

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY “T” DENGAN MASALAH
UTAMA DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
UMBULHARJO 2 KOTA YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan



Disusun Oleh :

INDYAH SETYAWATI

Nim P07120117048

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

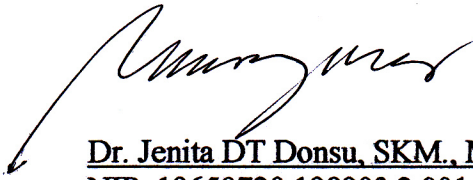
**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY "T" DENGAN MASALAH
UTAMA DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
UMBULHARJO 2 KOTA YOGYAKARTA**

Disusun Oleh :
Indyah Setyawati
NIM : P07120117048

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal

.....
Menyetujui,

Pembimbing I,



Dr. Jenita DT Donsu, SKM., M.si
NIP. 19650720 198903 2 001

Pembimbing II,

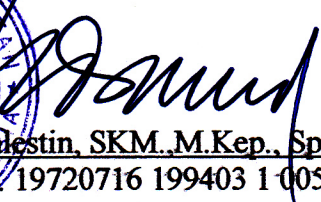


Ana Ratnawati, S.Kep. Ns.M.Kep
NIP. 19720527 200212 2 001

Yogyakarta, Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan




Bodan Paestun, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 19720716 199403 1 005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY "T" DENGAN MASALAH
UTAMA DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
UMBULHARJO 2**

Disusun Oleh

Indyah Setyawati

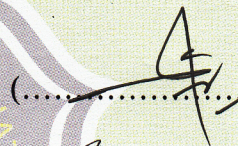
Nim. P07120117048

Telah dipertahankan dalam seminar di depan dewan penguji

Pada tanggal :

Susunan Dewan Penguji


Ketua,
Ns. Sutejo, Mkep, Sp. Kep
NIP 19811209201012003

(.....)

Anggota,
Dr. Jenita DT Donsu, SKM., M.Si
NIP 196507201989032001

(.....)

Anggota,
Ns. Ana Ratnawati, S.Kep., M.Kep
NIP 197205272002122001

(.....)



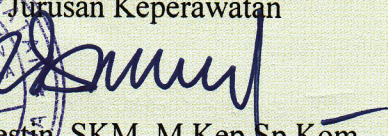
Yogyakarta,

Ketua Jurusan Keperawatan

Bondan Palestin, SKM, M.Kep. Sp. Kom

NIP. 197207161994031005



(.....)

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY “T” DENGAN MASALAH
UTAMA DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
UMBULHARJO 2 KOTA YOGYAKARTA**

Indyah Setyawati¹, Dr. JenitaDonsu, SKM., M.si², Ana Rahnawati, S.Kep.
Ns.M.Kep³.

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jl. Tata Bumi No. 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta, 55293

ABSTRAK

Diabetes mellitus merupakan penyakit paling berbahaya dan mematikan serta terjadi hampir diseluruh penduduk dunia termasuk Indonesia. Menurut WHO, menyebutkan bahwa 71.382 juta jiwa orang di dunia termasuk Indonesia telah mengidap penyakit DM, sementara, menurut Internasional Diabetes Federation (IDF:2015) bahwa 10 juta penduduk Indonesia pada tahun 2015 menderita penyakit DM dengan prevalensi sekitar 6,2 persen dengan 5.2016,2 kasus DM yang tidak terdiagnosa. Sedangkan data dari departemen kesehatan (Depkes 2016), mencatat bahwa DIY menempati posisi ke 6 di Indonesia. Metode penulisan studi kasus adalah mengetahui aspek keluarga Ny”T” dengan masalah utama DM di unit kerja Puskesmas Umbulharjo 2 Kota Yogyakarta.

Hasil pengkajian di dapat data klien menderita DM dan riwayat TB Paru. Analisis data di dapat 3 diagnosa keperawatan keluarga yaitu manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, kurangnya pengetahuan tentang informasi perjalanan penyakit DM dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Perencanaan keperawatan adalah melakukan penyuluha kesehatan, senam dan perawatan kaki DM, cek gula darah.

Kesimpulan studi kasus ini mendapat gambaran tentang asuhan keperawatan pada Ny T dengan DM.

Kata kunci: DM dan aspek keluarga

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah benar-benar hasil karya penulis sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Indyah Setyawati

Nim : P07120117048

Tanda Tangan :

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Indyah Setyawati
NIM : P07120117048
Program Studi : Diploma III
Jurusan : Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*)** atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY “T” DENGAN MASALAH UTAMA DIABETES MELITUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS UMBULHARJO 2 KOTA YOGYAKARTA.

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Pada Tanggal : Juli 2018

Yang menyatakan



(Indyah Setyawati)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahnya, sehingga penyusunan karya sederhana ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny “T” Dengan Masalah Utama Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 2” ini dapat diselesaikan.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta dukungan motivasi dari banyak pihak, untuk itu melalui kesempatan ini penulis ingin menghaturkan ucapan terima kasih kepada :

1. Bpak Joko Susilo, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekes Kemenkes Yogyakarta
2. Bapak Bodan Palestin, SKM.,M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
3. Bapak Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Jurusan Keperawatan Poltekes Kementerian Kesehatan Yogyakarta.
4. Ibu Dr. JenitaDonsu, SKM., M.Si, selaku pembimbing 1 Karya TulisI lmiah, atas segala bimbingan dan motivasi yang beliau berikan kepada penulis sehingga penyusunan karya sederhana ini bias penulis selesaikan.
5. Ibu Ana Ratnawati, S.Kep. Ns. M.Kep, selaku pembimbing 2, yang telah banyak memberikan masukan dan dukunganya sehingga penyusunan karya sederhana ini dapat diselesaikan denganbaik.
6. Para staf Perawat yang ada di Puskesmas Umbul harjo 2, atas bantuan dan pelayanan yang diberikan pada saat penulis melakukan Praktek keperawatan keluarga.
7. Semua pihak yang pernah membantu penulis yang tidak bias penulis sebutkan namanya satu per satu terima kasih atas dukungan dan do'anya selama ini sehingga penulis bias menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Almamaterku Poltekes Kementerian Kesehatan Yogyakarta.

Akhirnya penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari aspek isi maupun penggunaan teori, dengan demikian penulis mengharapkan kritik dan masukan dari semua pihak yang sifatnya membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Selanjutnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi semua pihak dan pengembangan ilmu keperawatan.

Yogyakarta, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
ABSTRAK	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Diabetes Millitus.....	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi.....	7
3. Klasifikasi	9
4. Patofisiologi	11
5. Manifestasi Klinis	14
6. Komplikasi	16
7. Penatalaksanaan	20
B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Millitus	23
1. Pengkajian.....	23
2. Diagnosa Keperawatan.....	30
3. Perencanaan Keperawatan	32
4. Pelaksanaan Keperawatan.....	32
5. Evaluasi Keperawatan.....	32
C. Konsep Diabetes Melitus (DM)	32
1. Pengertian Diabetes Melitus	32
2. Klasifikasi Diabetes Melitus	34
BAB III ASUHAN PERAWATAN KELUARGA.....	37
A. Pengkajian Keluarga	37
1. Data Umum	37
2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	39
3. Lingkungan	40
4. Struktur Keluarga.....	41

5. Fungsi Keluarga	42
6. Stres dan Koping Keluarga	43
7. Pemeriksaan Fisik	44
8. Harapan Keluarga.....	45
9. Pemeriksaan Penunjang	45
B. Analisis Data	46
C. Diagnosis Keperawatan	48
D. Perencanaan Keperawatan.....	49
E. Rencana Keperawatan	54
F. Implementasi Keperawatan	55
G. Evaluasi	56
H. Pembahasan	61
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	70

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1. Perbandingan antara DM Tipe 1 dengan DM Tipe 2.....	14

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes mellitus merupakan penyakit paling berbahaya dan mematikan serta terjadi di hampir seluruh penduduk dunia termasuk Indonesia. Prevalensi penderita diabetes mellitus (DM) di Indonesia menempati urutan keempat dunia dan dari seluruh populasi hampir 40 % mengalami DM, (American Diabetes Association. 2014). Pada tahun 2010 diperkirakan jumlah penderita DM di Indonesia 5 juta dan dunia 239,9 juta, hal ini akan terus terjadi peningkatan setiap tahun sejalan perubahan gaya hidup masyarakat, (Depkes RI. 2012).

Menurut WHO, menyebutkan bahwa lebih dari 382 juta jiwa orang di dunia termasuk Indonesia telah mengidap penyakit diabetes mellitus. Prevalensi DM di Indonesia akan mengalami peningkatan secara epidemiologi, diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi Diabetes mellitus (DM) di Indonesia mencapai 21,3 juta orang. Selain itu, diabetes mellitus menduduki peringkat ke enam penyebab kematian terbesar di Indonesia, (Risksdas. 2013).

Sementara menurut International Diabetes Federation (IDF. 2015) menjelaskan bahwa sebanyak 10 juta penduduk Indonesia pada tahun 2015 menderita penyakit DM dengan prevalensi sekitar 6,2 persen dan 5,286.2 kasus DM yang tidak terdiagnosa. Sedangkan data dari Departemen Kesehatan (Depkes. 2016) mencatat bahwa Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menempati posisi ke enam untuk jumlah penderita DM terbanyak di Indonesia.

Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta (2014) menjelaskan bahwa penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang menduduki peringkat ke enam dari

sepuluh besar penyakit rawat jalan di Puskesmas pada tahun 2014 sebesar 25.152 kasus. Menurut Laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Puskesmas di Provinsi D.I. Yogyakarta pada tahun 2015 terdapat 7.434 kasus DM ditemukan dimana DM termasuk dalam urutan kelima dari 10 besar penyakit berbasis STP-SIRS (Dinkes Yogyakarta. 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Sutandi (2013) menuliskan bahwa DM merupakan salah satu penyakit yang tidak dapat disembuhkan, dengan kata lain pasien akan mengidap penyakit ini seumur hidup. Oleh karena itu, penyakit ini dikenal sebagai "*life long disease*".

Pilar terapi yang efektif untuk mengatasi diabetes mellitus adalah dietetic, aktivitas fisik, control glukosa darah, dan obat bila diperlukan, (Agustina, T. 2013). Tujuan diet dan aktivitas fisik adalah menjaga dan mempertahankan berat badan ideal serta kadar gula darah (KGD) yang terkontrol. Diet diabetik yang benar adalah kebutuhan kalori pasien disesuaikan dengan meningkatkan KGD, (Isniati. 2013).

Berbicara penanganan pasien diabetes melitus, ini sangat tergantung dari kesiapan seorang perawat, menurut Adami Chazawi (2014) adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Secara praktis perawat mempunyai peran sebagai berikut :pertama, pemberi asuhan keperawatan. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui penyembuhan, perawat memfokuskan asuhan kepada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya pengembalian

kesehatan emosi, spritual, dan emosi. Kedua, pembuat keputusan klinis. Dalam kapasitasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat dituntut untuk dapat membantu keputusan tercapai perawatan yang efektif. Perawat juga berkolaborasi dengan klien atau keluarga dan ahli kesehatan yang lain. *Ketiga*, sebagai pelindung. Sebagai pelindung, perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi kliennya dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan, Arizal Fahri (2013).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan tanggal 6 Juni 2018 di Puskesmas Umbulharjo 2 didapatkan bahwa jumlah kunjungan penderita DMT2 dilihat berdasarkan grafik angka kunjungan pasien menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien DMT2 mengalami peningkatan selama beberapa bulan terakhir ditahun 2017 dan selalu masuk dalam lima peringkat kunjungan penyakit terbanyak di Puskesmas Umbulharjo 2. Data pada bulan Januari 2017 menunjukkan angka kunjungan pasien DM Tipe 2 sebanyak 2000 kali kunjungan. Data rekam medis menunjukkan bahwa empat dari sepuluh pasien dengan DM Tipe 2 di Puskesmas Umbulharjo 2 sudah mengalami komplikasi berupa hipertensi, sementara tujuh diantaranya mengeluhkan sering mengalami pusing dibagian kepala belakang dan ekstremitas bahwa mengalami kram atau kaku. Sebagian besar pasien yang datang ke Puskesmas Umbulharjo 2 rata-rata datang dengan diantar teman atau keluarga dekatnya.

Bersandar pada pemaparan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga NY “T”

Dengan Masalah Utama Diabetes Melitus (DM) di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 2.

B. Rumusan Masalah

Merujuk pada penjelasan dalam latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian yang tepat dalam penelitian ini, yaitu :

Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga NY “T” Dengan Masalah Utama Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 2

C. Tujuan Studi Kasus

Adapun penjelasan tujuan studi kasus ini dapat dibagi kedalam dua kategori tujuan, yakni :

1. Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana asuhan keperawatan keluarga NY “T” dengan masalah utama diabetes melitus (DM) di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 2.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengkajian pada keluarga dengan masalah diabetes melitus.
- b. Mengetahui diagnosa keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes melitus.
- c. Mengetahui perencanaan keperawatan
- d. Mengetahui implementasi keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes melitus.
- e. Mengetahui evaluasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes melitus.

- f. Mengetahui hasil dokumentasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada keluarga dengan masalah diabetes melitus.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

2. Bagi Penulis

Menjadi pengalaman awal untuk melakukan penelitian berikutnya yang berkaitan dengan penyakit diabetes mellitus serta memberikan pemahaman yang mendalam terkait penyakit DM, khususnya DM tipe 2.

3. Bagi Penderita

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang baik kepada penderita penyakit DM dan lebih meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang sakit.

4. Bagi Keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi keluarga mengenai pentingnya memberikan dukungan pada pasien, khususnya masalah yang berhubungan dengan bahaya penyakit DM.

5. Bagi Institusi Kesehatan/Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi tambahan bagi Instansi kesehatan/Puskesmas agar selalu melibatkan keluarga disetiap tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian

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

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

2. Etiologi

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel sel beta dari pulau pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu diabetes melitus juga dapat terjadi karna gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan dapat terjadi karna kegemukan atau sebab lain yang belum di ketahui. (smeltzer dan bare, 2015). Diabetes melitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab , antara lain:

a. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh dapat memacu timbulnya diabetes melitus. Kosumsi makanan berlebihan dan tidak di imbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pasitnya akan menyebabkan diabetes melitus.

b. Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk trkena penkit diabetes melitus. Sebilan dari sepuluh orang gemuk bepotensi untuk tesorang diabets melitus.

c. Faktor genetis

Diabetes melitus dapat di ariskan orang tua kepada anak. Gan penyebab diabetes melitus akan dibawa oleh anak jika orangtuanya menderita

diabetes melitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucu cucunya bahkan cicit walaupun risikonya sangat kecil.

d. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

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

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan risiko terkena diabetes melitus.

f. Pola Hidup

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

- g. Kadar Kortikosteroid Yang Tinggi. Kehamilan gestasional.
- h. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas.
- i. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

3. Klasifikasi

Diabetes melitus dapat diklasifikasikan kedalam empat kategori klinis (Smeltzer dan Bare. 2015), yaitu :

a. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe satu atau Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM), dapat terjadi disebabkan karena adanya kerusakan sel-B, biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut yang disebabkan oleh proses autoimun atau idiopatik. Umumnya penyakit ini berkembang kearah ketoasidosis diabetik yang menyebabkan kematian. Diabetes melitus tipe 1 terjadi sebanyak 5-10 % dari semua diabetes melitus. Diabetes melitus tipe 1 dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer dan Bare. 2015).

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 atau Non Insulin Dependen Diabetes Melitus (NIDDM), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. Diabetes melitus tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. Diabetes melitus tipe 2

mengenai 90-95 % pasien dengan diabetes melitus. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan. Diabetes melitus tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare. 2015).

c. Diabetes Melitus Tipe Tertentu

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

d. Diabetes Melitus Gestasional

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

Tabel 2.1 Perbandingan Antara Diabetes Melitus Tipe 1 dan Tipe 2

Kondisi	DM Tipe 1	DM Tipe II
Nama Lama Umur (th)	DM juvenile biasa >40 (tapi tak selalu)	DM dewasa biasa >40 (tapi tak selalu)
Keadaan Klinik saat diagnosis	Berat	Ringan
Kadar insulin	Tak ada insulin	Insulin cukup/tinggi
Berat badan	Biasanya kurus	Biasanya gemuk/normal
Pengobatan	Insulin, diet, olah raga	Diet, olah raga, tablet, insulin.

Sumber : Gillani S (2012)

4. Patofisiologi

Diabetes tipe 1.pada diabetes tipe satu terdapat ketidak mampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati.Di samping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia prosprandial (sesudah makan).Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glikosuria).

Ketika glukosa yang berlebihan diekspresikan kedalam urin, ekseri ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis kosmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia), (Smeltzer dan Bare,2015). Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori.Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan.Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan. Dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain).

Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut akan turut menimbulkan hiperglikemia. disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang disebabkan dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemia serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes melitus merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemik kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya diabetes melitus tipe 2. faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya diabetes melitus tipe 2 umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.

Normal insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada diabetes melitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intra sel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa dan jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dan darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer dan Bare, 2015).

Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel B tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin maka kadar glukosa akan meningkat akan terjadi diabetes melitus tipe 2. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes melitus tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes melitus tipe 2. Meskipun demikian, diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom hiperglikemik hiperosmolar non-ketotik (HHNK), (Smeltzer dan Bare, 2015).

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

5. Manifestasi Klinis

Adanya penyakit diabetes melitus ini pada awalnya sering kali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita. Manifestasi klinis diabetes melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikimianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosurya. Glikosurya ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) jika melewati ambang ginjal untuk ekskresi glukosa, yaitu kurang lebih 180 mg/dl serta timbulnya rasa haus (polidipsia).

Rasa lapar yang semakin besar (polivagia) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori (Price dan wilson. 2012). Pasien dengan diabetes tipe 1 sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, kliuria, turunya berat badan, polivagia, lemah, somnolen yang

terjadi selama beberapa hari atau beberapa Minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pengobatan segera. Tetapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya penderita peka terhadap insulin. Sebaliknya pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apa pun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolut namun hanya relatif. Sejumlah insulin tetap disekresi dan masih cukup untuk menghambat ketoasidosis (Price dan Wilson. 2012). Gejala dan tanda-tanda diabetes melitus dapat digolongkan menjadi dua, yaitu gejala akut dan gejala kronik (PERKENI. 2015).

a. Gejala Akut Penyakit Diabetes Melitus

Gejala penyakit diabetes melitus bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (Poli) yaitu banyak makan (Poliphagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Keadaan tersebut jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, napsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam

waktu 2-4 Minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul mual (PERKENI. 2015).

b. Gejala Kronik Penyakit Diabetes Melitus

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

6. Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada diabetes melitus tipe 2 akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi diabetes melitus tipe 2 terbagi dua berdasarkan nama terjadinya, yaitu : komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzer dan Bare, 2015).

a. Komplikasi Akut

1) Ketoasidosis diabetik (KAD)

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

2) Hiperosmolar non ketotik (HNK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasmaketon (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKENI. 2015).

