



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DIABETES MELLITUS PADA
NY. R DAN TN. K DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT DI PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

Yusrolana Antinia Afilianda

NIM 152303101038

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY. R DAN TN. K YANG
MENGALAMI DIABETES MELLITUS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KERUSAKAN
INTEGRITAS KULIT DI PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Yusrolana Antinia Aflianda

NIM 152303101038

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY. R DAN TN. K
YANG MENGALAMI DIABETES MELLITUS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN
INTEGRITAS KULIT DI PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Studi (D3) Keperawatan
Dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Yusrolana Antinia Afilianda

NIM 152303101038

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEBAHAN

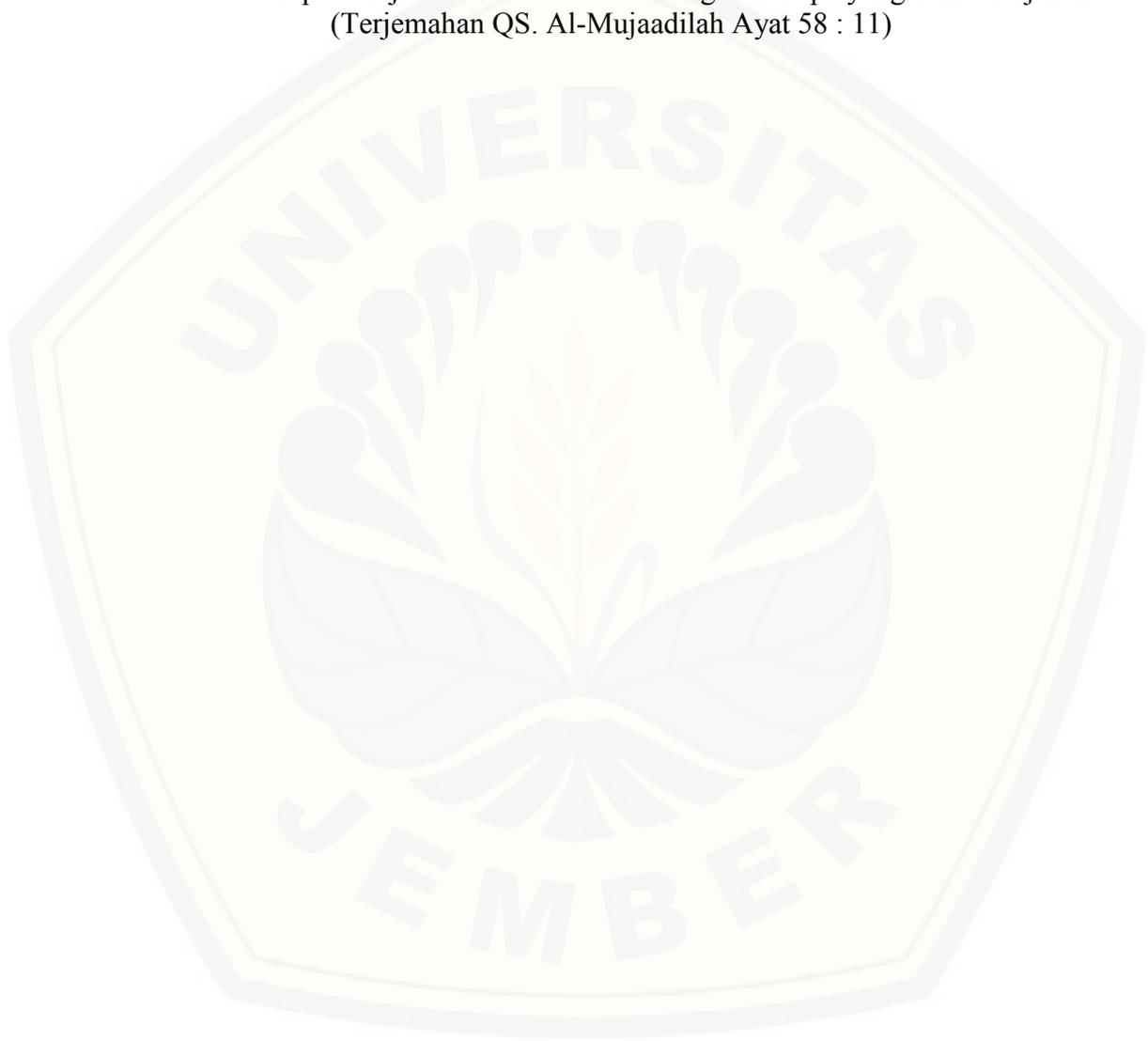
Laporan tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua (Ayah Ibu) yang saya sayangi dan cintai serta keluarga besar yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, dan motivasi kepada penulis, sehingga penulis dapat menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai dengan tepat waktu.
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi yang saya sayangi dan tidak dapat ku sebutkan satu persatu yang telah sabar mendidik dan mengamalkan ilmunya.
3. Dosen pembimbing yang selalu sabar dalam membimbing saya dan selalu memberikan semangat yaitu Bapak Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
4. Teman-teman angkatan 2015 D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang dan sahabat tercinta Deni Kurniawati, Sri Endang, Rifta Igawati, Fitri Febria, yang selalu setia memberikan semangat dalam mengerjakan tugas akhir ini.
5. Kakak tercintaku Alimna yang juga selalu memberikan semangat setiap hari.
6. Mas Najib Ridwan yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama ini.

MOTO

Hai orang-orang beriman apabila kamu dikatakan kepadamu: “Berlapang-lapanglah dalam majelis”, maka lapangkanlah niscaya Allah akan memberi kelapangan untukmu. Dan apabila dikatakan: “Berdirilah kamu”, maka berdirilah, niscaya Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang di beri ilmu pengetahuan beberapa derajat. Dan Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan (Terjemahan QS. Al-Mujaadilah Ayat 58 : 11)



QS. Al-Mujaadilah Ayat 58 : 11

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama mahasiswa : Yusrolana Antinia Afilianda

TTL : Lumajang, 15 September 1996

NPM : 152303101038

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. R Dan Tn. K Yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotrungan Lumajang 2018” disusun oleh saya sendiri,tidak memuat laporan tugas akhir orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang tertulis diacu dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam refensi.

Demikian pertanyaan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 28 Mei 2018

Yang menyatakan,



Yusrolana Antinia Afilianda
NPM. 152303101038

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DIABETES MELLITUS PADA
NY. R DAN TN. K DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT DI PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

Yusrolana Antinia Afilianda
152303101038

Pembimbing:

Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. R Dan Tn. K Yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Senin

Tanggal : 9 Juli 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua,



Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes.
NIP. 19720323 200003 1 003

Anggota I,



Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302198603 1 023

Anggota II,



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP.197702072008011019

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. R Dan Tn. K Yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018; Yusrolana Antinia Afilianda, 152303101038; 2018: 148 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang.

