalam kehidupan mereka sendiri.

Tugas-tugas perkembangan keluarga

- 1) Memperluas siklus keluarga-keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak.
- 2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
- 3) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari istri maupun sendiri. (Carter dan Mc Goldrik,1988)

Dengan rumah yang telah kosong, orang tua memiliki waktu lebih banyak untuk mencurahkan perhatian pada kegiatan-kegiatan dan hubungan lain. Mereka tidak tumbuh saling berjauhan dari sama lain dimana mereka dapat melembagakan atau membentuk peran suami dan istri yang pernah mereka lakukan. (Leshan,1973)

Tugas perkembangan dari keluarga dengan usia pertengahan adalah membantu mertua dari suami dan istri yang lanjut usia dan sakit-sakitan. Meskipun perawatan orang tua yang lanjut usia dan atau tidak mandiri bukanlah fungsi yang diharapkan dari keluarga dengan pengecualian. Pada beberapa kelompok etnis, suami dan istri diharapkan dapat membantu dan menyokong anggota keluarga yang lebih tua semaksimal mungkin.

g. Tahap VII, Keluarga usia pertengahan (*Midle age family*)

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiunan atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orang tua memasuki usia 45-55 tahun, dan biasanya pasangan suami istri pada usia pertengahannya merupakan sebuah keluarga inti. Pasangan postparental (pasangan yang anak-anaknya telah meninggalkan rumah) biasanya tidak terisolasi lagi saat ini, semakin banyak pasangan usia pertengahan hidup hingga menghabiskan seluruh masa hidupnya dalam fase postparental, dengan hubungan ikatan keluarga hingga empat generasi, yang merupakan hal yang biasa.

h. Tahap VIII, Keluarga dalam masa pensiunan dan lansia.

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga di mulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiunan, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Masalah-masalah kesehatan yang sering muncul:

- 1) Faktor-faktor seperti menurunnya fungsi dan kekuatan fisik, sumber-sumber finansial yang tidak memadai, isolasi sosial, kesepian dan banyak kehilangan lainnya yang dialami oleh lansia menunjukkan adanya kerentanan psikofisiologis dari lansia. Oleh karena itu, terdapat masalah-masalah kesehatan yang multipel. Pasangan atau individu lansia yang semua fase sakit kronis mulai

dari fase akut hingga fase rehabilitasi sangat membutuhkan bantuan. Baik fungsi-fungsi yang terkait secara medis dan fungsi-fungsi keperawatan. Promosi kesehatan menjadi hal yang sangat penting, khususnya di bidang nutrisi, pencegahan cedera, penggunaan obat yang aman, dan berhenti merokok.

(Suprajitno, 2004)

5. Prinsip penatalaksanaan Diabetes mellitus.

Prinsip-prinsip dasar penatalaksanaan keluarga dengan penyakit diabetes mellitus diantaranya yaitu preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

a. Tindakan preventif antara lain :

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit diabetes mellitus, mencegah supaya penyakit diabetes mellitus tidak bertambah parah caranya yaitu dengan menjaga pola makan dan olahraga secara teratur. Makanan yang harus dijaga yaitu mengurangi makanan yang manis, makanan yang mengandung pemanis buatan dan makanan yang mengandung kolestrol, anjurkan untuk menurunkan berat badan, sering olah raga.

b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada keluarga agar keluarga mengerti tentang apa itu diabetes mellitus, penyebab, tanda dan gejala, serta penatalaksanaan yang tepat untuk penyakit diabetes mellitus.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Diabetes Mellitus tidak dapat diobati tetapi dapat diberikan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi antara lain :

1) Non farmakologis

a) Penderita diabetes mellitus yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas ideal.

b) Merubah pola makan pada penderita diabetes mellitus, kegemukan atau kolesterol darah tinggi. Mengurangi asupan gula atau makanan yang manis yang mengandung karbohidrat.

c) Olahraga yang tidak terlalu berat

2) Farmakologis

a) Obat hipoglikemik oral yang meliputi obat pemicu sekresi insulin dan penambah sensitivitas terhadap insulin. Obat yang dalam golongan untuk pemicu sekresi insulin yaitu sulfonilurea dan blinit. Sedangkan obat yang termasuk dalam golongan penambah sensitivitas terhadap insulin yaitu biguanid, tiazolidindion dan penghambat glukosidase alfa

b) Insulin

d. Tindakan Rehabilitatif

Tindakan ini dapat membantu seseorang mengurangi atau mengontrol kadar gula dalam darah. Kegunaan dari tindakan ini diantaranya dapat mengurangi tingginya kadar glukosa dalam darah, mencegah

timbulnya komplikasi. Cara rehabilitasinya antara lain dengan olahraga dan pengaturan konsumsi makanan.

(Suzanne, 2001)

6. Tugas perkembangan keluarga dalam bidang kesehatan.

Dikutip dari Setiadi (2008), tugas keluarga menurut Friedman (1998), dibagi menjadi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu :

a. Mengenal masalah kesehatan tiap anggotanya.

Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat.

c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

B. Konsep Medis

1. Pengertian

Diabetes mellitus adalah suatu gangguan metabolisme yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah dan disebabkan oleh berkurangnya sekresi atau efektifitas kerja insulin.

(Gleadle, Jonathan, 2003)

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis, maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerotik dan penyakit vaskular mikroangiopati dan neuropati.

(Sylvia A Pricce, 2006)

Diabetes mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif.

(FKUI, 2007)

Diabetes mellitus berasal dari 2 kata, yaitu diabetes dan mellitus.

Diabetes berarti mengalir terus dan mellitus berarti manis. Disebut diabetes karena selalu minum dalam jumlah banyak (polidipsia) yang kemudian mengalir terus berupa urine yang banyak (poliuria). Disebut mellitus karena urine penderita ini mengandung glukosa (glukosa/manis).

(Tjokroprawiro, Askandar, 2006)

Keempat pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang disebabkan oleh

berkurangnya sekresi atau ketidakefektifan kerja insulin yang ditandai dengan polidipsia, poliuria dan polifagi.

a. Tipe Diabetes

Ada beberapa tipe diabetes mellitus yang berbeda : penyakit ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya.

Klasifikasi diabetes yang utama adalah :

- 1) Tipe 1 : Diabetes mellitus tergantung insulin (*insulin dependent diabetes mellitus*[IDDM])
- 2) Tipe II : Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (*non-insulin-dependend diabetes mellitus*[NIDDM])
- 3) Diabetes mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.
- 4) Diabet mellitus gestasional (*gestasional diabetes mellitus* [GDM]).

(Suzanne C. Smeltzer, 2001)

2. Etiologi

Penyebab diabetes mellitus sebenarnya tidak begitu jelas, tetapi faktor – faktor dibawah ini banyak berperan :

- a. Obesitas terutama yang bersifat sentral (bentuk apel)
- b. Diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat
- c. Kurang gerak badan
- d. Faktor keturunan
- e. Makan berlebihan
- f. Kehamilan
- g. Kurang produksi hormon insulin

(FKUI, 2007)

3. Patofisiologi

a. Fisiologi normal

Insulin disekresikan oleh sel-sel beta yang merupakan salah satu dari empat tipe sel dalam pulau-pulau langerhans pankreas. Insulin merupakan hormon anabolik atau hormon untuk menyimpan kalori (*Storage Hormon*). Apabila seseorang makan makanan, sekresi insulin akan meningkat dan menggerakkan glukosa ke dalam sel-sel otot, hati serta lemak. Dalam sel-sel tersebut insulin menimbulkan efek berikut ini :

- 1) Menstimulasi penyimpanan glukosa dalam hati dan otot (dalam bentuk glikogen).
- 2) Meningkatkan penyimpanan lemak dari makanan dalam jaringan adiposa.
- 3) Mempercepat pengangkutan asam-asam amino (yang berasal dari protein makanan) ke dalam sel.

Insulin juga menghambat pemecahan glukosa, protein dan lemak yang disimpan.

Selama masa “puasa” (antara jam-jam makan dan pada saat tidur malam), pankreas akan melepaskan secara terus-menerus sejumlah kecil insulin bersama dengan hormon, pankreas lain yang disebut glukagon (Hormon ini disekresikan oleh sel-sel alfa pulau langerhans). Insulin dan glukagon secara bersama-sama mempertahankan kadar glukosa yang konstan dalam darah dengan menstimulasi pelepasan glukosa dari hati.