3) Hipoglikemia

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

b. Komplikasi Kronik

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien diabetes melitus saat ini sejaan dengan penderita diabetes melitus yang bertahan hidup lebih lama. Penyakit diabetes melitus yang tidak terkontrol dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronik. Kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari :

1. Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular pada diabetes melitus terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak aterosklerotik. Makroangiopati tidak spesifik pada diabetes mellitus namun dapat timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan lebih

serius. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita diabetes mellitus meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungan dengan control kadar gula darah yang baik. Tetapi telah terbukti secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia merupakan suatu factor resiko mortalitas kardiovaskular dimana peninggian kadar insulin dapat menyebabkan terjadinya resiko kardiovaskular menjadi semakin tinggi. Kadar insulin puasa > 15 mU/mL akan meningkatkan resiko mortalitas koroner sebesar 5 kali lipat. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain adalah pembuluh darah jantung atau penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah. Hiperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskular (Smeltzer dan Bare. 2015).

2. Komplikasi Mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Retinopati diabetik dibagi dalam dua kelompok, yaitu retinopati non-proliferatif dan retinopati pro-liferatif. Retinopati non-proliferatif merupakan stadium awal dengan ditandai adanya mikroaneurisma, sedangkan retinopati pro-liferatif, ditandai dengan adanya pertumbuhan pembuluh darah kapiler, jaringan ikat dan adanya

hipoksiaretina. Seterusnya, nefropati diabetik adalah gangguan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyangkai darah. Nefropati diabetik ditandai dengan adanya proteinuria persisten ($>0,5$ gr/24 jam), terdapat retinopati dan hipertensi. Kerusakan ginjal yang spesifik pada diabetes mellitus mengakibatkan perubahan fungsi penyangkai, sehingga molekul-molekul besar seperti protein dapat masuk ke dalam kemih (albuminuria). Akibat dari nefropati diabetik tersebut dapat menyebabkan kegagalan ginjal progresif dan upaya preventif pada nefropati adalah kontrol metabolisme dan kontrol tekanan darah (Smeltzer dan Bare. 2015).

3. Neuropati

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

neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi resiko ulkus kaki (PERKENI. 2015).

7. Penatalaksanaan

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

- a. Tujuan Jangka Pendek : menghilangkan keluhan diabetes mellitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi resiko komplikasi akut.
- b. Tujuan Jangka Panjang : mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas diabetes mellitus. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid (mengukur kadar lemak dalam darah), melalui pengelolaan pasien secara komprehensif. Pada dasarnya, pengelolaan diabetes mellitus dimulai dengan pengaturan makan disertai dengan latihan jasmani yang cukup selama beberapa waktu (2-4 Minggu). Bila setelah itu kadar glukosa darah masih belum dapat memenuhi kadar sasaran metabolik yang diinginkan, baru dilakukan intervensi farmakologik dengan obat-obat anti diabetes oral atau suntikan insulin sesuai dengan indikasi. Dalam keadaan dekomvnsasi metabolic berat, misalnya ketoasidosis, diabetes mellitus dengan stress berat, berat badan yang menurun dengan cepat, insulin dapat segera diberikan. Pada keadaan tertentu obat-obat anti diabetes juga dapat digunakan sesuai dengan indikasi dan dosis menurut

petunjuk dokter. Pemantauan kadar glukosa darah bila dimungkinkan dapat dilakukan sendiri dirumah, setelah mendapat pelatihan khusus untuk itu (PERKENI. 2015). Menurut Smeltzer dan Bare (2015), tujuan utama penatalaksanaan terapi pada diabetes mellitus adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Tatalaksana diabetes terangkum kedalam empat pilar pengendalian diabetes. Empat pilar pengendalian diabetes, yaitu :

1) Edukasi

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

2) Pengaturan makan (diit)

Pengaturan makan pada penderita diabetes bertujuan untuk mengendalikan gula darah, tekanan darah, kadar lemak darah, serta

berat badan ideal. Dengan demikian, komplikasi diabetes dapat dihindari, sambil tetap mempertahankan kenikmatan proses makan itu sendiri. Pada prinsipnya, makanan perlu dikonsumsi teratur dan disebar merata dalam sehari. Seperti halnya prinsip sehat umum, makanan untuk penderita diabetes sebaiknya rendah lemak terutama lemak jenuh, kaya akan karbohidrat kompleks yang berserat termasuk sayur dan buah dalam porsi yang secukupnya, serta seimbang dengan kalori yang dibutuhkan untuk aktivitas sehari-hari penderita.

3) Olahraga/ latihan jasmani

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

penyulit seperti tekanan darah yang tinggi dapat diatasi sebelum olah raga dimulai.

4) Obat/Terapi Farmakologi

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

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus

1. Pengkajian

Pada kegiatan asuhan keperawatan yang paling penting diperhatikan bagi para pihak yang terlibat seperti perawat, yakni pengkajian keperawatan. Pengkajian menurut Gartinah, dkk (2014) adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Pengkajian lanjut Gartinah merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, Gartinah, dkk (2014).

(I) Identitas

a) Nama

Dikaji untuk mengetahui data demografi klien.

b) Umur

Untuk mengetahui apakah pasien masih dalam masa reproduksi atau sudah menopause.

c) Agama

Untuk mengetahui pandangan agama klien mengenai gangguan reproduksi.

d) Pendidikan

Dikaji untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. Menurut Iyus (2015), semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimiliki semakin banyak.

e) Suku/Bangsa

Dikaji untuk mengetahui adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari pasien.

f) Pekerjaan

Dikaji untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya.

g) Alamat

Dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

(2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas kesehatan. Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai

stimulus seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung saraf. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui penyakit yang diderita saat ini, apakah ada riwayat kesehatan sekarang juga yang perlu dikaji untuk mengetahui adanya penyakit kronis (DM atau asma) dan adanya keterbatasan fisik (Wahyuningsih. 2014).

c) Riwayat Kesehatan Yang lalu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dikaji untuk mengetahui adanya penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes melitus, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular lainnya (Jannah. 2011).

e) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, cukup atau kurang.

2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu mulai dari keadaan composmentis, apatis, sampai dengan koma.

3) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuanya mmHg. Keadaan ini sebaiknya antara 90/60-130/90 mmHg atau peningkatan sistolik tidak lebih dari 30 mmHg dan peningkatan diastolik tidak lebih dari 15 mmHg dari keadaan normal pasien atau paling sedikit pada pengukuran 2 kali berturut-turut pada selisih 1 jam.

4) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan klien kemungkinan demam atau febris merupakan gejala adanya infeksi.

5) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang dihitung dalam satu menit, denyut nadi normal 60-86 x/menit (Ambarwati dan Wulandari. 2010).

6) Respirasi

Untuk mengetahui prekuensi pernapasan yang dihitung dalam satu menit, respirasi normal, yaitu 20-30 x/menit (Ambrawati dan Wulandari. 2010).

7) Rambut

Untuk mengetahui apakah rambut rontok atau tidak, menilai warnanya, kelebatan dan karakteristik rambut.

8) Wajah

Untuk mengetahui apakah oedema atau tidak (Jannah. 2011).

9) Mata

Untuk mengetahui keadaan conjungtiva pucat atau merah mudah, warna sklera putih atau kuning.

10) Hidung

Untuk mengetahui keadaan hidung dari kebersihan, alergi debu atau tidak dan ada polip atau tidak (Sulistyawati. 2013).

11) Telinga

Untuk mengetahui keadaan telinga apakah ada gangguan pendengaran atau tidak, ada serumen atau tidak (Sulistyawati. 2013).

12) Mulut

Untuk mengetahui keadaan mulut apakah karies, bersih atau tidak, keadaan bibir kering atau tidak, lidah kering dan kotor atau tidak (Sulistyawati. 2013).

13) Leher

Untuk mengetahui apakah ada pembengkakan kelenjar limfe atau kelenjar tiroid.

14) Payudara

Untuk mengetahui keadaan payudara membesar atau tidak, simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, ada tidaknya benjolan dan nyeri tekan (Andriyani, A. 2013).

f) Pemeriksaan abdomen

(1) Inspeksi

Merupakan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis yang dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran, penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data (Nursalam. 2014).

(2) Palpasi

Merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indera peraba. Untuk meraba apakah ada nyeri tekan pada bagian perut (Nursalam. 2014).

(3) Perkusi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mengetuk-ngetukan jari ketubuh klien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian kanan dan kiri yang bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan (Jannah. 2011).

(4) Auskultasi

Merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk membenarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh

(Sulistyawati.2013).pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya bising usus atau tidak.

(5) Ekstremitas

Untuk mengetahui adanya oedema atau tidak, adanya varises atau tidak, adanya kelainan atau tidak, replek patella positif atau negatif.