Bagi penyandang diabetes, luka kaki yang sukar sembuh merupakan komplikasi kronis yang bisa muncul bila kadar gula tidak di control dengan baik. Klien diabetes sangat beresiko terhadap kejadian luka kaki. Luka pada kaki yang disebut luka kaki diabetes sering menyebabkan frustrasi, tidak hanya bagi para penyandang diabetes tetapi juga keluarga, perawat serta dokter yang merawatnya karena proses penyembuhannya yang lama dan mahal serta sering sekali tidak mampu menyelamatkan kaki tersebut (amputasi) (Erfandi, 2013).

Berdasarkan teori dalam buku (Erfandi, 2013) mengatakan bahwa proses penyembuhan luka kaki diabetes yang rata-rata memerlukan waktu lama tidak memungkinkan pasien untuk berada di RS atau di bawah pengawasan tenaga kesehatan selama 24 jam sampai sembuh. Edukasi cara memperlakukan kaki yang mengalami perlukaan harus di berikan kepada keluarga supaya pasien ataupun keluarga tidak melakukan tindakan yang justru akan memperlambat proses penyembuhan.

Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 klien pada dua keluarga yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit di wilayah kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang. Pengumpulan data yaitu mengumpulkan data di lokasi penelitian dengan melakukan observasi (mengkaji kondisi luka, kedalam luka, luas luka, warna luka dan bau serta tanda-tanda infeksi), dan wawancara, Wawancara focus yang di lakukan pada keluarga yang mengalami masalah diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit antara lain yaitu, pengetahuan keluarga terkait diabetes mellitus, berapa lama keluarga mengalami masalah kesehatan diabetes mellitus, dan apa saja keluhan yang dirasakan, serta bagaimana keluarga menangani hal tersebut selama ini. Serta dokumentasi dengan menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang tepat dan untuk menentukan fokus serta pendalaman data pada proses pengumpulan data berikutnya.

Hasil penelitian yang di lakukan penulis di Puskesmas Rogotrungan Lumajang terdapat dua anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus dengan hasil Pada saat ini kedua klien sudah ada kemajuan, selain menambah pengetahuan kluarga, keluarga juga dapat melakukan perawatan secara baik di rumah, hal ini juga di buktikan pada klien ke dua yang memang dari awal tampak sangat tidak mampu dalam melakukan perawatan secara baik yang di buktikan dengan cara keluarga membalut luka dengan kain bekas, serta luka kotor dan

sangat bau. Namun setelah di ajarkan cara perawatan yang benar saat ini luka semakin membaik dan sudah tidak berbau.

Tindakan keperawatan yang di lakukan pada klien diabetes dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit membutuhkan lebih dari 3 kali kunjungan untuk mencapai criteria hasil. memiliki 16 intervensi keperawatan berdasarkan Tarwoto (2012), yaitu terkait dengan cara meningkatkan integritas kulit dan mencegah infeksi dengan criteria hasil, keluarga mengerti dan memahami terkait dengan penyakit diabetes mellitus, keluarga dapat memahami cara perawatan yang benar pada salah satu anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit, keluarga mampu menerapkan cara perawatan yang benar pada salah satu anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit



SUMMARY

Family Nursing Care of Diabetes Mellitus on Mrs. R and Mr. K with Impaired Tissue Integrity Nursing Diagnosis in Puskesmas (Community Health Center) Rogotrunan Lumajang 2018; Yusrolana Antinia Afilianda, 152303101038; 2018; 148 pages; Diploma of Nursing UNEJ Campus of Lumajang.

Leg wounds can be a chronic complication for people who suffer from Diabetes Mellitus (DM). DM patients are particularly at risk of getting leg wounds. Leg wounds commonly causes problem, not only for the patients but also for the family, nurses and doctors due to the time consuming and costly treatment and most likely unable to save the leg (amputation) (Erfandi, 2013).

Erfandi (2013) stated that the long recovery process of diabetic leg wounds makes it impossible for the patients to stay in a hospital or in under medical personnel supervision until completely recovered. Therefore, educating the family to treat the wounded leg is needed. By doing so, it will accelerate the recovery process and prevent any action that will slow down the recovery process.

Case report was used to both patients and families. Observation, documentation and interview were applied to collect the data. Observation was used to assess the wound condition. Documentation was used to determine the approach to collect the data which is viewed to be significant to the research and it was used to determine the focus of the data for the next data collection. The interview covers the knowledge of the family about DM, how long the family has had DM, as well as the complaints and how the family treated the disease.

As the results, both patients showed improvement. In addition, the families were able to perform the treatment properly at home. This finding was supported by the ability of the second client to apply the proper treatment, namely covering the wound with roller bandage correctly. The wounds were getting better and the bad smell was gone.

Nursing care that was applied to both diabetes clients with impaired tissue integrity needs more than 3 times of visit to achieve the outcomes classification. Tarwoto (2012) stated that there are 16 nursing interventions related to tissue integrity regeneration and infection prevention with outcomes classification. The outcomes classification are, family completely understands diabetes mellitus, family can apply the correct treatment to family member who suffers from diabetes mellitus with impaired tissue integrity, and lastly the family fully understands how to treat a family member who suffers from diabetes mellitus correctly.

PRAKATA

Dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga proposal dan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. R Dan Tn. K Yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik dan lancar.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan. Penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Mashuri, S.Kep.,Ners., M. Kep., selaku anggota penguji 2 sekaligus pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Staf ruang baca D3 keperawatan Unej kampus Lumajang yang telah membantu dan menyediakan referensi buku yang dibutuhkan.
6. Keluarga tercinta dan sahabat yang telah memberikan motivasi dan doa untuk terselesainya karya ilmiah ini.

Dengan terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk Karya Tulis Ilmiah ini dan diucapkan terima kasih.

