

# **PENATALAKSANAAN DIET UNTUK MENGURANGI KOMPLIKASI PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS POLOKARTO**



**PUBLIKASI ILMIAH**

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III  
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Oleh:**

**ERRA FERIANA**

**J 200 130 043**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

PENATALAKSANAAN DIET UNTUK MENGURANGI KOMPLIKASI  
PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS POLOKARTO

PUBLIKASI ILMIAH

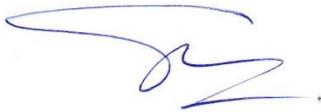
oleh:

ERRA FERIANA

J 200 130 043

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing



Supratman, Ph.D

NIK. 755

HALAMAN PENGESAHAN  
PENATALAKSANAAN DIET UNTUK MENGURANGI KOMPLIKASI  
PADA PENDERITA DIABETES MELITUS  
DI PUSKESMAS POLOKARTO

OLEH

ERRA FERIANA

J 200 130 043

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Pada hari Sabtu, 23 Juli 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Supratman, Ph.D (Ketua Dewan Penguji) (.....)
2. Agus Sudaryanto, S.Kep., Ns., M.Kes (Anggota Dewan Penguji) (.....)

Dekan,

  
(Dr. Suwaji, M.Kes)  
NIP: 195311231983031002

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 11 Juli 2016

Penulis



**ERRA FERIANA**

J 200 130 043

**PENATALAKSANAAN DIET UNTUK MENGURANGI KOMPLIKASI  
PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS  
POLOKARTO**

Erra Feriana, Supratman  
Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura  
Email: [errafariana2@gmail.com](mailto:errafariana2@gmail.com)

**Abstrak**

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Penyakit ini tidak menular tetapi prevalensi semakin meningkat dari tahun ke tahun, Diabetes melitus memerlukan pengelolaan yang tepat. Ada empat langkah pengelolaan diabetes yaitu pengobatan, latihan fisik, edukasi dan perencanaan diet yang tepat. Penderita diabetes melitus tipe 2 banyak yang menemui macam-macam kendala dalam perawatan penyakitnya, terutama terkait dengan diet. Tujuan penulis adalah membahas Diabetes Melitus dan asuhan keperawatannya. Teknik pengumpulan data dilakukan penulis dengan metode deskriptif yaitu dengan wawancara, observasi, dan studi kepustakaan. Lokasi pengambilan kasus oleh penulis adalah di wilayah Puskesmas Desa Mranggen Polokarto pada tanggal 28 Maret sampai tanggal 2 April 2016. Pengkajian dilakukan pada keluarga Tn. H yang mempunyai penyakit gula sejak tiga tahun yang lalu, Tn. H tidak mengetahui gejalanya secara pasti. Terdapat komplikasi yaitu hipertensi yang terjadi sejak tahun ke dua setelah Tn. H mengetahui penyakitnya. Tn. H rutin melakukan cek gula darah tetapi setiap hari Tn. H masih minum teh manis. Jika makan Tn. H mengurangi nasi tetapi masih menambah nasi jika lauknya cocok. Pemeriksaan gula darah sewaktu yang didapatkan adalah 163 mg/dl. Penulis menegakkan diagnosa ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan defisit pengetahuan. Rencana tindakan didiskusikan dengan keluarga, yaitu penatalaksanaan diet untuk mengurangi komplikasi pada penderita diabetes melitus. Pada hari Kamis tanggal 31 Maret 2016 melakukan pendidikan kesehatan mengenai tanda dan gejala, komplikasi, diet diabetes melitus dan mendemonstrasikan senam kaki diabetik. Tujuan jangka panjang, anggota keluarga yang sakit mampu melaksanakan program terapeutik diet diabetes melitus dengan respon psikomotor dengan standar pasien mampu menghindari makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita diabetes melitus. Sedangkan tujuan dilakukan penyuluhan kesehatan, yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan anggota keluarga yang sakit mampu memahami tentang

penatalaksanaan diet pada penderita diabetes melitus, mampu mengerti penyebab serta komplikasi diabetes melitus dengan respon verbal dengan standar anggota keluarga mampu menyebutkan penyebab, komplikasi dan penatalaksanaan diet pada diabetes melitus. Respon anggota keluarga terhadap tindakan yang dilakukan baik. Keluarga kooperatif mampu menjelaskan kembali materi pendidikan kesehatan yang sudah disampaikan. Keluarga mengatakan bersedia menerapkan diet yang tepat pada Tn. H.