(3) Data Sosial

Hal yang perlu dikaji, yaitu kondisi ekonomi pasien serta kebudayaan yang dianut pasien saat ini.

(4) Data Spritual

Klien menjalankan kegiatan keagamaanya sesuai dengan kepercayaannya.

(5) Data psikologis

Hal yang perlu dikaji, yaitu perasaan pasien setelah mengetahui penyakit yang diderita saat ini.

(6) Pola kebiasaan sehari-hari

Biasanya klien dengan kista ovarium mengalami gangguan dalam aktivitas, dan tidur karena merasa nyeri.

(7) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan gula darah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Diagnosis keperawatan dapat dibedakan menjadi lima kategori, antara lain :

a. Aktual

Menjelaskan masalah yang sedang terjadi saat ini dan harus sesuai dengan data-data klinik yang diperoleh.

b. Resiko

Menjelaskan masalah kesehatan yang akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi keperawatan.

c. Potensial

Data tambahan diperlukan untuk memastikan masalah keperawatan yang potensial. Pada keadaan ini data penunjang dan masalah belum ditemukan tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.

d. *Wellness*

Diagnosis keperawatan sejahtera (*wellness*) adalah kemampuan klinik tentang kemampuan individu, keluarga dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi.

e. Sindrom

Diagnosis keperawatan sindrom adalah diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Sesuai teori penderita DM muncul 11 diagnosis, diagnosis keperawatan yang muncul pada penderita diabetes mellitus menurut (SDKI, Edisi 1. 2016) sesuai dengan prioritas masalah antara lain :

1. Kurangnya pengetahuan b.d. kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit diabetes melitus.
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga b.d. ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM.
3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidak mampuan mengatasi masalah individu/keluarga.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan pada diagnosis keperawatan yang muncul pada penderita DM antara lain :

1. Kurangnya pengetahuan b.d. kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit diabetes melitus.
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga b.d. ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM.

3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidak mampuan mengatasi masalah individu/keluarga

Dengan tujuan meningkatkan pengetahuan penderita DM tentang; gejala, penyebab, komplikasi, diet, perawatan kaki DM.

Intervensi : penyuluhan kesehatan, senam dan perawatan kaki DM.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter & Perry. 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry. 2016).

BAB III ASUHAN PERAWATAN KELUARGA

A. Pengkajian Keluarga

1. Data Umum

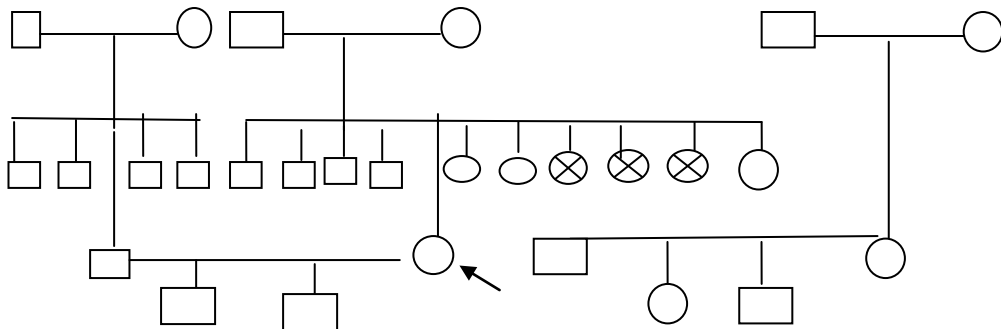
- a. Nama KK : Bp. Suparno
- b. Usia : 64 Tahun
- c. Pendidikan: SLTA
- d. Pekerjaan : Pensiunan
- e. Alamat : Tegal Melati HU II 348 RT 27 RW 07 Muja-muja

Umbulharjo Yogyakarta






f. Komposisi Keluarga

No	Nama	JK	Hub. Dg keluarga	Umur	Pendi dikan
1.	Ny. Tatik Uchuwan P	P	Istri	59 Th	D3
2.	Tri Imam Purnaciadi	L	Anak	33 Th	S1
3.	Muh. Imam Harifin	L	Keponakan	42 Th	SLTA
4.	Surati	P	Menantu keponakan	42 Th	SMP
5.	Novita Indah Safitri	P	Cucu	17 Th	SULTA
6.	Dimas Aditya P	L	Cucu	8 Th	SD

Genogram



Keterangan :

	= Laki- laki
	= Perempuan
	= Pasien diabetes melitus
	= Sudah Meninggal
	= Dalam Satu Keluarga

g. Tipe Keluarga

Keluarga klien, merupakan tipe keluarga extended family yang terdiri dari Ayah, Ibu, Anak, keponakan, menantu keponakan, dan cucu keponakan

h. Suku dan Bangsa:

Suku keluarga Ny “T” adalah suku jawa. Komunikasi sehari-hari antar keluarga menggunakan bahasa jawa

i. Agama

Agama yang dianut keluarga Ny “ T ” yaitu agama islam, dalam keluarga Ny “ T ” agama dijadikan sebagai dasar keyakinan dalam kehidupan.

j. Status Ekonomi Keluarga

Sumber pendapatan keluarga diperoleh dari pensiunan, dan keponakan membudi dayakan burung.

k. **Aktivitas Rekreasi Keluarga**

Setiap hari sebagai rekreasi keluarga Ny “ T “ melihat TV bersama keluarga dan kadang-kadang rekreasi dipantai.

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan saat ini

Keluarga masa pesiun dan lansia

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi:

Menurut keluarga Ny “ T “ perkembangan keluarga dapat terpenuhi dengan baik .

c. Riwayat Keluarga Inti:

Riwayat kesehatan keluarga inti:

Bp S. sebagai **KK** jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan istirahat, makan maupun kebutuhan dasar yang lain, tidak mempunyai penyakit keturunan Ny”T” sebagai klien. Mempunya riwayat pengobatan TB dan pada bulan ke 5 pengobatan dilakukan screening dan mendapatkan hasil GDS: 164, Ny”T” tidak merasa ada gangguan pada tubuhnya dengan adanya peringkat GD. **ya**. Karena sudah terdeteksi DM dalam pengobatan TB maka Ny”T” di rujuk ke Rs Pratama dan mendapatkan pengobatan DM dengan insulin 18 **ui**. 2x 1 sehari. Ny”T” telah mempunyai riwayat keluarga DM, sdr. TIP. Jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan kesehatan dan kebutuhan dasar.

Bp. M.I.H

Jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan kesehatan dan kebutuhan dasar.

Ny. S

Jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan kesehatan dan kebutuhan dasar.

Nn. M.I.S

Jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan kesehatan dan kebutuhan dasar.

An. D.A.P

Jarang sakit, tidak mempunyai masalah dengan kesehatan dan kebutuhan dasar.

d. Riwayat Keluarga Sebelumnya

Keluarga Ny “ T “ sebelumnya tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami Ny “ T “.

3. Lingkungan**a. Karakteristik Rumah**

Status kepemilikan rumah adalah milik suami, tipe rumah permanen berlantai keramik dinding, tembok, luar 120 m², jumlah ruangan terdiri : 4 kamar tidur, 1 ruang tamu, 1 ruang dapur dan kamar mandi, 1 jamban dan ventilasi yang cukup. Sehingga untuk pertukaran udara dan pencahayaan sangat kurang, perabot rumah tangga tidak tertata rapi, sumber air minum berasal dari sumur gali. Halaman disekitar rumah tampak kotor karena banyak hewan piaraan seperti burung dara, dan unggas yang tidak di kandangkan.

b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Keluarga Ny "T" tinggal di daerah perkotaan, hubungan anggota keluarga dengan tetangga sekitar baik, dan Ny "T" sendiri aktif di masyarakat karena sebagai kader kesehatan.

c. Mobilitas Geografis Keluarga

Sejak tahun 1982 Ny "T" berdomisili di Tegal Melati dan tidak pernah pindah-pindah tempat tinggal karena di sini rumah suami.

d. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Aktif di masyarakat mengikuti pengajian, kegiatan senam lansia dan Ny "T" sebagai kader kesehatan, keluarga sangat akrab dengan lingkungan sekitar.

e. Sistem Pendukung Keluarga

Jumlah anggota keluarga 6 orang, yaitu Bp S, Ny T, anak, keponakan, menantu keponakan dan cucu.

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Pada komunikasi yang digunakan oleh keluarga Ny "T" yaitu pola terbuka dalam berkomunikasi tidak ada masalah

b. Struktur kekuatan keluarga

Dalam mengambil keputusan biasanya dilakukan dengan jalan musyawarah untuk mencapai kesepakatan.

c. Struktur peran (formal dan informal)

Keluarga tidak pernah mengeluh tentang peran masing-masing dan menjalankan perannya dengan baik.

d. Nilai dan norma keluarga

Di dalam keluarga tidak ada kesepakatan yang mempengaruhi kesehatan, jika ada keluarga yang sakit, keluarga selalu membawa ke pelayanan kesehatan terdekat

5. Fungsi Keluarga

a. Keluarga afektif

Hubungan dengan keluarga harmonis, keluarga merasa nyaman dengan keadaan saat ini, antara keluarga saling menghargai, menghormati, dan saling menyayangi

b. Fungsi sosial

Hubungan keluarga Ny "T" dengan tetangga sekitar berjalan baik, kegiatan kemasyarakatan yang diikuti oleh anggota keluarga Ny "T" adalah pengajian, senam lansia, dan Ny "T" sendiri sebagai kade kesehatan.

c. Fungsi perawan keluarga

- 1) Keluarga Ny "T" tahu tentang masalah penyakitnya, gejalanya, dietnya, pengobatannya, tetapi belum tahu tentang perawatan dan senam kaki DM.