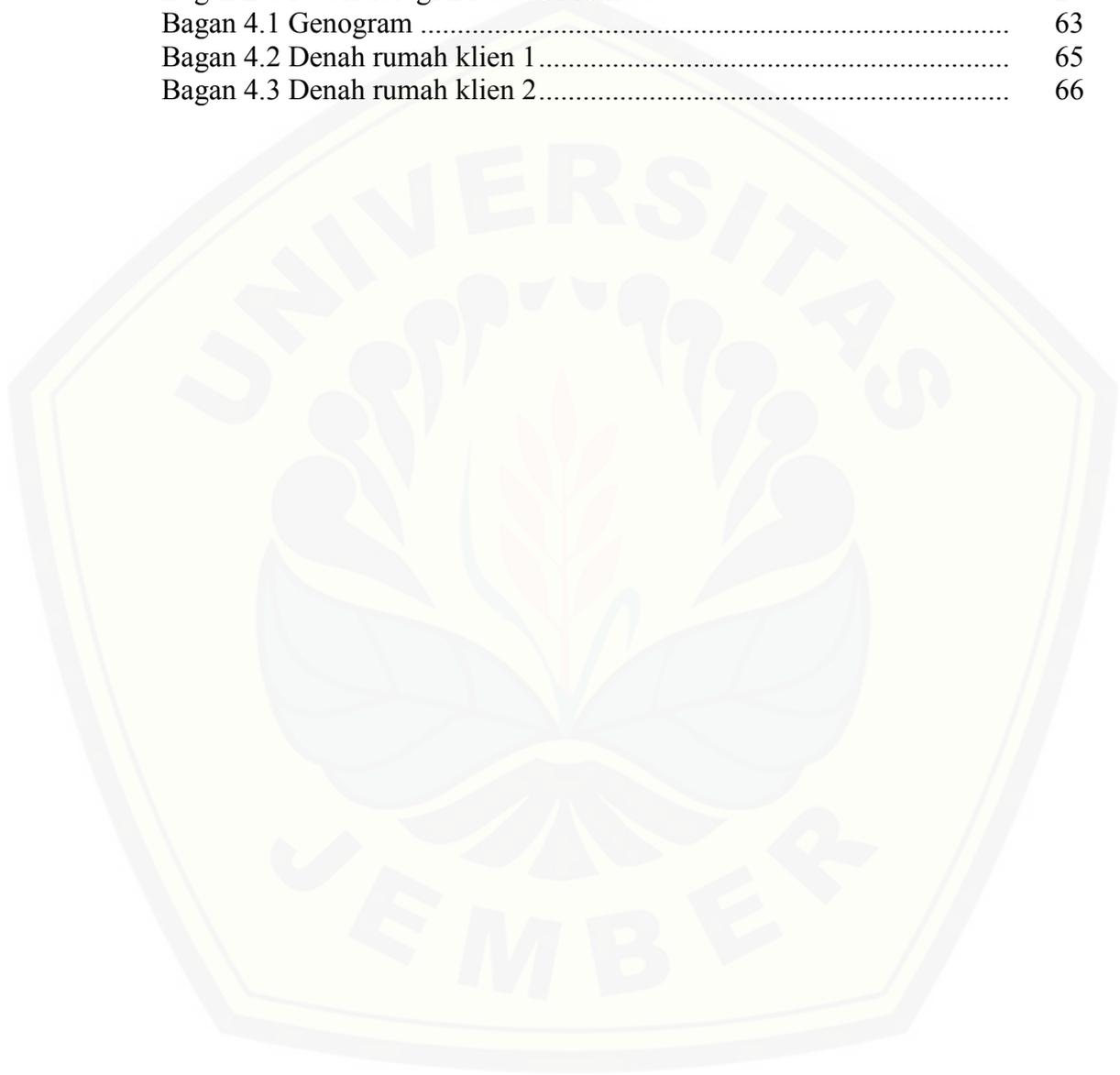
DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	i
PERSETUJUAN	ii
HALAMAN JUDUL	v
HALAMAN PERSEBAHAN	vi
HALAMAN MOTO	vii
HALAMAN PERNYATAAN	ix
HALAMAN PEMBIMBINGAN	x
HALAMAN PENGESAHAN	xii
RINGKASAN	xiv
SUMMARY	xv
PRAKATA	xvi
DAFTAR ISI	xvii
Daftar Tabel	xvii
Daftar Gambar	viii
Daftar Lampiran	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keluarga	5
2.1.1 Pengertian Keluarga	5
2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga	7
2.1.3 Struktur Keluarga	8
2.1.4 Jenis Anggota Keluarga	9
2.1.5 Ciri-Ciri Struktur Keluarga	9
2.1.6 Struktur Peran	10
2.1.7 Fungsi Keluarga	14
2.1.8 Tugas Keluarga	16
2.1.9 Ciri-Ciri Keluarga	17
2.1.10 Ciri Keluarga Indonesia	17
2.1.11 Tipe Keluarga.....	17
2.1.12 Tahapan Keluarga Sejahtera	19
2.1.13 Stress Dan Koping Keluarga	22
2.2 Konsep Diabetes Mellitus	26
2.2.1 Pengertian Diabetes Mellitus	26
2.2.2 Etiologi.....	26
2.2.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus	27
2.2.4 Faktor-Faktor Risiko Diabetes Mellitus.....	29
2.2.5 Manifetasi Klinis.....	30

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus.....	41
2.3.1 Asuhan Keperawatan Keluarga.....	41
2.3.2 Pengkajian.....	41
2.3.3 Diagnosa Asuhan Keperawatan Keluarga.....	45
2.3.4 Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	51
2.3.5 Melakukan Evaluasi.....	54
BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Desain Penelitian.....	55
3.2 Batasa Istilah.....	55
3.3 Partisipan.....	55
3.4 Lokasi dan Waktu.....	56
3.5 Pengumpulan Data.....	56
3.6 Uji Keabsahan Data.....	58
3.7 Analisa Data.....	58
3.8 Etika Penelitian.....	58
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Lokasi pengambilan data.....	60
4.2 Analisa Data dan Diagnosa.....	78
4.3 Intervensi Keperawatan.....	98
4.4 Implementasi dan Evaluasi Formatif.....	87
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	106
5.2 Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA.....	108
LAMPIRAN.....	109

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Dimensi Struktural Keluarga	10
Bagan 2.2 Perkembangan Perilaku Peran	10
Bagan 2.3 Stress Dan Koping Keluarga.....	22
Bagan 2.4 Patofisiologi Diabetes Mellitus.....	27
Bagan 4.1 Genogram	63
Bagan 4.2 Denah rumah klien 1	65
Bagan 4.3 Denah rumah klien 2.....	66