**Kata Kunci:** *diabetes melitus*, diet, pendidikan kesehatan, puskesmas polokarto, keluarga

## **Abstract**

Diabetes mellitus is a kind of disease which can interfere all organs of the body and cause a variety of complaints. Diabetes mellitus is not an infectious disease, however, the prevalence of this disease is increasing each year. This disease require for the proper management. There are four steps in the management, including diabetes treatment, physical exercise, education and right diet plan. There have been many patients with diabetes mellitus type 2 who encounter many kinds of obstacles during the treatment of the disease, especially problem associated with diet. The author's purpose is to discuss diabetes mellitus and nursing care. Here, the writer applied descriptive method as the the data collecting techniques. It was obtained through interview, observation, and literature study. The writer obtained the case from the regional area Polokarto health center service on March 28<sup>th</sup> to April 2<sup>nd</sup>, 2016. The assessment was done to Mr.H's family who suffer from Diabetes since three years ago. Mr. H did not recognized the certain symptoms of diabetes. There are complications of hypertension that occurred since the second year after Mr. H knowing his illness.Mr. H regularly check his blood sugar but every Mr. H is still drinking sweet tea everyday. When eating Mr. H reduce the rice portion, but he sometimes eat with more portion of rice if he likes the dish. Blood sugar tests obtained before management was 163 mg/ dl. The writer diagnosed the patient as ineffective management of therapeutic program due to patient's lack of knowledge. The management plan was discussed with the patient's family, such as diet management to reduce complications in the patients with diabetes mellitus. On Thursday, March 31<sup>st</sup>,2016, given health education about signs and symptoms, complications, diet for diabetes mellitus and demonstrated diabetic foot gymnastics. Long-term goals, a sick family member is able to implement the program of therapeutic diet diabetes mellitus with psychomotor responses to standard patients were able to avoid foods that should not be consumed by people with diabetes mellitus . The term goals do health education, after the implementation of nursing sick family members were able to understand more about the management of diet in patients with diabetes mellitus, alsoable to understand the causes and complications diabtes mellitus with verbal responses and the standards of family members able to mention again about causes, complications and treatment of diet on diabetes mellitus. The family members has given a good response on the actions performed. The family were cooperative and able to explain back the health education materials that has been given. The family stated that they will implement proper diet for Mr. H.

**Keywords:** diabetes mellitus, diet, family, health education, health center service

## 1. PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat (Price & Wilson, 2006). Menurut penelitian (Fatimah, 2015) penderita diabetes yang mengalami gangguan glukosa sering mengeluh mudah lapar, sering kencing, mudah lelah, kesemutan, sering merasa kebas di tangan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyang atau lepas. Pasien dengan kelainan toleransi glukosa ringan (gangguan glukosa puasa dan gangguan toleransi glukosa) dapat tetap beresiko mengalami komplikasi (Price & Wilson, 2006).

Komplikasi diabetes melitus diklasifikasikan menjadi akut dan kronis. Yang termasuk dalam komplikasi akut adalah hipoglikemia, diabetes ketoasidosis (DKA), dan *hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma* (HHNC). Yang termasuk dalam komplikasi kronis adalah retinopati diabetic, nefropati diabetic, neuropati, dislipidemia, dan hipertensi. Pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2, hipertensi bisa menjadi hipertensi esensial. Hipertensi harus segera secepat mungkin diketahui dan ditangani secara agresif karena bisa memperberat retinopati, nefropati dan penyakit maskular (Baradero, Dayrit & Siswadi, 2009).

Menurut PERKENI (2006) pengelolaan diabetes ada 4 langkah yaitu pengobatan, latihan fisik, edukasi dan perencanaan diet yang tepat. Penderita diabetes melitus tipe 2 banyak yang menemui macam-macam kendala dalam perawatan penyakitnya, terutama terkait dengan diet. Waspadji (2007) menjelaskan, walaupun penderita sudah mendapatkan edukasi mengenai perencanaan makan, lebih dari 50% penderita tidak melaksanakannya. Hal ini diketahui karena kurangnya variasi makanan dan dukungan keluarga terhadap diet yang diberikan, sehingga sebagian besar penderita diabetes tipe 2 mengalami kebosanan dalam melaksanakan program diet.