2) Mengambil keputusan

Kalau ada anggota keluarga yang sakit cepat di bawa ke dokter terdekat atau puskesmas

3) Ny “T” dan keluarga kurang mengetahui bagaimana cara merawat penderita penyakit DM. Ny “T” hanya mengetahui penyakit yang di deritanya adalah kecing manis di mana Ny “T” tidak boleh mengkonsumsi banyak gula, Ny “T” dan keluarga belum tahu bagaimana cara merawat dan senam kaki DM.

4) Modifikasi keluarga

Keluarga kurang mengerti tentang manfaat dan pemeliharaan kebersihan lingkungan bagi kesehatan, lingkungan luar rumah yang kurang terawat karena banyak hewan piaraan yang tidak di kadangkan dan kotoran hewan dimana-mana, lingkungan di dalam rumah tidak tertata rapi dan kurangnya ventilasi dan pecaayaan yang mengakibatkan rumah menjadi penyab, gelap sehingga harus menyalakan lampu sepanjang hari.

5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Keluarga Ny “T” sudah memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan menggunakan kartu BPJS jika berobat dan juga mengetahui manfaatn yang diperoleh dari fasilitas kesehatan.

d. Fungsi Reproduksi

Ny "T" mempunyai 2 anak laki-laki dan saat ini sudah monopause

e. Fungsi Ekonomi

Sumber penghasilan keluarga Ny "T" dari pensiunan, dengan penghasilan tersebut menurut Ny "T" cukup untuk kebutuhan sehari-hari.

6. Stres dan Koping Keluarga

a. Stres jangka pendek dan panjang

Harapan keluarga Ny "T" bisa menjadi keluarga yang sehat dan sejahtera

b. Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stressor.

Bila terjadi suatu masalah dalam keluarga selalu berembung atau bermusyawarah, keputusan diambil dari kesepakatan musyawarah

c. Strategi koping yang digunakan

Kalau ada masalah keluarga Ny "T" selalu berembung/ bermusyawarah dengan keluarga

d. Strategi adaptasi disfungsional

Kalau ada sesuatu hal yang tidak sesuai dengan keluarga, keputusan diambil dari hasil musyawarah.

7. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah : 130/80 mmhg

Nadi : 84 x/ menit

Suhu : 36,6 °C

RR : 33 x/ menit
BB : 55 kg
Kepala : Bentuk bulat
Rambut : ikal warna hitam dan tidak berketombe
Kulit : warna sawa matang, tidak ada luka/lesi
Mata : kanjutiva tidak anemis
Hidung : simetris, indra penciuman masih berfungsi baik
Mulut : tidak ada sariawan, indra pengecap masih berfungsi baik
Tenggorokan : tidak tampak adanya pembesaran dan radang
Telinga : bersih tidak ada serumen
Leher : tidak ada struma dan iymphedenitis
Dada : inspaksi, simetris, Auskultasi, tidak ada kelainan pada bunyi jantung
Perut : inspaksi, tidak pembesaran perut berlebihan palpasi, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan
Esktrimitas : tidak adak kelianan
Eliminasi : tidak adak keluhan/kelainan.

Pemeriksaan Labm: GDS : 247 mg / dl. Pata tgl 3 / 0/ 2018

8. Harapan Keluarga

Harapan yang diinginkan keluarga bisa menjadi keluarga yang sejahtera, sehat jasmnai dan rohaninya.

9. Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan data pemeriksaan tanggal 9/2/17 GDS : 133 2 JPP :162 TD : 140/80 mmhg. Sementara data pemeriksaan tanggal 9/3/17 GDS 114 2 JPP : 169 TD : 120/80 mmhg. Sedangkan data pemeriksaan tanggal 8/4/17 GDS : 109 2 JPP : 162 TD : 130/80 mmhg. Pemeriksaan tanggal 9/5/17 GDS : 131 2 JPP : 177 TD 140/80 mmhg. Kemudian data pemeriksaan tanggal 9/6/17 GDS : 221 TD : 140/80 mmhg. Dan pemeriksaan tanggal 8/7/17 GDS : 132 2 JPP : 208 TD : 130/80 mmhg.

B. Analisis Data

No.	Data Fokus	Masalah	penyebab
1.	<p>DS :</p> <p>Ny "T" menyatakan : pada tanggal 8/10/2016 GDS : 164 2 hari, kemudian cek lagi dengan puasa, kemudian di rujuk ke RS pratama mendapat pengobatan dengan isnulin, duit 1 x /hari sebelum makan. Setelah sebulan selesai pengobatan TB tgl 9 / 6/ 2017 Ny "T" tidak pernah konsultasi dan tidak ada anggota keluarga yang menyarankan untuk krmhop DM nya</p> <p>DO : riwayat DM + sejak 8 / 10/ 2016</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T"</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM</p>

	<p>GDS : 164 10/10/2018 GDS : 161 2 JPP : 242 TD : 160/90 mmhg BB : 47 kg Setelah selesai pengobatan TB Ny "T". Tidak menggunakan pengobatan DM dengan insulit maupun obat orac DM dan Ny "T". Selamat setahun tidak kontrol dikarenakan badanya sudah merasa enak dan tidak ada keluhan, Ny "T" mengatakan belum mengetahui cara peraeatan dan senam kaki Dm.</p> <p>DO : 5 / 11/ 16 GDS : 165 BB : 47 kg 2 JPP : 177 RD : 130/80 mmhg</p> <p>9/2/17 GDS : 133 2 JPP : 162 TD : 140/80 mmhg</p> <p>9/3/17 GDS : 114 2 JPP : 169 TD : 120/80 mmhg</p> <p>8/4/17 GDS : 109 2 JPP: 162</p>	<p>Kurang pengetahuan keluarga tentang penyakit DM, perawatan dan senam kaki DM</p>	<p>Kurang infomasi tentang perjalanan penyakit DM</p>
--	---	---	---

	<p>TD : 130/80 mmhg 9/5/17 GDS : 131 2 JPP : 177 TD : 140/80 mmhg 9/6/17 GDS : 221 TD : 140/80 mmhg 8/7/17 GDS : 132 2 JPP : 208 TD : 130/80 mmhg</p>		
2.	<p>DS : - DO : lingkungan sekitar rumah tampak kotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - rumah tampak gelap, lampu tidak pernah dimatikan sepanjang hari. - rumah penyab karena kurangnya ventilasi - banyaknya unggas berkeliaran - tidak mampu menjalankan perilaku sehat 	<p>Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</p>	<p>Ketidakmampuan mengatasi masalah individu/keluarga</p>

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d. ketidakmampuan keluarga dalam merawat ditandai dengan :

DS : setelah pengobatan TB Ny "T" selama \pm 1 tahun tidak pernah kontrol DM nya lagi

DO : tanggal 3 juli 2018 GDS : 247 mg/dl

2. Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d. kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM ditandai dengan:

DS : selesai pengobatan TB Ny "T" tidak menggunakan pengobatan DM dengan insulin maupun obat oral DM

DO : 3-7-2018 GDS : 204 TD : 130/80 x/m RR : 20 x/m, Nadi : 84x/m, suhu : 36,5 derajat celsius. Hasilnya gula darah sejak tahun 2016-2018 cenderung meningkat GDS terakhir.

3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidakmampuan mengatasi masalah individu/ keluarga ditandai dengan :

DS: -

DO: -lingkungan sekitar rumah tampak kotor

-rumah tampak gelap, lampu tidak pernah dimatikan sepanjang hari.

-rumah penyusut karena kurangnya ventilasi

-banyaknya unggas berkeliaran

-tidak mampu menjalankan perilaku sehat

D. Perencanaan Keperawatan.

Perencanaan Keperawatan di mulai dengan memprioritaskan masalah dengan cara scoring.

1. Prioritas Masalah

- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d ketidak mampuan keluarga mengenai masalah dalam merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1. Sifat masalah. Skala : Aktual 3 Resiko 2 Potensial 1	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2 Sebagian 1 Tidak dapat 0	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	
3. Potensi masalah untuk dicegah. Skala: Tinggi : 3 Cukup 2 Rendah 1	2	1	$3/3 \times 1 = 1$	
4. Menonjolnya masalah. Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2 Ada masalah tapi tidak perlu ditangani 1 Masalah tidak dirasakan 0	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	
Jumlah skor =			4	

- b. Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM.