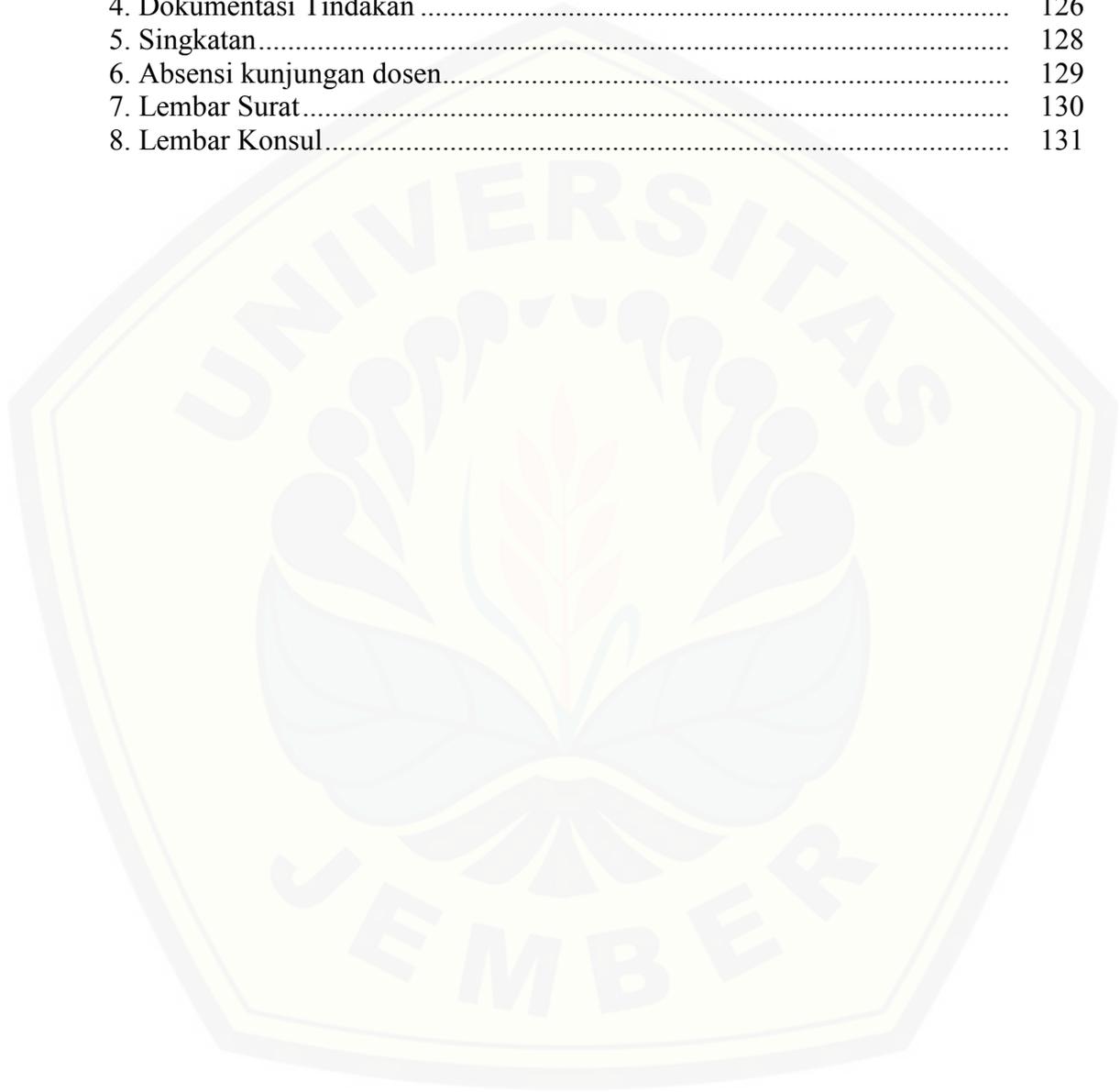


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Penyesuaian Diri	24
Tabel 2.2 Gambaran Ulkus Diabetik.....	42
Tabel 2.3 Manifestasi Kelainan Kaki Diabetes.....	43
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan.....	48
Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga.....	61
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga.....	62
Tabel 4.3 Type Keluarga.....	65
Tabel 4.4 Suku bangsa	66
Tabel 4.5 Agama Dan Kepercayaan.....	67
Tabel 4.6 Status Sosial Dan Ekonomi Keluarga	68
Tabel 4.7 Akttivities Dan Rekreasi	69
Tabel 4.8 Riwayat Kesehatan Masing-masing Keluarga	72
Tabel 4.9 Karakteristik rumsh.....	73
Tabel 4.10Struktur Keluarga.....	75
Tabel 4.11Fungsi Keluarga	76
Tabel 4.12Stress Dan Koping Keluarga.....	79
Tabel 4.13 Keadaan Gizi Keluarga	80
Tabel 4.14 Pemeriksaan Fisik	81
Tabel 4.15 Harapan Keluarga	83
Tabel 4.16 Format Pemeriksaan Fisik.....	84
Tabel 4.17 Analisa Data	89
Tabel 4.18 Skoring Keluarga	90
Tabel 4.19 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	97
Tabel 4.20 Implementasi Keluarga	100

DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyusunan Karya Tulis Ilmiah.....	110
2. Informed <i>Informed Consent</i>	111
3. Booklet Diabetes Mellitus.....	113
4. Dokumentasi Tindakan	126
5. Singkatan.....	128
6. Absensi kunjungan dosen.....	129
7. Lembar Surat.....	130
8. Lembar Konsul.....	131



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan yang ditemukan pada saat ini salah satunya adalah penyakit degeneratif diantaranya diabetes militus. Diabetes militus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya yang menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular dan neuropati (Elin, 2012). Kondisi hiperglikemia yang lama pada pasien diabetes militus menyebabkan arterosklerosis, penebalan pada saraf perifer. Hal ini akan memudahkan terjadinya luka kaki diabetik yang menyebabkan masalah kerusakan integritas kulit (Ujiana, 2016).

Data Organisasi Kesehatan Dunia, saat ini terdapat 366 juta jiwa dengan Diabetes Militus di dunia, di Indonesia pada tahun 2000 sebanyak 8,4 juta dan akan meningkat menjadi 21,8 juta pada tahun 2030, sehingga Indonesia menduduki peringkat keempat setelah Amerika Serikat, China dan India diantara negara-negara yang memiliki penyandang diabetes terbanyak, dengan populasi penduduk terbesar di dunia (Sidartawan, 2011) dalam (Yanes P. Taluta, 2014).

Data dari berbagai studi global menyebutkan bahwa penyakit DM adalah masalah kesehatan yang besar. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ketahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa memiliki diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (IDF, 2015).

Tingginya prevalensi Diabetes Militus disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat diubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, dan lingkak pinggang (Fatimah, 2015).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2015 di Indonesia terdapat 10 juta orang penderita diabetes, dan 17,9 orang yang beresiko menderita penyakit ini. Sementara Provinsi Jawa Timur masuk 10 besar prevalensi penderita diabetes se-indonesia atau menempati urutan dengan prevalensi 6,8 (Dinas Komunikasi dan informatika Provinsi Jawa Timur, 2015).