Dalam pengelolaan kontrol gula darah, perencanaan diet merupakan salah satu kunci utama. Menurut Suyono (2006), meskipun riset dalam bidang pengelolaan diabetes melitus telah mengalami kemajuan dengan ditemukannya berbagai jenis insulin dan obat-obat mutakhir, pengobatan yang paling utama pada penderita diabetes melitus adalah pengaturan diet yang tepat, terutama pada diabetes melitus tipe 2. Tujuan penatalaksanaan diet diabetes melitus adalah mencapai dan mempertahankan kadar gula darah, lipid, berat badan, mencegah komplikasi akut dan kronis serta meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes melitus.

Estimasi terakhir *International Diabetes Federation* (IDF), pada tahun 2013 terdapat 382 juta orang yang hidup yang menderita diabetes melitus. Diperkirakan pada tahun 2035 jumlah penduduk dunia yang menderita

diabetes melitus akan meningkat paling sedikit menjadi 592 juta orang (Kemenkes RI, 2014). Data terbaru di tahun 2015 yang ditunjukkan oleh PERKENI menyatakan bahwa jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia telah mencapai 9,1 juta orang. Indonesia menempati peringkat ke lima teratas diantara negara-negara dengan jumlah penderita diabetes melitus terbanyak di dunia (PERKENI, 2015). Penyakit diabetes melitus di Indonesia menjadi masalah kesehatan masyarakat yang sangat serius. Namun perhatian terhadap penanganan diabetes melitus di negara berkembang masih kurang, terutama tentang komplikasi yang ditimbulkan akibat diabetes melitus (Suyono, 2006).

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang prevalensi semakin meningkat dari tahun ke tahun, penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Data yang penulis dapatkan dari SIMPUS puskesmas Polokarto bahwa pada bulan Februari 2016 terdapat 16 orang yang menderita penyakit diabetes.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menjadikan kasus diabetes melitus tipe II sebagai karya ilmiah mengenai diabetes melitus di Puskesmas Polokarto”.

## **2. METODE**

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan metode deskriptif. Menurut Chandra (2008), penelitian deskriptif merupakan studi mengenai frekuensi dan distribusi suatu penyakit pada manusia atau masyarakat menurut karakteristik orang yang menderita (*person*), tempat kejadian (*place*), dan waktu teradinya (*time*) penyakit.

Lokasi yang digunakan sebagai sumber pengambilan kasus diabetes melitus ini di lakukan di wilayah Puskesmas Desa Mranggen Polokarto pada tanggal 28 Maret sampai tanggal 2 April 2016. Penulis mendapatkan data-data dengan cara sebagai berikut:

### **a. Wawancara**

Data-data dikumpulkan dengan cara langsung melakukan wawancara kepada klien dan wawancara kepada keluarga yang mengerti berbagai informasi mengenai klien.

### **b. Observasi**

Diakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien yaitu dengan pemeriksaan semua panca indra baik inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi.

### **c. Studi kepustakaan**

Penulis menggunakan sumber buku-buku dan jurnal ilmiah yang ada kaitannya dengan permasalahan diabetes melitus untuk dijadikan sebagai

landasan teori dalam memberikan asuhan keperawatan maupun dalam penulisan karya ilmiah tulis ini.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan pada keluarga Tn. H mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Menurut Muhlisin (2012) yang termasuk tahapan pengkajian keluarga adalah identifikasi data demografi dan sosio cultural, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga, stress dan strategi koping yang digunakan keluarga, perkembangan keluarga. Sedangkan yang termasuk pada pengkajian terhadap individu sebagai anggota keluarga adalah pengkajian fisik, mental, emosi, sosial dan spiritual.

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 29 Maret 2016 pada pukul 09.00 WIB di RT. 04, RW. 02 Sumber Rejo, Mranggen, Polokarto. Pengkajian dilakukan pada keluarga Tn. H yang berusia 75 tahun. Tn. H adalah seorang pensiunan guru olahraga dengan pendidikan terakhir SLTA. Tn. H tinggal bersama istrinya, yaitu Ny. S berusia 72 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SLTP. Anaknyanya yaitu Tn. K berusia 42 tahun, pekerjaan swasta dengan pendidikan terakhir SLTP. Tn. K telah menikah dengan Ny. N yang saat ini berusia 40 tahun. Ny. N bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD.