Pada mulanya, hati menghasilkan glukosa melalui pemecahan glikogen (Glikogenolisis). Setelah 8 hingga 12 jam tanpa makanan, hati membentuk glukosa dari pemecahan zat-zat selain karbohidrat yang mencakup asam amino (Glukoneogenesis).

b. Patofisiologi Diabetes

1) Diabetes tipe 1

Pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia-puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar. Akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urine (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin, juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan, (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelemahan dan kelelahan.

Dalam keadaan normal, insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam- asam amino serta substansi lain). Namun dalam penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turun 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 diabetik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda- tanda seperti nyeri abdomen, mual muntah, hiperventilasi, napas bau aseton, dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, bahkan kematian. Pemberian insulin, bersama dengan cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemia serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar glukosa darah yang sering merupakan komponen, terapi yang penting.

2) Diabetes tipe 2

Pada diabetes tipe dua terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu retensi 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. Retensi insulin pada diabetes tipe dua disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Mengatasi retensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah Insulin yang diekskresikan pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi Insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan.

Pada tingkat normal atau meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan tipe 2.

Meskipun, terjadi sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe 2. Namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi bahan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe 2. Meskipun demikian, diabetes tipe 2

yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom, hiperglikemik hiperosmoler nonketotik (NHNK).

Diabetes tipe 2 paling sering terjadi pada penderita diabetes yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif. Maka awitan diabetes tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut bersifat ringan, dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama sembuh-sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi).

Sebagian besar pasien (kurang lebih 70%) penyakit diabetes tipe 2 yang dideritanya ditemukan secara tidak sengaja (misalnya, pada saat pasien menjalani pemeriksaan laboratorium yang rutin). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit diabetes selama bertahun-tahun adalah bahwa komplikasi diabetes jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati, parifer, kelainan vasculer parifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan.

Penanganan primer diabetes mellitus tipe 2 adalah dengan menurunkan berat badan, karena resistensi insulin, berkaitan dengan obesita, latihan merupakan, unsur yang paling penting pula untuk

meningkatkan efektivitas insulin. Obat hipoglikemia oral dapat ditambahkan, jika diet dan latihan tidak berhasil mengendalikan kadar glukosa darah, jika menggunakan obat oral dengan dosis maksimal tidak berhasil menurunkan kadar glukosa hingga tingkat yang memuaskan, maka insulin dapat digunakan, sebagian pasien memerlukan insulin, untuk sementara waktu selama periode stres fisiologik yang akut, seperti selama sakit atau pembedahan.

3) Diabetes dan kehamilan

Diabetes yang terjadi selama kehamilan perlu mendapat perhatian khusus. Wanita yang diketahui sudah menderita sebelum terjadinya pembuahan harus mendapatkan penyuluhan atau konseling tentang penatalaksanaan, diabetes selama kehamilan. Pengendalian diabetes yang bunik (hiperglikemia), pada saat pembuahan dapat disertai timbulnya maltormasi kongenital. Karena alasan inilah, wanita yang menderita diabetes harus mengendalikan penyakitnya dengan baik sebelum konsepsi terjadi dan sepanjang kehamilannya dianjurkan agar wanita yang menderita diabetes sudah memulai program terapi yang intensif (pemeriksaan kadar insulin tiga hingga empat kali perhari) dengan maksud untuk mencapai kadar hemoglobin, A1c yang normal, tiga bulan sebelum pembuahan, pemantauan, yang ketat dan pemeriksaan oleh dokter spesialis untuk kehamilan beresiko tinggi sangat dianjurkan.

Diabetes yang tidak terkontrol pada saat melahirkan akan disertai dengan peningkatan insiden makrosomia janin (bayi yang sangat besar), persalinan dan kelahiran yang sulit, bedah sesar dan kelahiran mati (*stillbirth*). Disamping itu, bayi yang dilahirkan oleh ibu yang menderita hiperglikemia dapat mengalami hipoglikemia pada saat lahir. Keadaan ini dapat terjadi karena pankreas bayi yang normal telah mensekresikan insulin untuk mengimbangi keadaan hiperglikemia ibu. Bayi ini membutuhkan pemantauan yang ketat dalam kamar bayi, dan kadar glukosa darahnya harus sering diukur jika terjadi hipoglikemia, pemberian air gula harus segera dilakukan.

Diabetes gestasional, terjadi pada wanita yang tidak menderita diabetes sebelum kehamilannya. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon placenta. Semua wanita hamil harus menjalani skrining pada usia kehamilan 24 hingga 27 minggu untuk mendeteksi kemungkinan diabetes. Penatalaksanaan pendahuluan mencakup modifikasi diet dan pemantauan kadar glukosa. Jika hiperglikemia tetap terjadi, preparat insulin harus diresepkan. Obat hiperglikemia oral tidak boleh digunakan selama kehamilan. Tujuan yang akan dicapai adalah kadar glukosa selama kehamilan yang berkisar 70 hingga 100 mg/dl sebelum makan (kadar gula nuchter) dan kurang dari 100 mg/dl pada 2 jam sesudah makan (kadar gula 2 jam postprandial)

sesudah melahirkan bayi, kadar glukosa darah pada wanita yang menderita diabetes gestasional akan kembali normal. Walaupun begitu banyak, banyak wanita yang mengalami diabetes gestasional ternyata di kemudian hari menderita tipe 2. Oleh karena itu, semua wanita guna mempertahankan berat badan idealnya dan melakukan latihan secara teratur sebagai upaya menghindari awitan diabetes mellitus tipe 2.

(Suzanne C. Smeltzer, 2001)

4. Manifestasi klinik

a. Gejala akut

Pada permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi tiga serba banyak yaitu:

- 1) Banyak makan (polifagia)
- 2) Banyak minum (polidipsia)
- 3) Banyak kencing (poliuria)

Atau singkatan 3p (polifagia, polidipsia, poliuria). Dalam fase ini biasanya penderita menunjukkan berat badan yang terus bertambah karena pada saat ini jumlah insulin masih mencukupi.

- 4) Bila keadaan tersebut tidak cepat diobati, lama kelamaan mulai timbulalu tinggi l gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin, dan bukan 3p lagi melainkan hanya 2p saja (polidipsia dan poliuria) dan keluhan lain:

- a) Nafsu makan mulai berkurang (tidak polifagia lagi) bahkan kadang-kadang disusul dengan mual jika kadar glukosa darah melebihi 500 mg/dl.
- b) Banyak minum
- c) Banyak kencing
- d) Berat badan turun dengan cepat (dapat turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu)
- e) Mudah lelah
- f) Bila tidak lekas diobati akan timbul rasa mual bahkan penderita akan jatuh koma (tidak sadarkan diri) dan disebut koma diabetik

Koma diabetik adalah koma pada diabetesi akibat kadar glukosa darah tertinggi, biasanya melebihi 600 mg/dl. Dalam praktek gejala dan penurunan berat badan inilah yang paling sering menjadi keluhan utama penderita untuk pergi berobat ke dokter.

b. Gejala kronik

Kadang-kadang diabetes tidak menunjukkan gejala akut (mendadak) tetapi penderita tersebut baru menunjukkan gejala sesudah beberapa bulan atau beberapa tahun mengidap penyakit diabetes mellitus. Gejala ini disebut gejala kronik atau menahun. Gejala kronik ini paling sering membawa diabetes berobat pertama kali. Kronik yang sering timbul adalah (seseorang penderita dapat mengalami beberapa gejala tersebut dibawah ini).

- 1) Kesemutan (semutan)
- 2) Kulit terasa panas (wedangen) atau seperti tertusuk-tusuk jarum
- 3) Terasa tebal di kulit, sehingga kalau berjalan seperti diatas bantal atau kasur
- 4) Kram
- 5) Lelah
- 6) Mudah mengantuk
- 7) Mata kabur, biasanya sering ganti kaca mata
- 8) Gatal di sekitar kemaluan, terutama wanita
- 9) Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- 10) Kemampuan seksual menurun, bahkan impoten
- 11) Para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau berat badan bayi lahir lebih dari 4 kg.

(Tjokroprawiro, Askandar, 2006)

5. Pemeriksaan diagnostik

- a. Glukosa darah : meningkat 200-100 mg/dl atau lebih.
- b. Aseton, plasma (keton) : positif .
- c. Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat.
- d. Osmolalitas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 mOsm/l.
- e. Elektrolit
 - 1) Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun.