Diabetes Mellitus merupakan golongan penyakit dengan prevalensi tertinggi. Hal ini sebabkan karena berbagai faktor diantaranya faktor lingkungan dan faktor keturunan. Faktor lingkungan disebabkan karena adanya urbanisasi sehingga mengubah gaya hidup seseorang yang mulanya konsumsi makanan yang sehat dan bergizi dari alam menjadi konsumsi makanan cepat saji (WHO, 2017) dalam (Lailatul, 2017).

Bagi penyandang diabetes, luka kaki yang sukar sembuh merupakan komplikasi kronis yang bisa muncul bila kadar gula tidak di control dengan baik. Seperti yang sudah di sebutkan di paragraf pertama yaitu klien diabetes sangat beresiko terhadap kejadian luka kaki. Luka pada kaki yang disebut luka kaki diabetes sering menyebabkan frustasi, tidak hanya bagi para penyandang diabetes tetapi juga keluarga, perawat serta dokter yang merawatnya karena proses penyembuhannya yang lama dan mahal serta sering sekali tidak mampu menyelamatkan kaki tersebut (amputasi) (Erfandi, 2013).

Berdasarkan teori dalam buku (Erfandi, 2013) mengatakan bahwa proses penyembuhan luka kaki diabetes yang rata-rata memerlukan waktu lama tidak memungkinkan pasien untuk berada di RS atau di bawah pengawasan tenaga kesehatan selama 24 jam sampai sembuh. Edukasi cara memperlakukan kaki yang mengalami perlukaan harus di berikan kepada keluarga supaya pasien ataupun

keluarga tidak melakukan tindakan yang justru akan memperlambat proses penyembuhan.

Menurut (Handayani, 2016), Perawatan tersebut harus di lakukan dengan cara menjaga kelembaban dan mempertahankan kehangatan pada luka. Perawatan luka yang modern juga mempertahankan tiga tahap, yakni mencuci luka, membuang jaringan mati dan memilih balutan. Perawatan luka modern memiliki prinsip menjaga kelembaban luka dengan menggunakan bahan seperti hidrogel. Hidrogel berfungsi menciptakan lingkungan luka tetap lembab, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat, yang kemudian terserap ke dalam struktur gel dan terbuang bersama pembalut (debridement autolitik alami).

Selain itu keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut menurut (Frieman, 1998) dalam (Padila, 2012) antara lain, Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, keluarga mampu memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga mampu mempertahankan suasana rumah yang sehat, keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian di atas maka di rumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimana eksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus Pada Ny. R Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotrnan Lumajang 2018 ?”

1.3 Tujuan Penulisan

Penulis dapat mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus Pada Ny. R Dan Tn. K Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Puskesmas Rogotrnan Lumajang 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

Manfaat dari penelitian ini, dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu pengetahuan.

1.4.1 Bagi penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan baru dalam melakukan riset studi kasus terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien keluarga diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit.

1.4.2 Bagi institusi penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi tempat pelayanan untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien keluarga diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit.

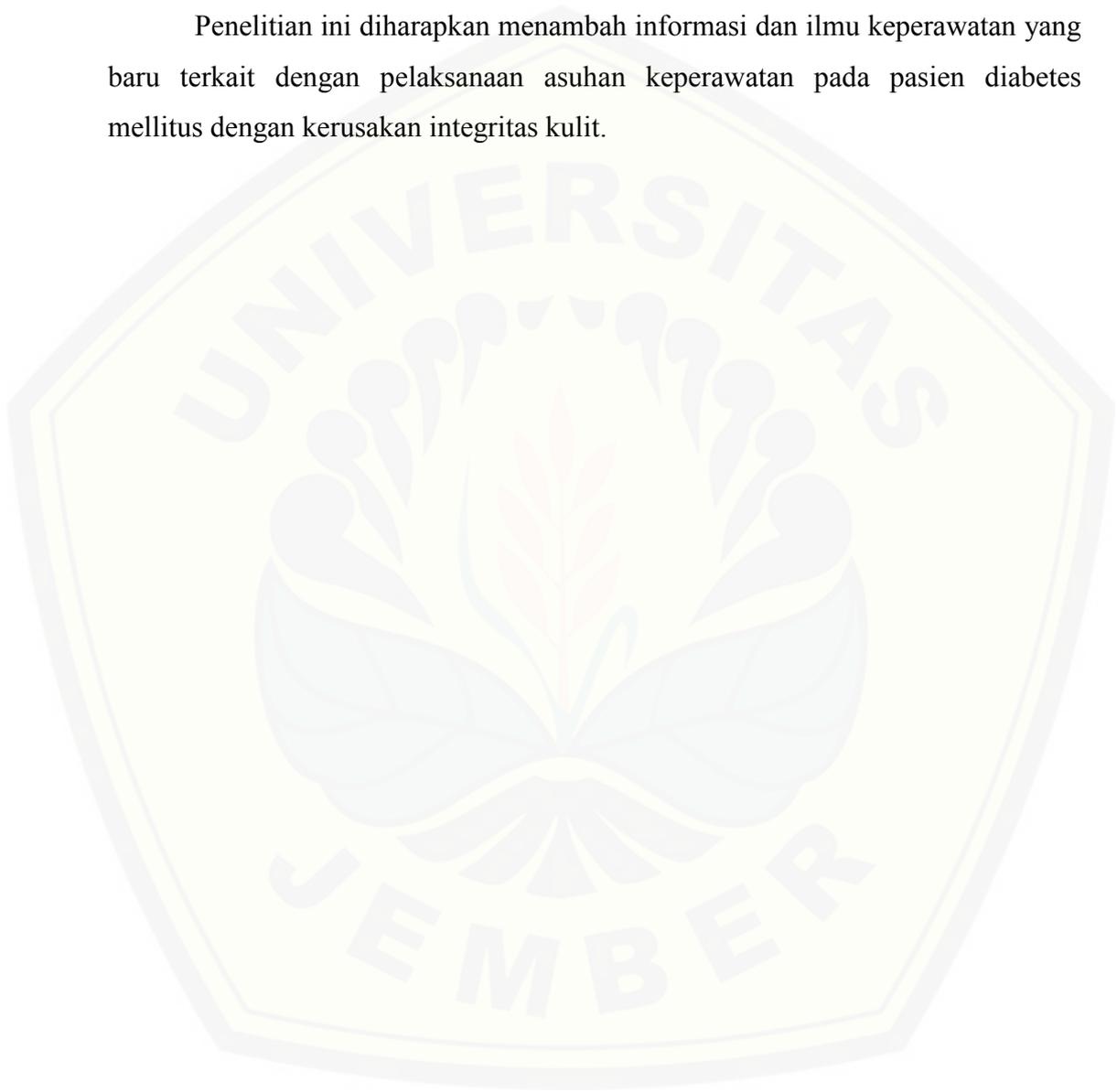
1.4.3 Bagi keluarga dan pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dan memberikan informasi pada keluarga pasien terhadap

tindakan keperawatan pada pasien diabetes mellitus supaya dapat diterapkan ketika di rumah.