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1. Sifat masalah. Skala : Aktual 3 Resiko 2 Potensial 1	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2 Sebagian 1 Tidak dapat 0	1	2	$2/2 \times 2 = 2$	
3. Potensi masalah untuk dicegah. Skala: Tinggi : 3 Cukup 2 Rendah 1	2	1	$2/3 \times 1 = 0,6$	
4. Menonjolnya masalah. Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2 Ada masalah tapi tidak perlu ditangani 1 Masalah tidak dirasakan 0	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	
Jumlah skor =			4,6	

- c. Pemeliharaan kesehatan tidak aktif b.d ketidakmampuan mengatasi masalah individu/ keluarga

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1. Sifat masalah. Skala : Aktual 3 Resiko 2 Potensial 1	3	1	$1/3 \times 1 =$ 0,3	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala: Mudah 2 Sebagian 1 Tidak dapat 0	1	2	$2/2 \times 2 =$ 2	
3. Potensi masalah untuk dicegah. Skala: Tinggi : 3 Cukup 2 Rendah 1	2	1	$3/3 \times 1 =$ 0	
4. Menonjolnya masalah. Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2 Ada masalah tapi tidak perlu ditangani 1 Masalah tidak dirasakan 0	2	1	$0/2 \times 1 =$ 0	
Jumlah skor =			3,3	

Diagnosiskeperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dilakukan sesuai scoring :

- Kurangnya pengetahuan Ny “T” b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit diabetes mellitus.
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny “T” b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi masalah individu/keluarga

E. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Kurangnya pengetahuan Ny T b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM	Setelah dilakukan tindakan pertemuan 2 x diharapkan keluarga Ny T - paham tentang penyakitnya. - paham tentang gejala dan penyebab penyakit DM dan komplikasinya	Diskusikan dengan klien tentang : - penyakitnya DM - Diet yang tepat. - Bantu klien untuk masalah latihan fisik yang tepat. - anjurkan klien untuk melakukan OR secara rutin.	Keluarga Ny T menjadi tahu tentang penyakit DM dan bias menjelaskan kembali tentang apa saja yang telah petugas jelaskan tentang penyakit DM, diet, aktivitas fisik/OR yang tepat.
2.	Manajemen kesehatan keluarga tida keefektif pada keluargaNy T b.d ketidakmampuan keluarga mengenali masalah dalam merawat anggota keluarga dengan DM	Setelah dilakukan tindakan pendidikan, kesehatan, keluarga mampu merawat Ny T dengan masalah DM	- menjelaskan tentang : pengertian, tujuan perawatan keluarga DM, perawatan kaki dan senam kaki DM, Hal-hal yang tidak boleh dilakukan pada kaki penderita DM. - mendemonstrasikan senam kaki DM - memberikan motivasi kepada keluarga untuk melakukan senam kaki secara rutin	- Keluarga Ny T menjadi tahu tentang masalah penyakit DM dan perawatan kaki dan senam kaki DM - Ny "T" mampu dan mau mendemonstrasikan senam kaki DM.
3.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan	Setelah dilakukan pendidikan kesehatan keluarga Ny T mampu merawat /memodifikasi masalah lingkungan	Anjurkan keluarga menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat bagi individu dan keluarga - Membuka jendela	Supaya lingkungan kelihatan bersih dan nyaman.

	mengatasi masalah individu/keluarga	individu/keluarga Dengan kriteria : -rumah bersih - barang – barang tertata rapih	<ul style="list-style-type: none"> - Menambah pencahayaan dengan genteng kaca - Membersihkan rumah dan merapihkan barang-barang yang masih di pergunakan. 	
--	-------------------------------------	--	---	--

F. Implementasi Keperawatan

Dilakukan dirumah Ny "T" pada tanggal 2, 3-4 Juli 2018

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1.	Kurangnya pengetahuan Ny T b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM.	Hari Senin 02 Juli 2018, jam 09:00 WIB 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri. 2. menjelaskan tentang penyakit DM dengan gejala dan penyebab penyakit DM.	S : - O: Ny "T" memperhatikan dan mendengarkan penjelasan dari petugas.
2.	-	Hari Selasa 03 Juli 2018, jam 10:30 WIB 1. Melakukan pengukuran vital Sign pada Ny T. 2. Menjelaskan tentang : pengertian, tujuan perawatan kaki DM. 3. Mendemonstrasikan senam kaki DM. 4. Memberikan motivasi	S:- O:TD :130/80 mmHg - R.R : 20x/w - Nadi : 84x/w -Suhu :36,5 c - GDS: 204 mgdl S:Ny"T" mengatakan paham/tahu tentang perawatan kaki DM. O:Ny"T"mendemontrasikan senam kaki DM. S:- O:Mendemonstrasikan senam kaki DM. S:Ny"T" mengatakan:

		<p>pada keluarga Ny T untuk mengulang informasi yang diberikan.</p> <p>5. Memberikan motivasi kepada keluarga Ny T untuk melakukan senam kaki DM secara rutin.</p>	<p>-Tidak boleh berjalan tanpa alas kaki.</p> <p>- Memakai kaos kaki tapi tidak ketat karetnya.</p> <p>- Tidak boleh menggunakan sepatu yang sempit dan mengecek sepatu sebelum di pakai.</p> <p>- Memotong kuku dan dikikir.</p> <p>S: Keluarga Ny T mengatakan akan rutin melakukan senam kaki DM.</p>
3.	-	<p>Rabu 04 Juli 2018, jam 09:00 WIB</p> <p>Menyarankan pada keluarga Ny T. untuk menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat.</p>	<p>S : Ny T mengatakan Akan membersihkan lingkungan yang ada didalam rumah maupun diluar rumah.</p>

G. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari ke 3 dirumah klien

No	Hari/tanggal, jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Senin. 02/07/2018. 09.00 WB	<p>(1) Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM.</p> <p>(2) Manajemen kesehatan keluarga tida keefektif pada keluarga Ny "T" b.d ketidak mampuan keluarga mengenal masalah dalam merawat anggota keluarga dengan DM.</p> <p>(3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidakmampuan mengatasi masalah individu/keluarga.</p>	<p>S : Klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tahu kalau kena DM karena dicek waktu dalam pengobatan DM. - belum faham tentang penyakit DM dan komplikasinya <p>O : keadaan umum baik</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S : klien mengatakan belum tahu cara perawatan kaki dan senam kaki DM</p> <p>O :</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S :rumahnya masih berantakan karena habis punya hajat.</p> <p>O : rumah kotor, gelap, kurang ventilasi, perkembangan kotorbanyak, ungags</p>

			berkeluarga A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi
2.	Selasa 03/07/18. 10.00 WIB	(1) Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM. (2) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d. ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dalam merawat anggota keluarga dengan DM.	S :Klien mengatakan paham tentang penyakit DM dan komplikasinya. O : Keadaan umum baik :TD : 130/80 mmhg Nadi : 84 x/menit Suhu : 36,5 C RR : 20 x/menit GDS : 247 mgdl A : Masalah teratasi sebagian P:Penyuluhan Kesehatan S : Klien mengatakan akan rutin melakukan senam kaki DM O : Keluarga Ny T dapat menyebutkan cara perawatan kaki DM. Ny T mendemonstrasi ulang senam kaki DM A : Masalah teratasi sebagian P : Memotivasi Keluarga Ny T untuk memperhatikan kesehatan pada Ny T

		(3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidakmampuan mengatasi masalah individu/keluarga	<p>S : Klien mengatakan belum bisa maksimal dalam membersihkan rumah karena badan masih capek habis hajatan</p> <p>O :Rumah masih kotor, gelap, jendela sudah dibuka, pekarangan masih kotor.</p> <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:Memberikan penyuluhan kesehatan pada keluarga Ny T untuk membersihkan lingkungan</p>
3.	Rabu 04/07/18. Rabu	(1) Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit DM.	<p>S:Klien bisa menginformasikan kembali tentang penyebab penyakit DM</p> <p>O : keadaan umum : baik Tensi : 130/80 mmHg Nadi : 84x/m RR : 20x/m Suhu : 36,4 derajat celsius</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

		<p>(2) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d. ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dalam merawat anggota keluarga dengan DM.</p> <p>(3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidakmampuan mengatasi masalah individu/keluarga</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah melakukan senam kaki DM tadi pagi jam 08.00 WIB</p> <p>O : Keadaan umum baik</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan untuk melakukan senam kaki secara rutin.</p> <p>S : Klien mengatakan belum bisa maksimal dalam membersihkan rumah dan pekarangannya</p> <p>O : - Ruang tamu sudah kelihatan rapi - Jendela sudah dibuka -Unggas belum dikandangkan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Memberikan motivasi pada Ny T untuk membersihkan lingkungan dan menata rumah dengan baik</p>
--	--	--	---

H. PEMBAHASAN

Pada bab ini mahasiswa akan membahas kesenjangan antara konsep dan aplikasi asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan di keluarga Ny. T meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada keluarga Ny. T dilakukan pada tanggal 2, 3, 4 Juli 2018 yang meliputi identifikasi data umum, tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, pemeriksaan fisik, dan harapan keluarga terhadap perawat komunitas. Hal tersebut sesuai dengan teori pengkajian yang dikemukakan oleh Pada kegiatan asuhan keperawatan yang paling penting diperhatikan bagi para pihak yang terlibat seperti perawat, yakni pengkajian keperawatan. Pengkajian menurut Gartinah, dkk (2014:32) adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Pengkajian lanjut Gartinah merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, Gartinah, dkk (2014:33).

Data lain yang memiliki hambatan untuk didapat yaitu pemeriksaan fisik. Data pemeriksaan fisik didapatkan dalam waktu 3 kali kunjungan, Pemeriksaan fisik berjalan dengan baik karena keluarga menyambut dengan baik kedatangan perawat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Ambarwati dan Wulandari. 2010.48).