- 2) Kalium : normal atau peningkatan semu (perpindahan sekuler), selanjutnya akan menurun.
 - 3) Fosfor : lebih sering menurun.
- f. Hemoglobin, glikosilat, kadarnya meningkat 2-4 kali lipat dari normal yang mencerminkan kontrol diabetes mellitus yang kurang selama 4 bulan terakhir (lama hidup SDM) dan karenanya sangat bermanfaat dalam membedakan DKA dengan kontrol tidak adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden (mis . isk baru).
- g. Gas darah arteri : biasanya menunjukkan ph rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.
- h. Trombosit darah : Ht mungkin mengikat (dehidrasi), leukositosis, hemo konsenrasi, merupakan respons terhadap stres atau infeksi.
- i. Ureum / kreatinin : mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/penurunan fungsi ginjal).
- j. Amilase darah : mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA.
- k. Insulin darah : mungkin menurun / bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (tipe 2) yang mengindikasikan insufisiensi insulin / gangguan dalam penggunaanya (endogen / eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibodi (autoantibodi).
- l. Pemeriksaan fungsi tiroid : peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.

- m. Urine : gula dan aseton, positif, berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.
- n. Kultur dan sensitivitas : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.

(Doengoes , 2000)

6. Komplikasi

a. Komplikasi akut diabetes mellitus

- 1) Hipoglikemia
- 2) Koma diabetik

b. Komplikasi kronik diabetes mellitus

Bila penderita lengah komplikasi diabetes mellitus dapat menyerang seluruh alat tubuh, mulai rambut sampai ujung kaki termasuk semua alat tubuh didalamnya. Sebaliknya, komplikasi tersebut tidak akan muncul jika perawatan diabetes mellitus dilaksanakan dengan tertib dan teratur. Antara lain komplikasinya adalah :

- 1) Mata diabetes
- 2) Jantung diabetes
- 3) Ginjal diabetes
- 4) Saraf diabetes
- 5) Kaki diabetes

(Tjokroprawiro A , 2006)

BAB III

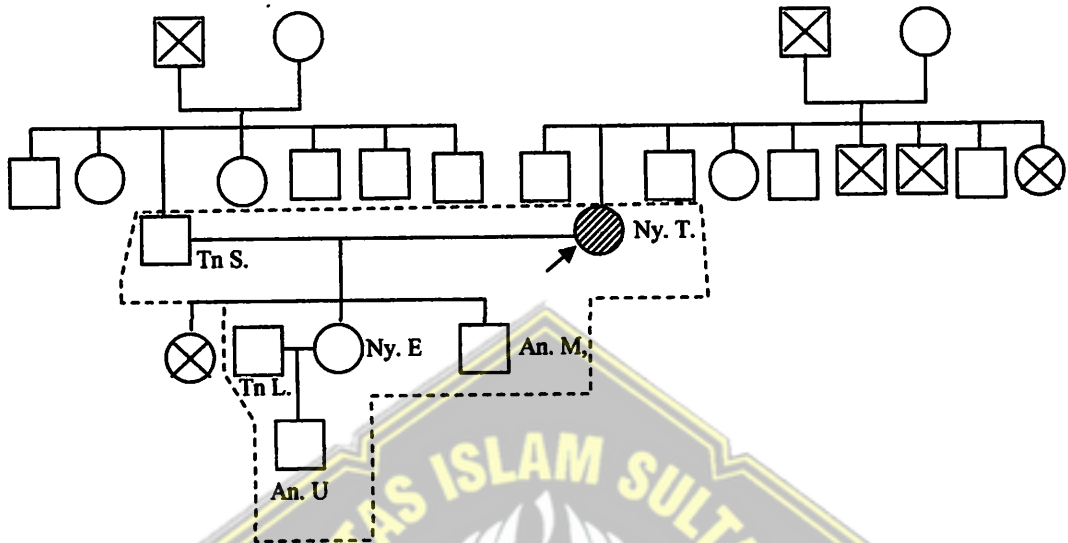
RESUME KEPERAWATAN

Pengkajian ini dilaksanakan pada hari minggu tanggal 9 Mei 2010 dengan teknik wawancara dan observasi.

A. Data Umum Keluarga

Hal pertama yang dilakukan ketika akan membuat suatu asuhan yaitu pengkajian identitas, begitu pula dengan asuhan keperawatan keluarga. Keluarga yang dikaji adalah keluarga Tn. S, dengan kepala keluarga Tn. S sendiri, alamatnya yaitu RT4 RW23 kelurahan Muktiharjo Kidul Kecamatan Pedurungan, berumur 47 tahun, beragama islam, pekerjaannya yaitu swasta dan tingkat pendidikannya yaitu tidak sekolah. Keluarga Tn. S terdiri dari 7 orang yaitu T.S sendiri, kemudian istrinya yaitu Ny.T, berumur 46 tahun, pekerjaannya yaitu sebagai ibu rumah tangga, tingkat pendidikannya yaitu tidak sekolah, kemudian mereka mempunyai anak, anak yang pertama bernama An. D, An. E, An. U dan An. M. An. D sudah meninggal ketika berumur 4 bulan, kemudian An. E sekarang berumur 23 tahun sekarang An. U berumur 4 tahun. Anak yang ketiga yaitu An. M sekarang berumur 8 tahun dan masih duduk di kelas 2 SD.

B. Genogram



Keterangan :



C. Data Fokus

1. Riwayat keluarga inti

Pada saat pengkajian yaitu tanggal 9 Mei 2010 Ny. T mengatakan menikah dengan Tn. S sejak tahun 1963. Sekarang mempunyai 3 anak. Anak yang pertama meninggal pada usia 4 bulan, anak ke 2 sudah menikah dan sudah mempunyai anak kemudian anak yang ke 3 masih duduk di kelas 2 SD. Ny. T juga mengatakan 3 bulan yang lalu anak ke 2 yaitu Ny. E mengalami diare, tetapi sekarang sudah sembuh. Ny. T mengatakan

mengetahui jika menderita penyakit Diabetes Mellitus setelah berobat di Rumah Sakit Panti Wilasa sekitar 2 tahun yang lalu. Ny. T juga mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan infeksi servik. Ny. T mengatakan tidak mempunyai anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan yang di derita oleh klien. Ny. E anaknya juga mengatakan kadang-kadang ayahnya mengeluh pegal-pegal di punggung. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan yaitu Rumah Sakit, Puskesmas dan dokter praktek.

2. Pengkajian lingkungan

Luas rumah Tn. S yaitu 45m², terdiri dari 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 ruang dapur, 1 kamar mandi dan di depan ada teras rumah. Bangunan rumah berbentuk segi empat, lantai rumah terbuat dari plester dengan keadaan kurang bersih dan penataan alat atau perabotan rumah tangga tidak rapi. Penerangan kurang, ventilasi cukup. Sumber air dan air minum menggunakan PAM dan sumur. Keluarga Tn. S mempunyai WC yang menggunakan septic tank yang terletak di belakang rumah yang jaraknya kurang lebih 8m. Kemudian pada saat wawancara Ny. T juga mengatakan rumahnya bocor kalau hujan, jadi lantai menjadi basah dan licin. Ny. E juga mengatakan jika hujan terlalu deras dan sehari-hari rumah akan banjir (air akan masuk kedalam rumah).

3. Fungsi keperawatan kesehatan

Pada fungsi keperawatan kesehatan keluarga, hal yang pertama yaitu tentang pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit/masalah

kesehatan didapatkan data : Ny. T mengatakan tidak tahu tentang penyakit Diabetes Mellitus. Ny. T juga mengatakan tidak tahu tentang pengertian, tanda dan gejala, komplikasi serta cara mencegah penyakit Diabetes Mellitus. Ny. T juga mengatakan tidak tahu diit penyakit Diabetes Mellitus. Ny. T mengatakan tidak pernah olah raga, pola makan tidak terkontrol, makan sembarangan tidak pernah cek GDS secara rutin. Ny. T juga mengatakan tidak tahu bila penyakitnya bisa bertambah parah jika pola hidup tidak sehat. Ny. T mengatakan sering pusing dan gemeteran. Pada fungsi yang ke dua yaitu kemampuan keluarga mengambil keputusan atau tindakan kesehatan yang tepat saat wawancara didapatkan data yaitu Ny. T mengatakan bahwa yang meminta untuk berobat ke Rumah Sakit adalah beliau. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan juga terbatas. Ny.T mengatakan tidak tahu secara luas tentang masalah yang terjadi pada penyakit Diabetes Mellitus. Klien juga suka makan sembarangan dan tidak terkontrol. Kemudian pada fungsi yang selanjutnya yaitu kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Didapatkan data: Ny. T mengatakan makannya sembarangan. Ny.T juga tidak tahu tentang penyakit Diabetes Mellitus, pola makan tidak terkontrol, klien tidak pernah olah raga, pada saat ditimbang berat badannya yaitu 58 kg dengan tinggi badan 150 cm. Klien juga mengatakan tidak pernah mengecek gula darah secara rutin. Pada saat wawancara Ny. T dicek kadar gula dalam darah dan hasilnya 322mg/dl (batas normal kadar glukosa yaitu sebelum makan 80-110 mg/dl dan setelah makan 110-160 mg/dl). Selanjutnya pada fungsi

perawatan kesehatan yang ke 4 yaitu tentang kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat didapatkan data: Ny. T mengatakan kalau hujan deras, gentengnya bocor sehingga lantai menjadi basah. Ny. T juga mengatakan kalau hujan larut sampai 2 hari rumahnya banjir sampai air masuk rumah. Hasil observasi juga menunjukkan penataan perabot rumah tangga kurang rapi dan berserakan dan kurang bersih. Lantainya beresiko untuk terjadinya cedera atau jatuh. Dan yang terakhir tentang fungsi perawatan kesehatan bagi keluarga yaitu kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat, Ny. T mengatakan bila ada anggota yang sakit keluarga membawa ke Puskesmas, dokter praktek maupun Rumah Sakit. Ny. T mengatakan Tn. S mempunyai kartu Jamkesmas.