1.4.4 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan menambah informasi dan ilmu keperawatan yang baru terkait dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisannya. Keluarga berasal dari bahasa Sansekerta (*kula* dan *warga*) *kulawarga* yang berarti anggota kelompok kerabat.

Banyak ahli menguraikan pengertian keluarga sesuai dengan perkembangan social masyarakat. Berikut akan dikemukakan beberapa pengertian keluarga :

- a. Pendapat yang menganut teori interaksional, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian. Sedangkan mereka yang bereorientasi pada perspektif sistem sosial memandang keluarga sebagai bagian sosial terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen yang sangat tergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain.
- b. Wall (1986) dalam (Padila, 2012) mengemukakan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga.
- c. Spradley dan Allender (1996) dalam (Padila, 2012) mengemukakan satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam ikatan social, peran dan tugas.

Dari beberapa pengertian di atas, tampak begitu luas dan variatif dalam membuat definisi keluarga, selanjutnya kita dapat melihat keluarga dari ciri-cirinya sebagaimana yang dikemukakan oleh Burgess (1963 dalam Friedman, 1998) dalam (Padila, 2012) bahwa ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional, adalah :

- 1) Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.

- 3) Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran social keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki dan anak perempuan dan lain sebagainya
- 4) Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

Depkes RI (19981) dalam (Padila, 2012) mengemukakan alasan keluarga sebagai salah satu unit dalam pelayan kesehatan adalah :

- 1) Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas / masyarakat, keluarga merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Dari keluarga yang sehat akan tercipta komunitas yang sehat, demikian sebaliknya.
- 2) Keluarga sebagai kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada. Jika salah satu anggota keluarga sakit atau mengalami masalah kesehatan, maka akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga secara keseluruhan, hal tersebut lebih Nampak pada kasus-kasus dimana salah satu anggota keluarga ada yang mengalami penyakit menular, maka seluruh anggota keluarga memiliki potensi untuk mengalami hal yang sama.
- 3) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Misalnya ibu hamil mengalami kurang gizi, akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit, pada akhirnya akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya dan seterusnya.
- 4) Dalam penyelesaian masalah kesehatan, keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga pada akhirnya yang menentukan apakah masalah kesehatan akan dihilangkan, dibiarkan atau bahkan mendatangkan masalah kesehatan lain, sehingga dalam hal ini kita penting untuk mempengaruhi keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan yang dialami.
- 5) Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat.

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau ada :

- a) Ikatan atau persekutuan (perkawinan / kesepakatan)
- b) Hubungan (darah / adopsi / kesepakatan)
- c) Ikatan emosional
- d) Tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dan jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- e) Ada peran masing-masing anggota keluarga
- f) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain
- g) Mempunyai tujuan :

Menciptakan dan mempertahankan budaya, serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, sosial anggota.

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Karena keluarga merupakan unit dasar dari masyarakat. Unit dasar ini memiliki pengaruh yang begitu kuat terhadap perkembangan individu-individu yang dapat menentukan keberhasilan kehidupan individu tersebut. Keluarga berfungsi sebagai *buffer* atau sebagai perantara antara masyarakat dan individu, yakni mewujudkan semua harapan dan kewajiban masyarakat dengan memenuhi kebutuhan setiap anggota keluarga serta menyiapkan peran anggotanya menerima peran di masyarakat.

Keluarga juga merupakan sistem terbuka sehingga dipengaruhi oleh supra sistemnya yaitu lingkungannya, lingkungannya disini adalah masyarakat dan sebaliknya sebagai subsistem dari lingkungan (masyarakat). Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual.

Hal itu tak terlepas bahwa setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar baik yang menyangkut kebutuhan fisik, psikologis maupun sosial. Sebuah keluarga diharapkan dapat bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan anggotanya yang beraneka ragam, pada saat bersamaan masyarakat mengharapkan setiap anggota memenuhi kewajiban-kewajiban sebagai anggota masyarakat.

Saat ini banyak kelompok-kelompok yang memiliki fungsi perantara, namun keluarga tetap menjadi yang paling penting, karena anggota keluarganya yang memperhatikan secara total segi-segi kehidupan anggotanya. Prioritas tertinggi yang menjadi perhatian keluarga adalah kesejahteraan anggotanya, kelompok lain seperti teman kerja, teman sekolah, majelis dan LSM (Lembaga Swadaya masyarakat) tidak menaruh perhatian secara keseluruhan hidup individu, mereka sebatas satu segi seperti kerjasama, persahabatan, keterlibatan dalam urusan sekolah atau pengajian atau produktivitas dan prestasi sekolah.

Keluarga telah lama dipandang sebagai konteks yang paling vital bagi pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Keluarga memiliki pengaruh penting terhadap pembentukan identitas dan konsep diri individu-individu yang menjadi anggotanya. (Padila, 2012).

Begitu juga dengan penderita Diabetes Mellitus yang merupakan penyakit metabolik dan di tandai dengan peningkatan kadar gula darah. Penyakit DM dapat mengakibatkan komplikasi jangka panjang berupa luka diantaranya adalah masalah psikologis yang juga membutuhkan dukungan dari orang terdekat. Dukungan keluarga sebagai salah satu bagian dari dukungan sosial yang merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologi (Naningsih & Yugistyowati, 2017).

2.1.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Ada beberapa Struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

d. Patrilocal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

e. Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Padila, 2012).

Menurut Ari Fatmawi (2010) diabetes merupakan penyakit keturunan, artinya bila orang tua menderita diabetes, anak-anaknya akan menderita diabetes juga. Bukti yang paling meyakinkan akan adanya faktor genetik adalah penelitian yang dilakukan pada saudara kembar identik penyandang DM, hampir 100% dapat dipastikan akan juga mengidap DM. Penelitian lain menunjukkan bahwa seseorang beresiko terkena DM bila mempunyai riwayat keluarga DM. Semakin dekat hubungan (garis keturunan), semakin besar pula resiko DM.