Tn. H adalah anak ke dua dari empat bersaudara, sedangkan Ny. S adalah anak tunggal. Tn. H dan Ny. S mempunyai enam orang anak yang sudah menikah semua. Anak ke tiga Tn. H meninggal karena kecelakaan. Anak ke lima tinggal dengan Tn. H bersama istrinya sedangkan anaknya yang lain sudah bersama suami nya masing-masing.

Tipe keluarga Tn. H adalah *extended family*. Harmoko (2012) menjelaskan *extended family* yaitu keluarga inti yang ditambah dengan sanak saudara. Keluarga berasal dari suku Jawa semua dan menganut adat Jawa sehingga tidak ada perbedaan adat. Seluruh anggota keluarga Tn. H dalam kesehariannya berkomunikasi menggunakan bahasa jawa. Keluarga Tn. H beragama Kristen yang taat beribadah. Kegiatan atau nilai agama yang menurut keluarga Tn. H bertentangan dengan kesehatan tidak ada.

Status ekonomi keluarga Tn. H berkecukupan, pemasukan berasal dari tunjangan pensiunan Tn. H dan juga hasil kerja anaknya. Pemasukan rata-rata Rp. 4.600.000,- per bulan sedangkan pengeluaran rata-rata Rp. 1.022.000,- per bulan. Keluarga Tn. H berada dalam tahap perkembangan yang terakhir yaitu tahap keluarga usia lanjut. Keluarga sudah melaksanakan tugas perkembangan keluarga yaitu mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan dan juga mempertahankan keakraban suami istri dan anak-anaknya.

Tn. H tinggal di rumahnya sendiri dengan luas bangunan 99,8 m<sup>2</sup>, jenis bangunan permanen dengan lantai semen. Sumber air yang digunakan sehari-hari berasal dari sumur, kondisi air bersih, tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa. WC menggunakan angsa latrin dan terdapat septik tank. Ada tempat sampah, sampah biasanya dikumpulkan di belakang rumah kemudian dibakar. SPAL terbuka dialirkan di got belakang rumah. Jendela yang cukup besar di ruang tamu dan di ruang tengah, sedangkan di kamar terdapat jendela kecil. Ventilasi dan pencahayaan cukup memasuki ruangan. Pencahayaan pada malam hari menggunakan lampu pijar. Denah rumah terdapat ruang tamu, ruang keluarga, tiga kamar tidur, dapur, dan satu kamar mandi.

Keluarga tinggal di lingkungan yang padat penduduk tetapi cukup rapi dan masih terdapat pepohonan disamping rumah. Tetangga umumnya adalah orang Jawa sehingga dalam kehidupan sehari-hari tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi, hubungan dengan tetangga sangat baik dan keluarga aktif dalam kegiatan sosial. Keluarga Tn. H sudah tinggal di lingkungan komunitas sejak 24 tahun yang lalu. Tn. H biasanya keluar rumah bersama dengan istrinya melatih kegiatan senam lansia dan kegiatan gereja. Sedangkan anaknya keluar jika bekerja. Keluarga aktif berinteraksi dengan masyarakat. Tn. H termasuk orang yang disegani di masyarakat karena keaktifannya. Keluarga Tn. H berkumpul dengan keluarga besar ketika hari besar dan ketika ada acara keluarga. Keharmonisan keluarga menjadi pendukung utama keluarga, dukungan saling berkomunikasi setiap hari. Keluarga selalu menggunakan komunikasi yang terbuka, jelas dan jujur. Terlihat Tn. H berbicara akrab dan terlihat rukun dengan istri dan anaknya. Keluarga Tn. H lebih menekankan pada kasih sayang dan kebersamaan untuk saling mendukung.

Menurut Harmoko (2012) tugas kesehatan dalam keluarga adalah mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Dalam pelaksanaan tugas kesehatan, keluarga sudah mampu mengenal masalah. Dalam mengatasi masalah tersebut Ny. S mengatakan bahwa bapak rutin melakukan cek gula darah. Setelah keluar dari RS bapak disuruh memakai suntik insulin tetapi berhenti setelah satu tahun karena gatal-gatal. Setiap hari bapak masih minum teh dengan gula tetapi saya kurangi gulanya karena kata dokter tidak boleh banyak-banyak konsumsi gula dan jika bapak makan saya juga mengurangi nasi tetapi bapak masih nambah nasi jika lauknya cocok dengan selernya.