C. Analisa Data

Data yang diperoleh, pada saat pengkajian yaitu tanggal 9 Mei 2010 maka dapat dikelompokkan dan akhirnya muncul suatu permasalahan. Pertama yaitu DS : Ny. T mengatakan kalau hujan deras, atap rumahnya bocor sehingga lantai menjadi basah, Ny. T juga mengatakan kalau hujan larut sampai 2 hari rumahnya banjir sampai masuk. Ny. T juga mengatakan penglihatannya kurang jelas atau agak rabun. Kemudian DO (Objektifnya) yaitu : sebagian lantai basah saat hujan deras karena atap rumahnya bocor, terlihat air masuk rumah saat hujan larut deras, pencahayaan rumah Ny. T kurang dan penataan perabotan kurang rapi atau berserakan dan kurang bersih. Dari data tersebut dapat diambil masalah yaitu resiko tinggi cedera dengan

penyebab yaitu ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah). Berikutnya yaitu data subyektif Ny. T mengatakan makannya sembarangan, Ny. T mengatakan tidak tahu masalah penyakit diabetes mellitus dan data obyektif pola makan tidak terkontrol, klien tidak pernah olahraga, Ny. S tampak sedikit *over weigh* (BB=58 kg dengan TB=150 cm) dan klien tidak pernah mengecek gula darah secara rutin, umur 46 tahun, TTV (tanda-tanda vital) : TD (tekanan darah) = 150/90, N (nadi) : 88x/menit, S (suhu) : 36,5⁰C, RR (respiratory rate) : 20x/menit, hasil cek GDS tanggal 9 Mei 2010 yaitu 322mg/dl. jadi untuk problem atau masalahnya yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik dan penyebab atau etiologinya yaitu ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit. DS (data subyektif) : Ny. T mengatakan sering pusing dan kaki gemeteran setelah lama duduk kemudian berdiri, Ny. T mengatakan tidak tahu tentang penyakit Diabetes Mellitus, Ny. T juga mengatakan tidak tahu tentang pengertian ,tanda dan gejala, komplikasi serta cara mencegah penyakit diabetes mellitus. Kemudian Ny. T juga mengatakan tidak tahu tentang diet penyakit diabetes mellitus. Ny. T juga mengatakan tidak tahu bila penyakitnya bisa bertambah parah jika pola hidup tidak sehat. DO (data obyektif) : Ketika ditanya tentang penyakit Diabetes Mellitus Ny. T diam dan menjawab tidak tahu, kemudian Ny. T tidak pernah olahraga, pola makan Ny. T tidak terkontrol. Ketika ditimbang berat badan Ny. T 58 kg. Ny. T juga bertanya tentang penyakit diabetes mellitus, hasil cek GDS tanggal 9 mei 2010 yaitu 322 mg/dl, pendidikan terakhir tidak sekolah dapat ditarik masalah yaitu Resiko tinggi komplikasi diabetes mellitus dengan penyebabnya yaitu ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus.

D. Diagnosa Keperawatan

Hasil dari analisa diatas maka dapat disimpulkan bahwa pada keluarga Tn. S terdapat 3 masalah yaitu Resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah), tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dan resiko tinggi komplikasi diabetes mellitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus.

E. Skoring

Menentukan masalah mana yang akan diselesaikan terlebih dahulu maka kita harus membuat skala prioritas atau skoring. Untuk diagnosa pertama yaitu Resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah), menskoringnya adalah dilihat dari kriteria yaitu sifat masalah sedang, scornya yaitu $2/3 \times 1$ jadi totalnya yaitu $2/3$, dengan pembenaran : Lantai terbuat dari plester, penglihatan kurang jelas, pencahayaan kurang sehingga rumah terlihat gelap. Penataan perabotan rumah kurang rapi, bila hujan deras atap rumah bocor dan jika sampai larut air bisa masuk kedalam rumah lantai akan menjadi licin sehingga hal itu memungkinkan terjadi cedera. Selanjutnya dilihat dari kemungkinan masalah dapat diubah sifat masalah mudah, scorenya yaitu $2/2 \times 2$ jadi hasilnya yaitu 2, dengan pembenaran : pemakaian kaca mata, penataan ruangan agar lantai tidak licin, dan pengaturan pencahayaan yang baik mendukung untuk terjadinya perubahan. Kemudian dilihat dari Potensi masalah untuk dicegah sifat masalah sedang dengan score yaitu $2/3 \times 1$ totalnya $2/3$, dengan pembenaran : apabila

diabetes mellitus dilakukan perawatan yang maksimal injuri tidak akan terjadi. Kriteria yang selanjutnya yaitu menonjolnya masalah. Masalah dirasakan tetapi tidak harus ditangani, dengan score $1/2 \times 1$ hasilnya $1/2$ dan pembedaan : Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak bisa segera ditangani, jadi nilai totalnya adalah $2^5/8$.

Diagnosa yang ke dua yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Kriteria yang pertama yaitu sifat masalah aktual, score : $3/3 \times 1$ hasilnya 1, dengan pembedaan Ny. T mempunyai penyakit diabetes mellitus dan mengalami masalah tentang diet pada diabetes mellitus dan perlu segera ditangani untuk mencegah diabetes mellitus menjadi lebih berat. Kriteria selanjutnya yaitu kemungkinan masalah dapat diubah mudah dengan score $2/2 \times 2$ hasilnya 2, dan pembedaannya yaitu dengan didukung sumber daya keluarga, sumber daya keperawatan, dan keinginan yang tinggi untuk diatasi. Selanjutnya yaitu kemungkinan masalah dapat dicegah sifat masalah sedang, score: $2/3 \times 1$ hasilnya $2/3$, dengan pembedaan masalah yang terjadi diperlukan suatu tindakan preventif supaya keadaan tidak menjadi lebih berat. Kriteria yang terakhir yaitu menonjolnya masalah harus segera ditangani, score $2/2 \times 1$ hasilnya 1, dengan pembedaan keduanya mengetahui masalah kesehatan dalam keluarga harus segera di tangani agar tidak terjadi komplikasi, jadi jumlah score seluruhnya yaitu $4^2/3$.

Diagnosa terakhir yaitu resiko tinggi komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus. Kriteria yang pertama adalah sifat masalah resiko, scorenya $2/3 \times 1$ hasilnya $2/3$, pembedaannya yaitu jika tidak adanya perubahan perilaku maka

komplikasi mungkin saja bisa terjadi, kemudian kriterianya kemungkinan masalah dapat diubah mudah dengan pembenaran Ny. T mau mengikuti pola makan diet dengan fasilitas dana yang mendukung dan keinginan yang cukup tinggi untuk diatasi. Kemudian dilihat dari potensial masalah, masalah untuk dicegah cukup dengan score $2/3 \times 1$ hasilnya $2/3$, pembenarannya yaitu masalah dapat terjadi diperlukan suatu tindakan preventif supaya keadaan tidak menjadi lebih berat, dan kriteria yang terakhir adalah menonjolnya masalah : ada masalah dan harus segera ditangani, scorenya yaitu $2/2 \times 1$ hasilnya $2/2$, pembenarannya yaitu Ny. T mengetahui kalau punya penyakit diabetes mellitus dan harus segera ditangani agar tidak bertambah berat, jadi total seluruhnya yaitu $4^{1/3}$. Dari hasil penskorian maka dapat dilihat masalah mana yang harus diselesaikan terlebih dahulu sesuai dengan jumlah score tertinggi, maka masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu yaitu: Tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, resiko tinggi komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus, dan yang terakhir yaitu resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah) .

F. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 9 Mei 2010 ketika penulis melakukan pengkajian, saat itu juga merencanakan hal-hal apa yang akan dilakukan dan melakukan implementasi saat itu juga. Masalah yang muncul maka tahap selanjutnya yaitu menyusun rencana untuk mengatasi setiap masalah yang ada. Diagnosa

pertama yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Tujuan jangka panjang yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari keluarga Tn. S mampu merawat Ny. T yang menderita penyakit diabetes mellitus, tujuan jangka pendek yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan keluarga mengetahui dan dapat menyebutkan diet bagi penderita diabetes mellitus. Kriteria evaluasi, kriteria responnya yaitu respon verbal, dan standarnya yaitu diet bagi penderita diabetes mellitus yaitu, makanan yang tidak boleh diberikan seperti manisan buah, gula pasir, susu, madu, sirup, dan kecap. Kemudian makanan yang dibatasi yaitu nasi, jagung, singkong, roti, telur, tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah dan ikan. Terakhir makanan yang dianjurkan yaitu kol, kagkung, tomat, oyong, pisang, pepaya, jeruk dan bayam. Intervensi yang akan dilakukan yaitu gali pengetahuan keluarga tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, beri penjelasan pada keluarga tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, beri kesempatan pada keluarga untuk mengulang kembali diet bagi penderita diabetes mellitus, beri pujian atas jawaban keluarga dan yang terakhir yaitu cek kadar gula dalam darah.

Pada diagnosa kedua yaitu resiko tinggi komplikasi diabetes mellitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus. Tujuan jangka panjang yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan keluarga mengenal masalah tentang diabetes mellitus, tujuan jangka pendek yaitu setelah dilakukan

tindakan keperawatan (penyuluhan) selama 1x30 menit diharapkan keluarga mampu mengenal masalah diabetes mellitus (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta perawatannya). Kriteria evaluasi, kriteria respon verbal, standarnya yaitu keluarga mampu mengungkapkan diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi klinis berupa hilangnya toleransi karbohidrat, etiologi diabetes mellitus yaitu kerusakan sel beta pankreas, infeksi virus, autoimun, obesitas, penurunan sensitivitas reseptor insulin. Tanda dan gejala diabetes mellitus adalah polidipsi, poliuri, poliphagi, berat badan turun, badan lemah, luka yang sulit sembuh. Penatalaksanaan yaitu pengaturan diet, latihan jasmani, obat/insulin dan penyuluhan. Intervensi yang diberikan yaitu beri kesempatan pada keluarga untuk mengungkapkan tentang diabetes mellitus sebatas yang diketahui saat ini, beri *reinforcement* atas jawaban yang diberikan, beri penyuluhan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta perawatannya, beri kesempatan keluarga untuk mengulangi penjelasan yang diberikan dan beri *reinforcement* positif atas jawaban yang diberikan keluarga.

Diagnosa yang terakhir yaitu resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah). Tujuan jangka panjangnya adalah setelah dilakukan penyuluhan tentang lingkungan yang menyebabkan cedera diharapkan cedera bisa dicegah atau tidak terjadi cedera. Tujuan jangka pendek yaitu setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit keluarga dapat mengenal faktor resiko cedera serta akibat dari

cedera. Kriteria evaluasi, kriteria respon verbal dan standarnya yaitu faktor-faktor yang menyebabkan cedera lantai licin, penerangan kurang, penataan perabotan yang tidak rapi atau berserakan dan tidak memakai alas kaki. Intervensi yang diberikan yaitu beri penjelasan tentang faktor-faktor penyebab cedera, beri kesempatan keluarga untuk mengulangi penjelasan yang telah diberikan, beri penjelasan tentang akibat dari cedera, motivasi keluarga untuk mengambil keputusan terhadap cedera dan cek kadar gula dalam darah.

G. Implementasi

Pelaksanaan dari intervensi dilakukan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 9 sampai 11 Mei 2010. Diagnosa pertama yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit pada hari minggu tanggal 9 Mei 2010 jam 16.00 implementasinya mengucapkan salam, menggali pengetahuan keluarga tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, S (respon subyektif) : keluarga menjawab salam, Ny. T mengatakan makanan yang harus dihindari adalah gula. O (respon obyektif) : keluarga kooperatif, menjelaskan pada keluarga tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, S : keluarga mengatakan yaitu hindari makanan manis, pola hidup teratur, mengubah pola makan. O : diam, mendengarkan. Memberi kesempatan pada keluarga untuk mengulang, S : keluarga mengatakan bahwa makanan yang dilarang yaitu manisan buah, gula pasir, susu, madu, kemudian makanan yang dibatasi adalah nasi, jagung, singkong, roti, telur, tempe, tahu, kacang hijau, kacang tanah, kemudian makanan yang dianjurkan yaitu kol, kangkung, tomat, oyong, pisang, pepaya,

jeruk dan bayam. Memberi pujian kepada keluarga terhadap jawaban. O : tersenyum, keluarga kooperatif. Mengecek kadar gula dalam darah pada Ny. T, S : Ny. T mengatakan mau tahu tentang kadar gula dalam darahnya, O : klien kooperatif, hasil 322 gr/dl.

Diagnosa kedua yaitu resiko tinggi komplikasi diabetes mellitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus pada hari Senin tanggal 10 Mei 2010 jam 16.30 WIB implementasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, memberi kesempatan pada keluarga untuk mengungkapkan tentang diabetes mellitus sebatas yang diketahui, S : keluarga menjawab salam, Ny. T mengatakan diabetes mellitus yaitu gula dalam darah naik, O : keluarga menjawab, keluarga kooperatif. Memberi pujian atas jawaban keluarga, O : keluarga tersenyum. Menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta perawatan penderita diabetes mellitus, S : Ny. T mengatakan ingin tahu tentang penyakit diabetes mellitus, O : diam, mendengarkan, keluarga kooperatif. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mengulang penjelasan yang diberikan, S : klien mengatakan diabetes mellitus adalah gula dalam darah naik, penyebabnya yaitu kegemukan, keturunan, tanda dan gejalanya banyak makan, banyak urin, sering haus, perawatan penderita diabetes mellitus adalah mengontrol makanan dan olahraga, O : keluarga kooperatif, keluarga mampu mengulang. Memberi pujian atas jawaban keluarga, O : keluarga tersenyum, keluarga terlihat senang.

Diagnosa ketiga yaitu resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah), implementasinya dilakukan pada hari Selasa tanggal 11 Mei 2010 jam 16.00 yaitu : menjelaskan tentang faktor-faktor penyebab cedera yaitu lantai licin, penerangan kurang, tidak memproteksi diri (alas kaki), S : klien mengatakan mau memutuskan cara untuk menghindari cedera, O : keluarga diam, mendengarkan, kooperatif. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mengulangi penjelasan yang telah diberikan, S : Ny. T mengatakan faktor-faktor yang menyebabkan cedera yaitu lantai licin, penerangan kurang, tidak memproteksi diri, O : keluarga kooperatif. Mendiskusikan tentang akibat cedera, S : keluarga mengatakan akan menghindari atau meminimalkan terjadinya cedera, O : keluarga antusias terhadap diskusi, bertanya kepada perawat. Mendiskusikan cara yang tepat untuk menghindari cedera yaitu memakai alas kaki, penerangan baik, lantai dan penataan perabotan rapi, S : Ny. T memutuskan berusaha menghindari cedera dan akan menata rumahnya, O : keluarga kooperatif dan tersenyum. Memberikan pujian kepada keluarga atas jawaban yang diberikan, O : keluarga tersenyum. Mengecek kadar gula dalam darah, S : Ny. T mengatakan mau dicek gula darahnya, O : klien kooperatif, hasil 192 mg/dl (normal sebelum makan 80-110 mg/dl dan sesudah makan 110-160 mg/dl).