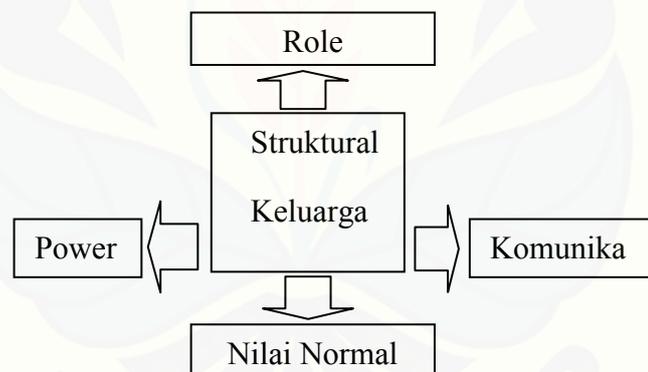
Pernyataan di atas menjelaskan bahwa adanya hubungan keluarga sedarah mempengaruhi terjadinya DM, baik dari struktur keluarga patrilineal, matrilineal, matrilokal, patrilocal, dan keluarga kawin tergantung dari hubungan garis keturunan, semakin dekat hubungan (garis keturunan), semakin besar pula resiko DM.

2.1.4 Jenis Anggota Keluarga

- a. Keluarga inti (Nuclear Family) yaitu keluarga yang terdiri atas ayah, ibu dan anak-anak.
- b. Keluarga besar (Extended Family) yaitu keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara seperti kakak, nenek, keponakan dan lain-lain.
- c. Keluarga berantai (Serial Family), terdiri dari wanita dan menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d. Keluarga duda/ janda (Single Family), adalah keluarga yang terjadi karena kematian.
- e. Keluarga berkomposisi (Composite), adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- f. Keluarga kabitas (Cohabitation), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga (Padila,2012).

2.1.5 Ciri-Ciri Struktur Keluarga

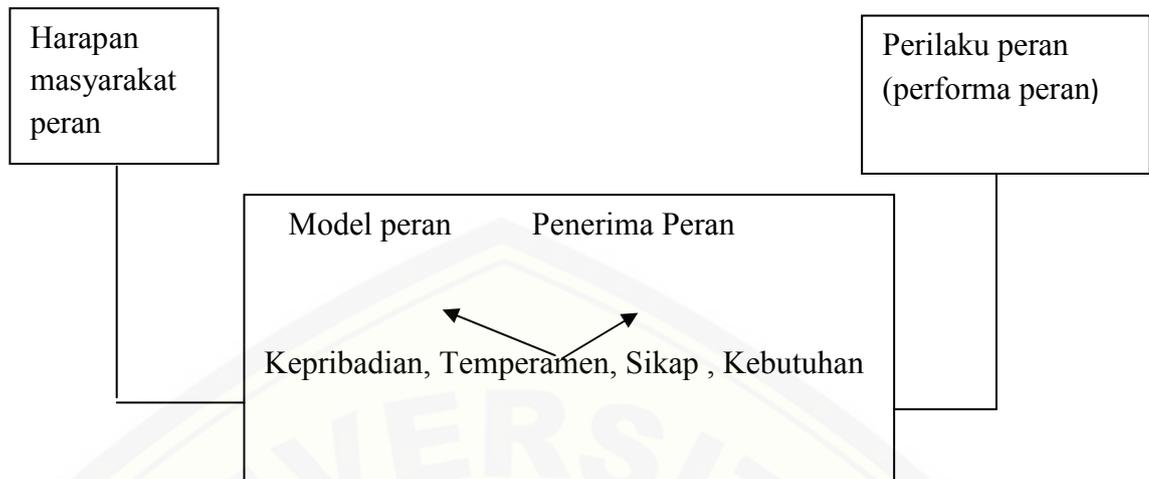
- a. Terorganisasi : saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.
- d. Salah satu pendekatan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan struktural fungsional. Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk atau tipe keluarga, namun ada juga yang memandang struktur keluarga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural. Struktural dimaksud adalah :



Bagan 2.1 : Dimensi struktural keluarga (Padila, 2012).

2.1.6 Struktur Peran (Role)

Peran menunjukkan pada beberapa set perilaku yang bersifat homogen dalam situasi sosial tertentu. Peran lahir dari hasil imteraksi social, peran biasanya menyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu system social tertentu.



Bagan 2.2: Perkembangan perilaku peran (Padila, 2012).

a. Peran – peran formal keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seorang dalam situasi social tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multietiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah (hiperglikemi). Diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan tetapi dapat di control dengan mengatur kadar gula darah. Salah satu faktor penting dalam mengontrol kadar gula darah adalah peran keluarga (Honesty, Fitra, & Tutwuri, 2013).

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogeny. Peran formal yang standar dalam keluarga seperti pencairan nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaiki rumah, tukang masak, dan lain-lain. Jika dalam keluarganya terdapat sedikit orang untuk memenuhi peran tersebut, maka anggota keluarga berkesempatan untuk memerankan beberapa peran pada waktu yang berbeda.

1) Peran parental dan perkawinan

Terdapat enam peran dasar yang membentuk posisi social sebagai suami (ayah) dan istri (ibu), yakni peran :

- a) Sebagai provider (penyedia)
- b) Sebagai pengatur rumah tangga
- c) Perawatan anak
- d) Rekreasi
- e) Persaudaraan (kinship)
- f) Terapeutik (memenuhi kebutuhan efektif pasangan)
- g) Seksual

2) Peran-peran dalam keluarga

Pada saat ini peran-peran dalam keluarga banyak mengalami perubahan seiring dengan adanya emansipasi. Wanita saat ini tidak lagi semata-mata sebagai ibu rumah tangga atau pengasuh anak, melainkan mereka juga bekerja atau mencari nafkah, hal yang sama juga terjadi pada pria.

3) Peran seksual perkawinan

Dimasa lalu pria memiliki hak untuk menentukan kegiatan seksual dengan istrinya, tapi tidak merasa punya kewajiban memberi kepuasan pada istri. Tetapi sekarang wanita juga berhak mendapat kenikmatan hubungan seksual sehingga sifat peran seksual bagi keduanya berubah.

4) Peran ikatan keluarga atau *kinkeeping*

Sampai saat ini wanita berperan sebagai penerus keturunan (*kinkeeping*) dan peran sebagai pengikat hubungan keluarga dengan memelihara komunikasi dan memantau perkembangan keluarga. Jika orang tua mereka sudah tua, maka mereka akan kembali pada anak wanita. Peran tersebut membuat wanita menjadi *generasi terjepit* dan *jenis kelamin terjepit*, karena dia terperangkap antara memenuhi kebutuhan orang tua dan anak- anaknya dalam jangka waktu yang lama.