Ny. S merasa apa yang terjadi pada suaminya merupakan takdir karena memang sudah tua. Setiap masalah yang terjadi tidak dibuat tegang agar tidak stres. Ny. S mengatakan keluarga tidak pernah mengalami stres jangka

panjang karena setiap anggota keluarga menikmati hidupnya dan setiap ada masalah selalu dibicarakan bersama. Keharmonisan keluarga menjadi kekuatan dalam keluarga. Koping yang digunakan dalam menyelesaikan masalah adalah diskusi dengan anggota keluarga dan berdoa kepada tuhan karena keluarga Tn. H yakin bahwa tuhan akan memberikan jalan terang.

Tn. H mengatakan pernah dirawat di RS Jebres Surakarta selama 21 hari pada tahun 2013, sejak itu keluarga mengetahui bahwa Tn. H mempunyai penyakit diabetes. Tn. H rutin melakukan cek gula darah setiap satu bulan sekali. Hasil pemeriksaan gula darah terakhir pada tanggal 4 Februari 2016 yaitu gula darah puasa (GDP) 70 mg/dL, gula darah sewaktu (GDS)  $\leq$ 125 mg/dL. Tn. H mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Tekanan darah Tn. H pernah mencapai 190/100 mmHg.

Menurut Tandra (2014) terdapat berbagai komplikasi karena diabetes diantaranya: stroke, katarak, glaucoma, retinopati, gigi goyah, infeksi akar gigi, hipertensi, penyakit jantung koroner kardiomiopati, mual, sebah, konstipasi, infeksi saluran kemih, gagal ginjal, impotensi, kekuatan otot berkurang, neuropati, kram, kesemutan, nyeri, infeksi, abses, dan gangren. Pada Tn. H ditemukan komplikasi hipertensi yang terjadi pada tahun ke dua setelah Tn. H mengetahui penyakit diabetes yang dialaminya. Menurut Nurarif & Kusuma (2013) gejala yang lazim muncul pada penderita hipertensi yaitu mengeluhkan sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah mual muntah epitaksis dan kesadaran menurun.

Pada pemeriksaan fisik Tn. H tekanan darah 150/80 mmHg, nadi 92x/menit, tinggi badan 174 cm, berat badan 58 Kg, suhu 36,7<sup>0</sup>C, pernafasan 18x/menit, rambut pendek, bercampur uban, pertumbuhan merata, kepala mesocephal, pandangan mata sebelah kanan seperti berkabut, mulut bersih gigi tanggal 2 pada bagian depan atas, hidung bersih tidak ada perubahan pola nafas, telinga bersih pendengaran berkurang, tidak ada nyeri tenggorokan maupun pembesaran kelenjar tiroid. Thorax simetris, suara nafas vesikuler. Abdomen tidak ada nyeri tekan. Tn. H mengatakan sering BAK 15 x pada malam hari. Kuku bersih dan pendek tidak ada kelainan pergerakan sendi, genetalia tidak diperiksa. Pemeriksaan gula darah sewaktu yang didapatkan adalah 163 mg/dl. Menurut Irianto (2015) kadar gula darah normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70-110 mg/dL. Kadar gula darah biasanya kurang dari 120-140 mg/dL pada 2 jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung gula maupun karbohidrat lainnya.

Menurut Smeltzer & Bare (2013), diagnosa keperawatan utama yang lazim muncul pada pasien dengan diabetes mellitus mencakup perubahan nutrisi yang berhubungan dengan peningkatan kadar hormon stres dan

gangguan keseimbangan pada pemberian insulin, makanan serta aktivitas jasmani; resiko terputusnya integritas kulit yang berhubungan dengan imobilitas dan penurunan sensibilitas (akibat neuropati); potensial kurang pengetahuan tentang keterampilan perawatan mandiri.

Mubarak dan Chayatin (2009) menjelaskan diagnosa keperawatan dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga baik yang bersifat aktual, risiko maupun sejahtera, dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama keluarga berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan komponen diagnosis keperawatan yang meliputi *problem* atau masalah, *etiologi* atau penyebab dan *sign* atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES. Secara umum faktor yang berhubungan atau *etiologi* dari diagnosis keperawatan keluarga adalah adanya ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, dan kesalahan persepsi); ketidakmauan (sikap motivasi); ketidakmampuan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga, baik financial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik, dan psikologis).