H. Evaluasi

Evaluasi pada diagnosa tidak efektifnya regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 11 Mei 2010 adalah S

(Subjektif) : Ny. T mengatakan tahu diit bagi penderita diabetes mellitus, keluarga mengatakan tentang macam-macam diit bagi penderita diabetes mellitus, Ny. T mengatakan akan menjaga pola makan. Pada O (Objektif) : Ny. T mampu menjawab pertanyaan perawat, keluarga mampu mengubah pola hidup/makan, hasil cek GDS 192 mg/dl. Pada A (*Assessment*) : masalah teratasi sebagian pada aspek kognitif dan afektif. Pada P (Planning) : lanjutkan intervensi yaitu mengontrol makanan, menjaga pola makan dan melakukan olahraga.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu resiko tinggi komplikasi diabetes mellitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan pengakit diabetes mellitus dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 11 Mei 2010 adalah S (Subjektif) : keluarga mengatakan diabetes mellitus adalah gula dalam darah naik, Ny. T mengatakan penyebab diabetes mellitus adalah kegemukan, keturunan, keluarga mengatakan tanda dan gejala diabetes mellitus adalah banyak makan, sering haus, banyak urin, Ny. T mengatakan sekarang tahu tentang diabetes mellitus. O (Objektif) : Ny. T menjawab dan menjelaskan tentang diabetes mellitus, keluarga kooperatif, keluarga mampu menyebutkan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala. Pada A (*Assesment*) : masalah teratasi pada aspek kognitif. P (Planning) : pertahankan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah) dilakukan pada hari Selasa 11 Mei 2010, S (Subjektif): Ny. T mengatakan

tentang faktor-faktor penyebab cedera yaitu lantai licin, penerangan kurang, penataan perabotan yang tidak rapi, klien mengatakan akan meminimalkan faktor terjadinya resiko cedera. Pada O (Objektif): penataan perabotan sekarang menjadi rapi, penerangan cukup, memperbaiki genting yang bocor, jika berjalan memakai sandal. A (*Assesment*) : masalah teratasi pada aspek kognitif, afektif dan Psikomotor. P (Planning) : pertahankan intervensi. Mengontrol pola makan, rutin Memeriksa gula darah kurang lebih 1 minggu sekali, latihan Fisik/olahraga, melibatkan keluarga dalam menyajikan menu makanan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan keluarga Tn. S dengan masalah pada Ny. T yang telah dilaksanakan selama 3 hari, mulai tanggal 9-11 Mei 2010 di kelurahan Muktiharjo Kidul RT.4 RW.23 Kecamatan Pedurungan Semarang.

Pembahasan kali ini meliputi tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, implementasi sampai evaluasi. Disini penulis membahas tiap permasalahan dengan mengacu pada tiap diagnosa keperawatan yang dimulai dari analisa data, label diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian dilakukan melalui teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada seluruh anggota keluarga yang dilakukan pada tanggal 9 Mei 2010 proses ini merupakan pengumpulan data yang menjadi dasar munculnya masalah keperawatan pada klien.

Wawancara merupakan suatu pertemuan dengan tatap muka langsung dengan anggota keluarga. Observasi adalah pengamatan yang akhirnya mendapat hasil yang Objektif (Friedman,1998). Wawancara dan observasi harus dilakukan dengan baik, sehingga akan terjalin *trust* yang baik dengan keluarga. Akhirnya data yang diperoleh menjadi valid.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh penulis mengacu pada konsep dari *Friedman's Assessment Model* yang digabungkan dengan lima tugas

perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya, 1978. Sehingga dalam struktur redaksional diagnosa keperawatan, masalah keperawatan didasarkan pada temuan pengkajian melalui *Friedmann's Assessment Model*, sementara etiologi didasarkan pada temuan pengkajian melalui konsep lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya. Hal demikian dimungkinkan karena fokus pada asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn. S yang dikelola oleh penulis, menekankan pada individu dalam setting keluarga (level 1). (Friedman, 1989 dalam Maurer & Smith, 2005, hal. 272)

1. Diagnosa pertama : tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga adalah suatu pola pengaturan dan integrasi ke dalam keluarga yang memproses program untuk pengobatan penyakit atau gejala sisa dari penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan yang spesifik (Wilkinson, 2006)

Batasan karakteristik, subjektif: pengungkapan secara verbal keinginan untuk mengelola pengobatan penyakit dan mencegah gejala sisa, pengungkapan secara verbal kesulitan pengaturan / integrasi dari salah satu atau lebih efek atau pencegahan komplikasi, pengungkapan secara verbal bahwa keluarga tidak dapat bertindak untuk mengurangi faktor resiko perkembangan penyakit dan gejala sisa. Objektif: percepatan (diharapkan atau tidak diharapkan) gejala-gejala penyakit dari anggota keluarga, aktifitas keluarga yang tidak tepat dalam mencapai tujuan program pengobatan atau pencegahan, kurangnya perhatian terhadap penyakit dan gejala sisa.

Diagnosa ini ditegakkan karena didapatkan data sebagai berikut: Pada diagnosa pertama yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus, data yang mencerminkan etiologi yaitu klien mengatakan tidak tahu tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, klien mengatakan makan sembarangan, tidak tahu tentang penyakit diabetes mellitus dan klien mengatakan tidak pernah olahraga. Data tersebut sudah cukup untuk menegakkan menjadi sebuah etiologi.

Sedangkan problem diambil dari data objektif yang ditemukan yaitu klien tampak *over weight*, dengan BB 58 kg dan TB 150 cm, pola makan tidak terkontrol, klien tidak pernah mengecek gula dalam darah secara rutin, umur 46 tahun, TTV; TD: 150/90 mmHg, N: 88x/menit; S: 36,5⁰C, RR: 20x/menit dan hasil cek GDS pada tanggal 9 Mei 2010 adalah 322 mg/dl. Data yang didapat sudah cukup untuk menegakkan menjadi sebuah problem sesuai dengan konsep dikatakan bahwa diabetes mellitus ditandai dengan kenaikan kadar gula dalam darah, salah satu tanda dari diabetes mellitus yaitu kegemukan dan hasil pemeriksaan diagnostik berupa pemeriksaan gula darah (Sylvia A Pricce, 2006). Dari etiologi dan problem maka ditarik sebuah diagnosa yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga sesuai dengan yang terdapat dalam Nanda, 2001. Berdasarkan data yang ada diagnosa yang muncul penulis menyusun intervensi yang akan dilakukan untuk menangani masalah tersebut. Intervensi tersebut yaitu memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang diet pada penderita diabetes mellitus. Tindakan penyuluhan

kesehatan yang diberikan kepada keluarga sangat tepat, karena dengan memberikan penyuluhan kesehatan diharapkan keluarga mengerti sehingga nantinya keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus. Penyuluhan menyediakan informasi bagi klien dan dengan demikian membantu mereka mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. Memperoleh informasi yang bermakna membantu anggota keluarga merasa memiliki perasaan kontrol dan mengurangi stres (Friedman 1998). Fungsi kesehatan keluarga pada aspek mengenal keluarga Tn. S khususnya Ny. T mengatakan tidak tahu tentang penyakit Diabetes Mellitus, tidak tahu tentang pengertian, tanda dan gejala, komplikasi serta cara mencegah penyakit Diabetes Mellitus, tidak tahu dietnya, tidak pernah olah raga, pola makan tidak terkontrol, makan sembarangan tidak pernah cek GDS secara rutin, Ny. T juga mengatakan tidak tahu bila penyakitnya bisa bertambah parah jika pola hidup tidak sehat, Ny.T mengatakan sering pusing dan gemetaran, selain itu Ny.T tidak pernah memperhatikan menu makanannya sehari-hari.

Beberapa masalah yang muncul, akan penulis bahas semua sebagai bentuk dari pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif sesuai dengan yang tercantum dalam Friedman 1998 yang termuat dalam Iqbal 2006. Masalah tidak efektifnya regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit berkaitan dengan cara keluarga merawat dan masalah diabetes mellitus, tidak efektifnya manajemen terapeutik keluarga adalah suatu keadaan dimana sistem

penatalaksanaan atau pengobatan secara sederhana tidak atau beresiko tidak menjadi efektif. Hal ini berkaitan dengan diet yang klien lakukan. Pentingnya akan sadar gizi sebagai strategi kesehatan yang mendorong semua anggota keluarga untuk mempertahankan “catatan makanan selama 3 hari” akan sangat membantu dalam mengkaji kualitas diet keluarga mereka dan bagaimana hal itu memenuhi kebutuhan-kebutuhan nutrisi individu, karena obesitas telah berulang-ulang memperlihatkan sebagai salah satu prekursor kunci terhadap sakit kronik dan usia pendek, maka mengkaji asupan kalori keluarga dan membandingkannya dengan kebutuhan kalori yang sesungguhnya menjadi hubungan erat dengan praktik (Friedman, 1998).