Diagnosis keperawatan dapat dibedakan menjadi lima kategori, antara lain :

Diagnosis keperawatan yang muncul pada penderita diabetes mellitus menurut (SKDI, Edisi 1. 2016) terjadi sesuai dengan prioritas masalah antara lain :

1. Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d. kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit diabetes mellitus selama ini Ny T tahu kalau dirinya terkena penyakit DM setelah di lakukan screening pada waktu pengobatan TB Paru.
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d. ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita DM karena selama ini Ny T tidak pernah kontrol dan keluarga tidak mengingatkannya.
3. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidak mampuan mengatasi masalah individu/keluarga, ditandai dengan rumah kotor, kurangnya ventilasi, kurangnya pencahayaan, lingkungan rumah banyak unggas yang berkeliaran (tidak di kandangkan), barang-barang tidak tertata rapih.

Ny T sebagai klien mempunyai riwayat pengobatan TB paru dan pada bulan ke lima pengobatan TB paru Ny T dilakukan screening hasil GDS : 164 mgdl tetapi Ny T tidak merasa ada gangguan atau keluhan pada tubuhnya, meski pun adanya peningkatan pada gula darahnya karena sudah terdiagnosis Diabetes Melitus dan Ny T masih dalam pengobatan TB paru maka Ny T di rujuk ke rumah sakit pratama dan mendapatkan pengobatan Diabetes Melitus dengan insulin 18 unit 2 kali perhari.

3. Intervensi atau Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Ambarwati dan Wulandari. 2010:86).

Beri penjelasan dan penyuluhan pada keluarga mengenai pengertian diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus, penatalaksanaan diabetes mellitus, komplikasi diabetes mellitus, diet pada penderita diabetes mellitus, aktivitas atau latihan pada penderita DM, lingkungan yang baik untuk penderita DM, proteksi diri yang baik untuk penderita DM.

Motivasi keluarga untuk mengambil keputusan terkait masalah DM, motivasi keluarga untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang menderita DM dengan cara senam kaki diabetik, olah raga secara teratur,

minum obat secara teratur, motivasi keluarga untuk melakukan senam kaki diabetic.

Keluarga mampu melakukan senam kaki diabetic karena bisa melancarkan aliran darah,melemaskan otot secara mandiri. Sebagian besar rencana keperawatan dilakukan sesuai dengan teori yang ada, namun ada beberapa yang tidak direncanakan sesuai dengan teori. Rencana keperawatan yang tidak direncanakan perawat berdasarkan teori yang ada untuk mengatasi masalah resiko terjadinyainjuri dari aspek psikomotorik yaitu mendemonstrasikan senam kaki diabetik untuk penderita diabetes mellitus.

4. Implementasi

Pelaksanaan/implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter & Perry. 2016).

memberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus yang meliputi pengertian diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus, komplikasi diabetes mellitus, penatalaksanaan diabetes mellitus, diit pada penderita diabetes mellitus, aktivitas atau latihan pada penderita diabetes mellitus, lingkungan yang baik untuk penderita diabetes mellitus, proteksi diri yang baik untuk penderita diabetes mellitus. Untuk respon afektif mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah resiko injuri, mampu melaksanakan 3 simbang diantaranya adalah senam kaki diabetik, olahraga secara teratur, minum obat secara teratur. Untuk respon

psikomotorik keluarga mampu melaksanakan senam kaki diabetik secara mandiri.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2016).

Evaluasi untuk diagnosa secara verbal keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala DM, penatalaksanaan DM, diit pada penderita DM, aktivitas atau latihan padapenderita DM, lingkungan yang baik untuk penderita DM, proteksi diri yang baik untuk penderita DM. Respon afektif mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah resiko injuri, keluarga mampu melaksanakan 3 seimbang (senam kaki diabetik, olah raga secara teratur, minum obat secara teratur) cara perawatan pada penderita DM. Respon psikomotorik keluarga mampu melaksanakan senam kaki diabetik secara mandiri.

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka penulis mendapatkan gambarannya pelaksanaan asuhan keperawatan pada keluarga Ny "T" dengan penyakit diabetes mellitus sudah dapat mengetahui permasalahan yang berkaitan dengan penyakit Diabetes Melitus serta bagaimana penanganannya melalui senam kaki Diabetes Melitus dan Ny "T" dan keluarga kurang mengetahui bagaimana cara merawat penderita penyakit Diabetes Melitus. Ny "T" hanya mengetahui penyakit yang di deritanya adalah kecing manis di mana Ny "T" tidak boleh mengkonsumsi banyak gula, Ny "T" dan keluarga belum tahu bagaimana cara merawat dan senam kaki Diabetes Melitus.

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d ketidakmampuan keluarga mengenali masalah dalam merawat anggota keluarga dengan Diabetes Melitus. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif pada keluarga Ny "T" b.d. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d. ketidakmampuan mengatasi masalah individu / keluarga. Kurangnya pengetahuan Ny "T" b.d kurangnya informasi tentang perjalanan penyakit Diabetes Melitus. Dengan mengimplementasikan wujud dari perencanaan yang disusun berdasarkan hasil diagnose tersebut, maka dapat diatasi beberapa masalah, yakni faktor pendukung dalam studi kasus ini adalah kemauan seluruh

anggota keluarga dalam memahami gejala-gejala Diabetes Melitus berikut cara penanganannya.

B. Saran

1. Bagi Ny T dan keluarga untuk bisa menerapkan hasil penyuluhan kesehatan yang diberikan oleh petugas.

2. Bagi Puskesmas Umbulharjo 2

Hasil studi ini diharapkan mampu memberikan informasi terhadap Puskesmas Umbulharjo 2 untuk bisa menindak lanjuti hasil dari pengkajian pada keluarga Ny T terutama untuk bisa kontrol secara rutin pengelolaan asuhan keperawatan terhadap penyakit diabetes mellitus dan cara penanganannya

3. Bagi Institusi Pendidikan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Keperawatan

Hasil studi ini, diharapkan dapat menambah referensi bagi civitas akademika yang memerlukan tambahan khasanah pengelolaan asuhan keperawatan terhadap penyakit diabetes mellitus dan cara penanganannya.




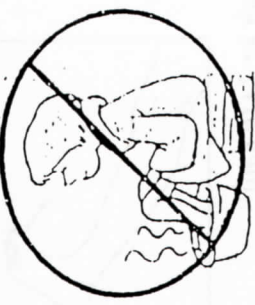
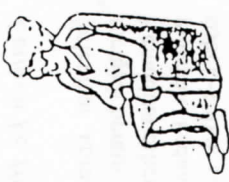
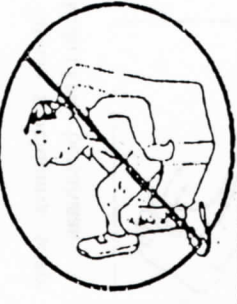
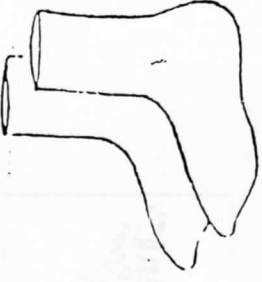
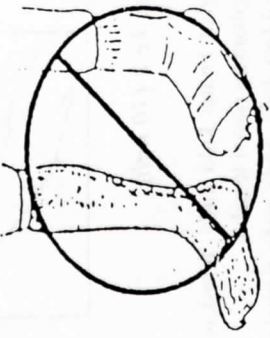
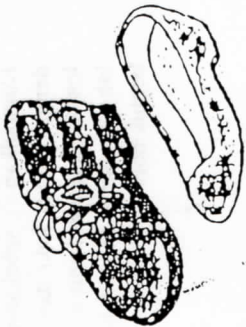
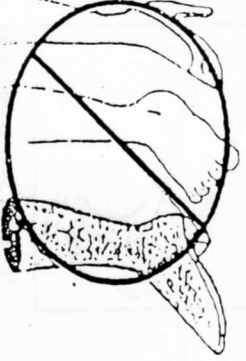
4. Masih ada beberapa tindakan yang belum bisa berhasil memotivasi klien penderita Diabetes Melitus terutama yang berkaitan dengan kebersihan lingkungan .