Berdasarkan pengkajian, penulis menegakkan diagnosa ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan defisit pengetahuan. Hal ini didukung adanya data bahwa Tn. H mengatakan masih minum teh manis setiap hari meskipun seharusnya tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi gula. Menurut Tn. H tidak masalah jika mengkonsumsi gula yang penting tidak terlalu banyak. Tn H jarang mengkonsumsi air putih karena tidak suka, dan keluarga tidak mengetahui secara jelas apa penyebab dan komplikasi diabetes mellitus.

Menurut hasil skoring yang didapatkan pada prioritas masalah kesehatan. Mubarak & Chayatin (2009) menjelaskan bahwa ada empat kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas masalah yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah bila dicegah dan menonjolnya masalah. Prioritas masalah yang didapatkan adalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan defisit pengetahuan, yaitu sifat masalah tidak sehat dengan skor tiga, kemungkinan masalah dapat diubah sebagian dengan skor satu, potensial masalah untuk dicegah cukup, dengan skor dua, sedangkan menonjolnya masalah yaitu masalah dirasakan dan harus segera ditangani, dengan skor dua. Dari kriteria-kriteria tersebut dapat disimpulkan bahwa jumlah skoring yang didapatkan adalah tiga dua pertiga.

Asuhan keperawatan berfokus pada penatalaksanaan diet diabetes melitus untuk mengurangi komplikasi. Menurut Almatsier (2006), diabetes melitus jika tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan berbagai komplikasi pada berbagai organ tubuh. Komplikasi diabetes dapat dikurangi atau dicegah jika pengobatan diabetes cukup efektif untuk membawa kadar glukosa ke dalam kisaran normal seperti yang diindikasikan pada pemeriksaan hemoglobin glikat (Price & Wilson, 2006). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Risnasari (2014), jenis komplikasi yang banyak muncul pada penderita diabetes melitus yaitu penyakit hipertensi. Hal ini didukung oleh penelitian Darmansyah, Nursalam & Suharto (2013) bahwa penderita diabetes mellitus selalu diikuti oleh kondisi hipertensi. Berdasarkan data pengkajian pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Tandra (2014) menjelaskan bahwa gula darah yang tinggi merusak dinding pembuluh darah, baik pembuluh darah berukuran besar (arteri) maupun paling kecil (kapiler). Dinding pembuluh darah menjadi kaku, keras, dan tebal sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah berkurang, hingga akhirnya buntu.

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, pada tanggal 29 Maret 2016 dilakukan rencana tindakan penatalaksanaan diet untuk mengurangi komplikasi pada diabetes melitus. Menurut Mubarak & Chayatin (2009), rencana keperawatan dibuat sesuai prinsip dengan melibatkan keluarga karena perawat bekerja bersama keluarga bukan untuk keluarga. Tujuan jangka panjang, anggota keluarga yang sakit mampu melaksanakan program terapeutik diet diabetes melitus dengan respon psikomotor dengan standar pasien mampu menghindari makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita diabetes melitus. Sedangkan tujuan dilakukan penyuluhan kesehatan, yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan anggota keluarga yang sakit mampu memahami tentang penatalaksanaan diet pada penderita diabetes melitus, mampu mengerti penyebab serta komplikasi diabetes melitus dengan respon verbal dengan standar anggota keluarga mampu menyebutkan penyebab, komplikasi dan penatalaksanaan diet pada diabetes melitus.

Rencana tindakan yang sudah didiskusikan dengan anggota keluarga kemudian diterapkan. Menurut Harmoko (2012), dalam implementasi rencana keperawatan, perawat dan keluarga bersama-sama melakukan aktivitas dalam membantu mempertemukan tuntutan terapi perawatan diri keluarga. Implementasi yang dilakukan pada hari Senin tanggal 28 Maret yaitu pengenalan, kontrak waktu pada keluarga, dan pengkajian. Pengkajian dilanjutkan pada hari Selasa tanggal 29 Maret 2016, penulis melakukan cek gula darah sewaktu dengan hasil 163 mg/dL.