Diagnosa ini muncul karena ditemukan data bahwa klien mengatakan tidak tahu tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, tidak tahu tentang hal-hal yang berhubungan dengan diabetes mellitus, pola makannya tidak terkontrol, dan klien makan semua jenis makanan, kemudian setelah di cek kadar gula dalam darahnya ternyata tinggi yaitu 322mg/dl. Data tersebut diatas layak diangkat menjadi sebuah masalah karena data yang dikemukakan sudah cukup untuk menegaskan. Diabetes mellitus terjadi bila ada peningkatan kadar gula dalam darah dan disertai dengan manifestasi klinik yang khas (Sylvia A Pricce, 2006)

Prioritas masalahnya yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga sebagai diagnosa pertama karena mempunyai sifat masalah yang aktual, kemungkinan masalah dapat diubah mudah, kemungkinan masalah dapat dicegah sedang, menonjolnya masalah harus segera ditangani dengan

jumlah total score yaitu $4\frac{2}{3}$ maka sudah tepat bila diagnosa ini penulis prioritaskan menjadi diagnosa yang pertama (Bailon & Maglaya, 1978 dalam Iqbal, 2006).

Mengatasi masalah tidak efektifnya regimen terapeutik tersebut penulis menetapkan tujuan jangka panjang yaitu setelah dilakukan penyuluhan, pendidikan kesehatan kepada keluarga Tn. S mengenai syarat diet diabetes mellitus, pengertian, penyebab, tanda dan gejala penyakit diabetes mellitus dan cara perawatannya.

Tindakan penyuluhan kesehatan yang diberikan kepada keluarga sangat tepat, karena dengan memberikan penyuluhan kesehatan diharapkan keluarga mengerti sehingga nantinya keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus. Penyuluhan menyediakan informasi bagi klien dan dengan demikian membantu mereka mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. Memperoleh informasi yang bermakna membantu anggota keluarga merasa memiliki perasaan kontrol dan mengurangi stres (Friedman 1998). Tindakan demonstrasi cara menyusun menu sangat penting sekali bagi penderita diabetes mellitus agar makanan yang akan dikonsumsi oleh klien sesuai dengan diet yang dianjurkan bagi penderita diabetes mellitus sehingga kadar glukosa dalam darah seimbang sesuai dengan kebutuhan tubuh. Tujuan penatalaksanaan diet pada Diabetes adalah mencapai dan kemudian mempertahankan kadar glukosa dalam darah mendekati normal, mencapai dan mempertahankan lipid mendekati normal, mencapai dan

mempertahankan berat badan agar selalu dalam batas-batas yang memadai atau berat badan idaman, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup (Soegondo, 2007). Dengan program diet yang benar dan latihan fisik yang baik akan membantu menyeimbangkan kadar gula dalam darah.

Setelah dilaksanakan penyuluhan selama 30 menit masalah keperawatan pertama teratasi sebagian, karena hanya aspek kognitif saja, klien dan keluarga mengatakan tahu tentang diet bagi penderita diabetes mellitus, keluarga mampu menyebutkan dan mengaplikasikan menu makanan yang akan dikonsumsi oleh klien, keluarga mampu mengubah pola makan.

Penulis menyarankan untuk tindak lanjut yaitu memberi motivasi kepada klien untuk mengontrol pola makan, memperhatikan menu makanan yang akan dikonsumsi sesuai dengan syarat diet diabetes mellitus, memberi motivasi kepada klien untuk memeriksakan kesehatan ke pelayanan kesehatan satu minggu sekali (Suzanne, 2001), menganjurkan untuk latihan fisik walaupun bentuknya sederhana sekali, dan selalu menjaga kesehatan tubuh agar tidak terjadi luka atau komplikasi lebih lanjut.

2. Resiko tinggi komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan penyakit diabetes mellitus.

Diagnosa kedua ini muncul karena ditunjang oleh problem dan etiologi. Data yang menunjang untuk etiologi yaitu: klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit diabetes mellitus, klien mengatakan kakinya gemeteran setelah lama duduk kemudian berdiri, kemudian Ny. T mengatakan tidak tahu

tentang pengertian, tanda dan gejala, komplikasi, serta cara mencegah penyakit diabetes mellitus. Pengambilan etiologi mengenal harus meliputi sejauh mana keluarga mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah (Wahit Iqbal, 2006). Kemudian data yang menunjang problem yaitu ketika ditanya tentang diabetes mellitus klien diam, klien tidak pernah olahraga, pola makan tidak terkontrol, ketika ditimbang BB menunjukkan hasil 58 kg, klien bertanya kepada perawat tentang penyakit diabetes mellitus, hasil cek GDS yaitu 322 mg/dl dan pendidikan terakhir yaitu tidak sekolah. Data ini sudah mencukupi untuk penegakan sebuah problem sesuai dengan manifestasi klinik dan data yang menunjang terjadinya masalah diabetes mellitus (Tjokroprawiro, 2006). Pada diagnosa kedua yaitu resiko tinggi komplikasi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan tentang diabetes mellitus menurut Wahid 2006 bahwa sejauh mana keluarga mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Data yang diperoleh mengatakan Ny. T mengatakan sering pusing dan kaki gemetaran setelah lama duduk kemudian berdiri, kemudian Ny. T mengatakan tidak tahu tentang penyakit Diabetes Mellitus yang termasuk pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta cara mencegah penyakit Diabetes Mellitus, kemudian klien mengatakan tidak tahu tentang diet penyakit diabetes mellitus. Kemudian data objektif yang didapat yaitu ketika ditanya tentang

penyakit diabetes mellitus Ny. T diam dan menjawab tidak tahu, kemudian Ny. T tidak pernah olahraga, pola makan tidak terkontrol, berat badan ketika ditimbang hasilnya yaitu 58 kg. Ny. T juga bertanya tentang penyakit diabetes mellitus, cek hasil GDS 322 mg/dl. Intervensi yang dilakukan yaitu beri penyuluhan terhadap keluarga tentang diabetes mellitus, tetapi di tekankan pada faktor resiko komplikasi. Resiko komplikasi terjadi jika perilaku klien yang tidak baik dalam pemenuhan dan pemilihan jenis makanan. seharusnya penulis mengkaji lebih lanjut tentang diet atau pola makan klien sehari-hari karena dari data tersebut dapat dilihat sejauh mana pola makan berpengaruh (Soegondo, 2007).

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa kedua sudahlah tepat karena total scorenya berada dibawah dari jumlah score dari diagnosa kedua yaitu $4\frac{1}{3}$. Masalah ini bisa dikesampingkan dengan diagnosa pertama karena dilihat dari sifat masalahnya yaitu resiko bukan aktual. (Bailon & Maglaya, 1978 dalam Iqbal, 2006)

Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan penyuluhan kepada klien tentang diabetes mellitus. Pendidikan kesehatan yang seharusnya dilakukan yaitu menekankan pada pola kontrol terhadap asupan makanan pada klien yang merupakan faktor resiko terjadinya komplikasi pada diabetes mellitus. Dengan memberikan penyuluhan tentang faktor resiko komplikasi diabetes mellitus diharapkan klien lebih memahami dan berupaya menghindari faktor resiko (Tjokprawiro, 2006). Respon klien ketika diberi penyuluhan yaitu klien kooperatif terhadap apa yang diberikan oleh perawat.

Evaluasi yang didapatkan oleh penulis dari diagnosa kedua yaitu klien mengatakan sudah mengetahui tentang diabetes mellitus, serta klien mampu mengulang apa yang diberikan oleh perawat. Berdasarkan kriteria dan standar yang telah ditetapkan oleh penulis pada perencanaan, serta mengacu pada tujuan jangka pendek, maka setelah dilakukan implementasi keluarga mampu mengenal tentang diabetes mellitus.

Rencana tindak lanjut, yang diberikan kepada keluarga diharapkan klien menjaga pola makan dan memilih makanan yang akan dikonsumsi agar meminimalkan komplikasi dan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan seminggu satu kali (Suzanne, 2001).

3. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat (rumah).