DAFTAR PUSTAKA

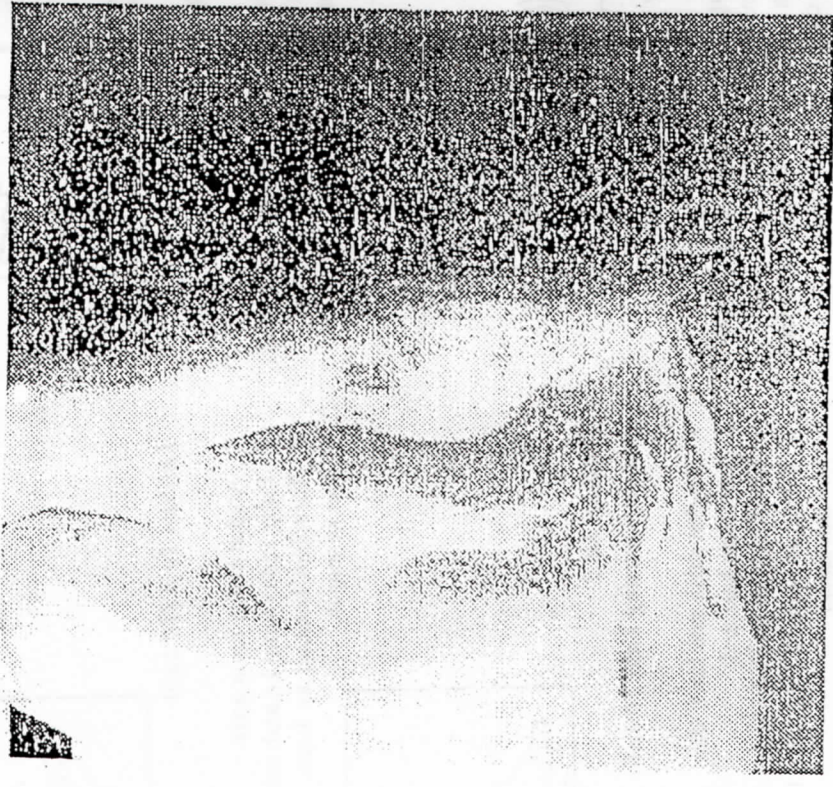
- American Diabetes Association*. 2014. *Nutrition Recommendations and Interventions For Diabetes a Position Statement Of The American Diabetes Association*, <http://care.diabetesjournals.org/content/13/supplement1/S61.full>, diakses pada 10 Juli 2018.
- Ambarwati dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*, Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Andriyani, A. 2013. *Panduan Kesehatan Wanita*, Suarakarta : As-Salam Publisher.
- Arizal Fahri. 2013. *Perawat Yang Profesional*, Jakarta : Bina Media Perintis.
- Chazawi Adami, 2014. *Kedokteran*, Malang : Bayumedia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Diabetes Melitus Masalah Kesehatan Yang Serius*, Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 35 tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian*, Jakarta : Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. 2014. *Provil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2014*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Gartinah, dkk. 2014. *Keperawatan dan Praktik Keperawatan*, Jakarta : PPNI.
- Gillani S. 2012. *Pharmacist Intervention In Home Care Program For Diabetes Patients. Journal Of Diabetes Melitus*, Volume 2 (3).
- IDF, 2014, *IDF Diabetes Atlas*, <http://www.idf.org/atlasmap/atlasmap>, 23 Januari 2015.
- Isniati. 2013. *Hubungan Diet Penderita Diabetes Melitus Dengan Keterkendalian Gula Darah*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, September 2010, 1 (2) FK Unand. Padang.
- Ismani Nila. 2013. *Etika Keperawatan*, Jakarta : Widya Medika.
- Jannah. 2011. *Konsep Keperawatan Praktis*, Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.
- Nursalam. 2014. *Konsep Asuhan Keperawatan*, Yogyakarta : Diffa Press.

- Perkeni. 2012. *Konsensus Pengelolaan Diabetes Pada Diabetes Melitus Tipe 2 PB*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Potter & Perry. 2016. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, & Praktik*, Jakarta : EGC.
- Price SA, Wilson LM. 2012. *Patofisiologi konsep klinis proses- proses penyakit*, edisike- 6 Jakarta: EGC.
- Riskesdas. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional*, Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- SDKI, DPP & PPNI.(2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik*. (Edisi 1). Jakarta: DPPPNI.
- Smeltzer & Bare (2013),*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Bruner &Suddarth Edisi 8*.Jakarta : EGC.
- Sulistyawati. 2013. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*, Yogyakarta : Andi Offset.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.

PERAWATAN KAKI

	AMAN	BERBAHAYA
Bila Kaki Dingin		
Untuk membersihkan Kaki		
Cara Duduk		
Kaos Kaki		
Sepatu		

PERAWATAN KAKI DIABETES



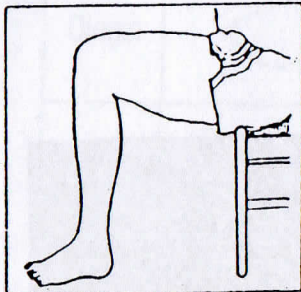
INFO SELANJUTNYA HUBUNGI:

PUSAT DIABETES YOGYAKARTA
 d/a KLINIK GIZI RSUP DR. SARJITO
 JL. KESEHATAN, SEKIP.
 YOGYAKARTA - 55284
 TELP. : (0274) 587333 PES. 435

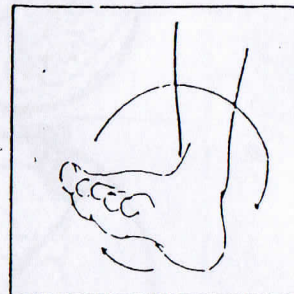
• Senam kaki untuk penderita diabetes **Latihan ke 3 (10 kali)**

Posisi awal :

Duduklah tegak di atas sebuah bangku (jangan bersandar)

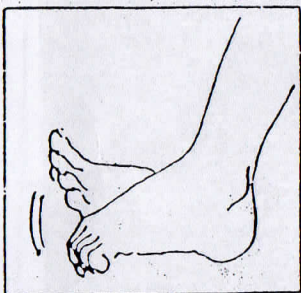


1. Angkat kedua ujung kaki anda
2. Putar kaki pada pergelangan kaki ke arah samping
3. Turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke arah tengah



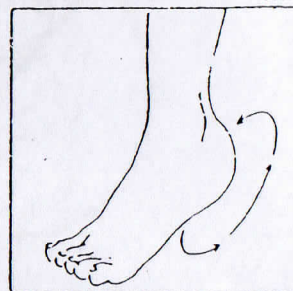
Latihan ke 1 (10 kali) :

1. Gerakan jari-jari kedua kaki anda seperti bentuk cakar dan
2. Luruskan kembali



Latihan ke 4 (10 kali)

1. Angkat kedua tumit anda
2. Putar kedua tumit ke arah samping
3. Turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke tengah



Latihan ke 2 (10 kali) :

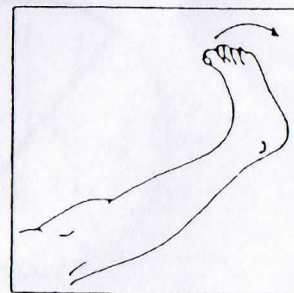
1. Angkat ujung kaki, tumit tetap diletakkan di atas lantai
2. Turunkan ujung kaki, kemudian angkat tumitnya dan turunkan kembali



Latihan ke 5

(masing-masing kaki 10 kali)

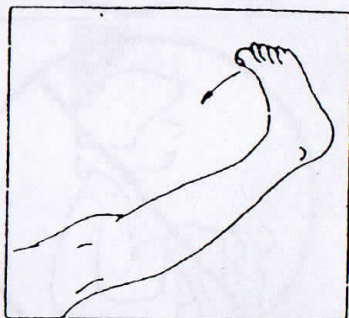
1. Angkat salah satu lutut dan
2. Luruskan kaki anda
3. Gerakkan jari-jari kaki anda ke depan
4. Turunkan kembali kaki anda, bergantian kiri dan kanan



Latihan ke 6

(masing-masing 10 kali)

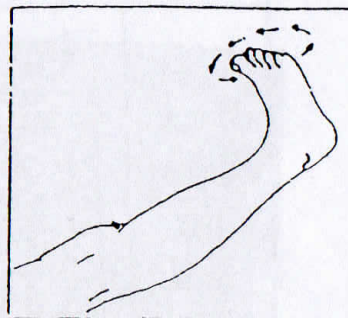
1. Luruskan salah satu kaki anda di atas lantai
2. Kemudian angkat kaki tersebut
3. Gerakkan ujung-ujung jari ke arah muka anda
4. Turunkan kembali tumit anda ke lantai



Latihan ke 9

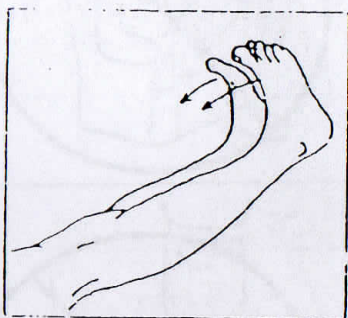
(masing-masing 10 kali)

1. Luruskan salah satu kaki anda dan angkat
2. Putar kaki anda pada pergelangan kaki
3. Tuliskanlah di udara dengan kaki anda angka-angka 0 s/d 9



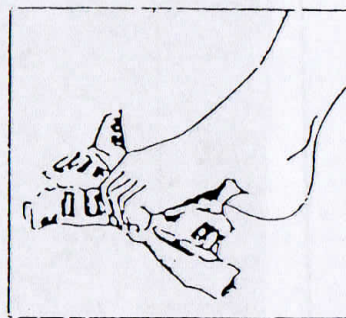
Latihan ke 7 (10 kali)

Seperti latihan sebelumnya, tetapi kali ini dengan kedua kaki, bersamaan.



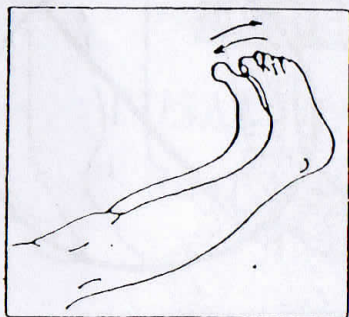
Latihan ke 10 (sekali)

Selambar koran dilipat-lipat dengan kaki menjadi bentuk bulat seperti bola. Kemudian dilicmkan kembali dengan menggunakan kedua kaki, dan setelah itu disobek-sobek sekecil mungkin.



Latihan ke 8 (10 kali)

1. Angkat kedua kaki anda, luruskan dan pertahankan posisi tersebut
2. Gerakkan kaki anda pada pergelangan kaki, ke depan dan ke belakang



Kumpulkan sobekan-sobekan tersebut dengan kedua kaki dan letakkanlah di atas lembaran koran lainnya. Akhirnya bungkuslah semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.