Pada hari Kamis tanggal 31 Maret 2016 melakukan pendidikan kesehatan mengenai tanda dan gejala, komplikasi, diet diabetes melitus dan mendemonstrasikan senam kaki diabetik. Menurut Syahbudin (2007), edukasi merupakan bagian integral asuhan keperawatan diabetes mellitus. Selain kepada pasien, edukasi juga diberikan kepada anggota keluarganya. Souse (2006) dalam Wahyuni, Nursiawati & Anna (2014), mengatakan bahwa pendidikan dan pengetahuan pasien diabetes melitus tipe 2 akan berpengaruh terhadap pengontrolan gula darah, cara mengatasi gejala yang muncul dan mencegah terjadinya komplikasi. Berdasarkan penelitian Damayanti, Nursiswati & Kurniawan (2014), ditemukan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin *favorable* dukungan informasinya. Menurut Kariadi (2009) pengaturan makan merupakan pilar terpenting bagi pengobatan diabetes. Pengaturan makan maksudnya adalah merancang sedemikian rupa makanan yang jumlahnya sesuai dengan kebutuhan, sehingga insulin yang tersedia mencukupi. Selain makanan penderita diabetes harus memantau minuman. Nurarif & Kusuma (2013) menjelaskan bahwa penderita diabetes melitus hendaknya perbanyak konsumsi makanan yang banyak mengandung serat seperti sayuran dan sereal. Hindari konsumsi makanan tinggi lemak dan yang mengandung banyak kolesterol *low-density lipoprotein* (LDL), antara lain: daging merah, produk susu, kuning telur, mentega, saus salad, dan makanan pencuci mulut berlemak lainnya. Penderita diabetes mellitus juga harus menghindari minuman yang beralkohol dan kurangi konsumsi garam.

Respon anggota keluarga terhadap tindakan yang dilakukan baik. Anggota keluarga mampu menyebutkan kembali materi pendidikan kesehatan yang sudah disampaikan. Tn. H mampu mendemonstrasikan senam kaki diabetik secara mandiri. Evaluasi proses dilakukan setiap kunjungan. Pasien dan anggota keluarga menjawab semua pertanyaan yang diberikan saat pengkajian. Keluarga kooperatif dalam diskusi melakukan perencanaan tindakan. Keluarga Tn. H mau bekerja sama untuk mendiskusikan perencanaan makan yang tepat untuk penderita diabetes melitus. Keluarga mengatakan bersedia menerapkan diet yang tepat pada Tn. H. Menurut Harmoko (2012) evaluasi dilakukan melalui identifikasi tingkat kemandirian keluarga dalam perawatan dirinya yang dapat dilihat dari kontribusi/ keterlibatan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan. Evaluasi yang dilakukan pada hari Jum'at tanggal 1 Maret 2016, Ny. S mengatakan bahwa Tn. H sudah tidak minum teh manis lagi. Tn. H sudah mulai membiasakan minum air putih. Keluarga masih mengingat materi pendidikan kesehatan yang sebelumnya disampaikan dan Tn. H masih mengingat prosedur melakukan senam kaki diabetik.

Menurut penulis Tn. H dan keluarganya mengalami peningkatan pengetahuan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan. Secara empirik sesuai dengan penelitian yang dilakukan Damayanti, Nursiswati & Kurniawan (2014) bahwa latar belakang pendidikan tinggi akan membuat individu lebih mandiri dalam mencari informasi terkait dengan penyakit yang dimilikinya.

#### **4. PENUTUP**

##### **a. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil maupun pembahasan dapat disimpulkan bahwa diagnosa pada Tn. H adalah ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan defisit pengetahuan.

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang didiskusikan dengan keluarga. Berdasarkan pengkajian, implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu pendidikan kesehatan mengenai diet diabetes untuk mengurangi komplikasi. Keluarga memeberikan respon yang baik, pasien mau dan mampu melaksanakan pengaturan diet yang sudah direncanakan. Hal ini dibuktikan pada evaluasi hari Jumat tanggal 1 April, Ny S. mengatakan bahwa Tn. H sudah tidak minumteh manis. Anggota keluarga mampu mengingat materi yang telah disampaikan ketika pendidikan kesehatan pada hari sebelumnya.

##### **b. Saran**

###### **1) Bagi Pasien**

Pemeriksaan kadar gula darah secara rutin perlu dilakukan bagi penderita Diabetes Mellitus agar terkontrol kadar gula darahnya. Diharapkan dapat melanjutkan diet sesuai perencanaan