Resiko cedera adalah suatu kondisi individu yang berisiko untuk mengalami cedera sebagai akibat dari kondisi lingkungan yang berhubungan dengan sumber-sumber adaptif dan pertahanan.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan kecukupan data yang mencerminkan etiologi dan problem. Data yang mencerminkan etiologi yaitu Ny. T mengatakan kalau hujan deras, atap rumahnya bocor sehingga lantai menjadi basah, kemudian Ny. T mengatakan bahwa kalau hujan larut sampai 2 hari rumahnya banjir sampai masuk rumah dan dari observasi terlihat penerangan rumah kurang dan penataan perabotan yang tidak rapi. Kemudian data yang mencerminkan problem yaitu saat hujan deras lantai basah sehingga menjadi licin, atap bocor, penerangan rumah kurang, penataan

perabotan yang kurang rapi. Masalah keperawatan resiko tinggi cedera adalah suatu keadaan di mana individu mempunyai resiko untuk mendapat cedera sebagai akibat dari kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber-sumber adaptif dan defensif individu. Faktor –faktor yang dapat menyebabkan cedera yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor eksternal yaitu termasuk fisik, berhubungan dengan desain, struktur, dan pengaturan masyarakat, bangunan dan peralatan (Nanda, 2001).

Penulis menempatkan diagnosa ini menjadi diagnosa terakhir sangatlah tepat. Hal ini dikarenakan jumlah score yang didapat yaitu paling rendah dibanding dengan dua diagnosa lainnya. Jumlah scornya yaitu $2\frac{5}{8}$. (Bailon & Maglaya, 1978 dalam Iqbal, 2006).

Intervensi yang dilakukan mengacu pada tujuan jangka pendek yang ditetapkan oleh penulis yaitu setelah dilakukan intervensi keluarga mampu mengetahui tentang faktor-faktor resiko yang menyebabkan cedera dan cedera bisa dicegah dan keluarga mampu merawat rumah. Intervensi yang direncanakan yaitu beri penjelasan tentang faktor-faktor penyebab cedera, motivasi keluarga untuk mengambil keputusan terhadap faktor cedera. kemudian motivasi klien untuk merawat rumah dengan baik. penerangan dan keadaan rumah sudah bisa menunjang atau mewakili resiko terjadinya cedera sesuai dengan syarat-syarat rumah sehat haruslah terdapat penerangan yang baik, ventilasi yang baik dan kebersihan rumah yang selalu dijaga (Hasting, 2005) Intervensi yang diambil sudah tepat karena nantinya akan mencakup aspek kognitif dan psikomotor.

Implementasi yang dilakukan yaitu pada tanggal 11 Mei 2010 yaitu menjelaskan tentang faktor-faktor resiko cedera. Cedera atau resiko tinggi adalah suatu keadaan di mana individu mempunyai resiko untuk mendapat cedera sebagai akibat dari kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber-sumber adaptif dan defensif individu. Faktor –faktor yang dapat menyebabkan cedera yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor eksternal yaitu termasuk fisik, berhubungan dengan desain, struktur, dan pengaturan masyarakat, bangunan dan peralatan (Nanda, 2001).

Pada implementasi yang pertama yaitu menjelaskan kepada keluarga tentang faktor-faktor resiko cedera, kemudian memotivasi keluarga mengambil keputusan dan yang terakhir yaitu memotivasi keluarga merawat/memelihara rumah.

Evaluasi yang dapat diambil dari implementasi yang dilakukan adalah keluarga Tn. S sekarang sudah mengetahui tentang rumah yang sehat dan faktor-faktor resiko terjadinya cedera. Pada *assessment* dikatakan bahwa masalah ini teratasi, dengan analisa sekarang keluarga mengenal dan tahu tentang faktor-faktor penyebab cedera, keluarga sudah bisa memutuskan tindakan apa yang harus dilakukan untuk mencegah cedera dan keluarga bisa merawat dan memelihara rumahnya. hal ini benar karena adanya perubahan terhadap kognitif dari klien.

Dalam penampilan genogram seharusnya menampilkan umur, penyakit, dan inisial nama. Seharusnya penyakit diabetes mellitus ada faktor resiko dari keturunan (Askandar, 2006) tetapi hasil dari pengkajian tidak terdapat adanya faktor keturunan.

Penampilan tanggal dan tanda tangan sangatlah penting. Pada penulisan dan pendokumentasian seharusnya penulis menampilkan tanggal dan tanda tangan. Dokumentasi keperawatan sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggun jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami oleh klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan. (Alimul, Aziz, 2002).

Seharusnya penulis juga mencantumkan beberapa intervensi untuk mengatasi problem dari masing-masing diagnosa agar prinsip dasar keperawatan tentang pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif bisa dicapai (Friedman, 1998).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang dilakukan oleh penulis maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul pada Ny. T yang menderita penyakit diabetes mellitus yaitu tidak efektifnya regimen terapeutik keluarga, resiko tinggi komplikasi dan resiko tinggi cedera.
2. Intervensi yang dilakukan yaitu berdasarkan setiap diagnosa yang ditegakkan :
 - a. Memberikan penyuluhan kepada klien dan keluarga tentang penyakit Diabetes Mellitus, mengecek kadar gula dalam darah, memberikan penyuluhan tentang faktor-faktor resiko cedera.
 - b. Diagnosa kedua intervensi yang dilakukan adalah jelaskan tentang faktor-faktor resiko cedera, Intervensi yang dilakukan yaitu penyuluhan tentang penyakit diabetes mellitus dan pengecekan kadar gula dalam darah. Keluarga mengetahui hal-hal yang harus dilakukan pada penderita penyakit Diabetes Mellitus.
 - c. Dari sekian implementasi yang dilakukan oleh penulis, tidak semua implementasi berjalan dengan baik. Beberapa faktor menjadi kendala yaitu masalah waktu. Waktu yang digunakan terlalu singkat

sehingga apa yang menjadi target belum tercapai. Faktor lain adalah masalah ekonomi. Ekonomi menjadi hal yang penting karena keluarga tidak memeriksakan ke layanan kesehatan karena faktor ekonomi.

3. Untuk mengatasi masalah kesehatan yang disebabkan atau berkaitan dengan faktor sosial ekonomi penulis menjelaskan tentang pelayanan puskesmas yang bisa digunakan bagi warga tidak mampu, menjelaskan tentang obat-obat alternatif yang bisa digunakan dan bisa disediakan oleh keluarga secara mandiri di lingkungan keluarga.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Merombak sebaran kurikulum praktik keperawatan keluarga yang semula ditempatkan pada semester VI menjadi di semester V, dengan harapan dapat memberikan keleluasaan bagi mahasiswa yang mengambil studi kasus keperawatan keluarga untuk dijadikan bahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah dan mengetahui seberapa jauh mahasiswa mwngetahui dan dapat menngaplikasikan asuhan keperawatan keluarga.

2. Bagi perawat

Pada saat melakukan pengkajian keluarga, hendaknya perawat melakukannya dengan tepat dan teliti agar data yang diperoleh bisa menyeluruh dan valid sesuai dengan tahap – tahap asuhan keperawatan yang ada.

3. Bagi keluarga

Diharapkan bagi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang penyakit diabetes mellitus, pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan perawatan serta pencegahan dini agar tidak terkena penyakit diabetes mellitus.

4. Bagi masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan dalam upaya deteksi dini pada pasien dengan diabetes mellitus, serta dapat melakukan upaya preventif untuk menghindari penyakit diabetes mellitus.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J, 2001. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Jakarta : EGC, Edisi 8 jakarta :EGC
- Diagnosis keperawatan nanda*, 2002. Terjemahan PSJK B'OL UGM. Jakarta : EGC
- Doengoes, Marilyn E, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC..
- Friedman, Marilyn M, 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik* terjemahan. Jakarta : EGC.
- Gleadle, Jonathan, 2003. *Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta : Erlangga.
- Hans, 2008. Jumlah Penderita Diabetes Mellitus di Indonesia Meningkat. [http : // dokter-alwi.com/diabetes. html](http://dokter-alwi.com/diabetes.html). Diunduh tanggal 10 Mei 2010.
- Hastings, Diana. Editor: Romana P. Kapoh, S.Kep & Salmiyatun, S.Kep, 2005. *Pedoman Keperawatan Dirumah*. Cetakan pertama. Jakarta: EGC.
- Iqbal, Watik,dkk, 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Machfoedz, Ircham, 2003. *Kesehatan Keluarga Bagian Dari Kesehatan Masyarakat*. Cetakan ke2. Yogyakarta: Fitramaya.
- Maurer, France A, 2005. *Community / Public Health*.London : Tavistock Publikation.
- Priece, Sylvia A, 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC.
- Setiadi .2008, *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Smeltzer, Suzanne C. Editor: Monica Ester, S.Kp, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8 Vol 3. Cetakan Pertama. Jakarta: EGC.
- Soegondo, Sidartawan, Dkk, 2007. *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Sudiharto. Editor Ns. Esty Wahyuningsih, S.Kep, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Cetakan Pertama. Jakarta: EGC.

Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.

Tjokroprawiro, Askandar, 2006. *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