###### **2) Bagi Institusi**

Diharapkan pihak puskesmas lebih meningkatkan penyuluhan kesehatan lagi mengenai diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya komplikasi baik kronis maupun akut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S.(2006). *Penuntun Diet*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Baradero, M., Dayrit, M. W., Siswadi, Y. (2009). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Endokrin*. Jakarta: EGC
- Chandra, B. (2008). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Damayanti, S., Nursiswati., danKurniawan, T. (2014). Dukungan Keluarga pada Pasien DM Tipe 2 dalam Menjalankan Self Management Diabetes. *Jurnal Keperawatan Padjajaran* Vol. 2 No. 1. Bandung: Fakultas Keperawatan Universitas Padjajaran
- Darmansyah, Nursalam, dan Suharto. (2013). Efektivitas Supportive Educative Terhadap Peningkatan Self Regulation Self Efficacy dan Self Care Agency. *Jurnal Ners* Vol. 8 No.2. Surabaya: FKp Unair
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kedokteran Unila* Vol. 4 No. 5 2015. Lampung: Fakultas Kedokteran Lampung Diperoleh di <http://juke.kedokteran.unila.ac.id> diakses pada 25 Mei 2016
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Irianto, K. (2015). *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Bandung: Alfabeta
- Kariadi, S. H. (2009). *Diabetes? Siapa takut!! Panduan lengkap untuk diabetisi, keluarganya, dan profesional medis*. Bandung: Qanita
- Kemenkes RI. (2014). Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI, (online), ([www.depkes.go.id/download/infodatindiabetesmellitus](http://www.depkes.go.id/download/infodatindiabetesmellitus), diakses tanggal 2 Mei 2016) Diperoleh dari <http://perkeni.net/old/> pada tanggal 27 April 2016
- Mubarak, W. I., dan Chayatin, N. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika
- Muhlisin, A. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Goysen Publishing
- Nurarif A. H. dan Kusuma, H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Media Action

- PERKENI. (2006). Konsensus Pengelolaan Diabetes Mellitus Tipe II di Indonesia 2006. Dalam Santoso, T. B., dan Nugrahini, F. (2011). *Jurnal Kesehatan ISSN 1979-7621*, Vol. 4, No. 2, Desember 2011
- PERKENI. (2015). *Data Prevalensi Penderita Diabetes di Indonesia*, (online), (<http://sehat.link/data-prevalensi-penderita-diabetes-di-indonesia-info>, diakses tanggal 2 Mei 2016)
- Price, S. A. dan Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Risnasari, N. (2014). Hubungann tingkat kepatuhan diet pasien diabetes mellitus dengan munculnya komplikasi di puskesmas pesantren II kota Kediri. Diperoleh di <http://Jurnal+mencegah+komplikasi+diabetes> diakses tanggal 27 Mei 2016
- Smeltser, C. S., dan Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Suyono, S. (2006). Diabetes Mellitus di Indonesia dalam Pramesti, D. A. 2011. Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Syahbudin, S. (2007). *Diabetes dan Pengelolaannya dalam Pedoman Diet Diabetes Mellitus*. Jakarta: FKUI
- Tandra H. (2014). *Strategi Mengalahkan Komplikasi Diabetes*. Jakarta: Gramedia
- Wahyuni, Y., Nursiawati., Anna, A. (2014). Gambaran Kualitas Hidup berdasarkan Karakteristik Pasien DM Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Padjajaran* Vol. 2 No. 1. Bandung: Fakultas Keperawatan Universitas Padjajaran
- Waspadji, S.(2007). Pedoman Diet Diabetes Mellitus. Jakarta: FKUI. Dalam Kusnanto. 2013. Meningkatkan Respon Psikologi-spiritual pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Ners* Vol. 8 No. 1. Surabaya: FKp Unair

## **PERSANTUNAN**

Karya tulis ini disusun sebagai bagian dari tugas akhir program diploma keperawatan. Penulis mengucapkan terimakasih dengan ketulusan hati kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta.
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Okti Sri Purwanti, S.kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB selaku Kaprodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Bapak Supratman, Ph.D selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.
5. Bapak Agus Sudaryanto, S.Kep., Ns., M.Kes. yang memberikan masukan saat ujian
6. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
7. Seluruh pegawai Puskesmas Polokarto atas bimbingan dan motivasinya selama pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
8. Tn. H dan keluarga selaku narasumber dari penulisan karya tulis ilmiah ini.
9. Kedua orang tua serta keluarga besar atas do'a dan dukungannya.
10. Uswa, Novi, Djun, Yunita yang selalu memberi semangat, menemani penulis dalam suka maupun duka.
11. Fanny yang telah memberikan motivasi dan banyak memberikan pelajaran berharga kepada penulis.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis berharap semoga tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.