5) Peran kakek atau nenek

Belum ada kesepakatan menyangkut apakah keterlibatan kakek/nenek mempunyai efek langsung positif terhadap perilaku cucu. Namun Bengston

(1985) dalam (Padila, 2012) membagi fungsi – fungsi simbolis kakek/nenek adalah :

- a) Semata-mata hanya hadir dalam keluarga
- b) Bertindak sebagai pengawal keluarga
- c) Menjadi hakim / negoisator antara anak dan orang tua
- d) Menjadi partisipan dalam sejarah keluarga
- 6) Peran – peran informal keluarga

Peran – peran informal (peran tertutup) biasanya bersifat implisit, tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga. Peran-peran informal tidak mutlak membuat stabil keluarga, ada yang bersifat adaptif bahkan ada yang dapat merusak kesejahteraan keluarga. Peran tersebut diantaranya adalah : pendorong, pengharmonis, inisiator-kontributor, pendamai, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari-pengakuan, matrik, keras hati, sahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, distraktor dan tidak relevan, koordinator keluarga, penghubung keluarga dan saksi.

7) Struktur nilai (value)

Nilai adalah system ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan social tertentu. System nilai keluarga dianggap sangat mempengaruhi nilai-nilai masyarakat. Sebuah nilai dari keluarga akan membentuk pola tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Keyakinan dan nilai-nilai akan menentukan bagaimana keluarga mengatasi masalah kesehatan dan stressor- stressor lain.

a) Proses komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga. Komunikasi yang jelas dan fungsional dalam keluarga merupakan sarana penting untuk mengembangkan makna diri.

(1) Komunikasi fungsional dalam keluarga

Komunikasi fungsional di pandang sebagai kunci keberhasilan keluarga. Komunikasi dalam keluarga yang sehat merupakan proses dua arah yang dinamis, sehingga tercipta interaksi fungsional. Interaksi fungsional dibagi menjadi pengirim fungsional dan penerima fungsional meliputi :

tegas menyatakan masalahnya/kasus, menjelaskan dan mengubah pernyataan, meminta umpan balik, menerima umpan balik, mendengar secara efektif, memberi umpan balik, dan melakukan validasi

(2) Komunikasi disfungsional dalam keluarga

Komunikasi disfungsional diartikan sebagai pengiriman dan penerimaan isi dari pesan yang tidak jelas, tidak langsung atau tidak sepadan. Factor utama sebagai penyebabnya adalah harga diri keluarga, khususnya orang tua rendah. Penyebab rendah diri itu sendiri adalah pemusatan pada diri sendiri, perlu persetujuan total dan kurangnya empati, seperti :

Menggunakan asumsi-asumsi, ekspresi tidak jelas, menghakimi, tidak mampu mengungkapkan kebutuhan, gagal mendengar, diskualifikasi, kurang eksplorasi, kurang validasi

(3) Struktur kekuasaan (power)

Kekuasaan keluarga adalah kemampuan (potensial atau aktual) individu untuk mengontrol, mempengaruhi dan merubah tingkah laku anggota keluarga. Komponen utama dari kekuasaan keluarga adalah pengaruh dan pengambilan keputusan. Pengaruh sinonim dengan kekuasaan yaitu tingkat penggunaan tekanan oleh anggota keluarga dan berhasil dalam memaksakan pandangannya, sedangkan pengambilan keputusan menunjukan pada proses pencapaian kesepakatan dan persetujuan anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga *status quo*.

Bentuk-bentuk kekuasaan yang lazim terjadi dalam keluarga adalah kekuasaan yang sah (*legitimate power*), kekuasaan tak berdaya atau putus asa, kekuasaan referen, kekuasaan sumber / ahli (*expert power*), kekuasaan penghargaan (*reward power*), kekuasaan memaksa (*coercive power*), kekuasaan efektif, dan kekuasaan manajemen ketegangan.

Dalam perkembangannya kekuasaan dipengaruhi oleh : hirarki kekuasaan keluarga, tipe keluarga, koalisi, jaringan komunikasi, kelas social, tahap perkembangan keluarga, latar belakang budaya dan agama, variable individu dan ketergantungan emosi.

2.1.7 Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

Friedman (1998) dalam (Padila, 2012) mengidentifikasikan lima fungsi dasar keluarga, yakni :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. *Reinforcement* dan *support* dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga.

1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang *mendapat* kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk member akan meningkat sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan yang baik dalam keluarga tersebut akan menjadi dasar dalam membina hubungan dengan orang lain diluar keluarga.

2) Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.

3) Ikatan dan identifikasi, ikatan ini mulai sejak pasangan sepakat hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan dan keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri. Misalnya mempunyai anak. Hubungan selanjutnya akan dikembangkan menjadi hubungan orang tua anak dan antar anak

melalui proses identifikasi. Proses identifikasi merupakan inti ikatan kasih sayang, oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Sering perceraian, kenalan anak atau masalah keluarga lainnya timbul akibat fungsi afektif keluarga yang tidak terpenuhi.

Menurut teori, Disfungsi seksual tampaknya jarang ditemukan pada wanita diabetes dibandingkan pria diabetes, namun terjadi peningkatan risiko kekeringan pada vagina dan gangguan hasrat seks (Rudi & Donnelly, 2015).

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan social (Gegas, 1979 dan Friedman, 1998), sedangkan Soekanto (2000) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menjadi anggota.

Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orangtua (*single parent*).

Menurut teori terkait dengan fungsi reproduksi, pada penderita diabetes disfungsi seksual tampaknya jarang ditemukan pada wanita diabetes dibandingkan

pria diabetes, namun terjadi peningkatan risiko kekeringan pada vagina dan gangguan hasrat seks (Rudi & Donnelly, 2015).

d. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (*Gakin* atau *pra keluarga sejahtera*). Perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

Menurut teori, Diabetes merupakan penyakit yang menghabiskan banyak biaya,. Sekitar 75% biaya langsung diserap oleh komplikasi jangka panjang, bukan untuk penatalaksanaan diabetes sendiri (Honesty, Fitra, & nghTutwuri, 2013).

DM merupakan penyakit kronik sehingga memerlukan perawatan dalam jangka panjang yang secara rutin penderitanya harus kontrol ke pelanan kesehatan dan membutuhkan bantuan biaya pengobatan. Penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa *Family support* menjadi faktor penting dalam kepatuhan manajemen penyakit kronik, dan juga sebagai indikator dampak positif terhadap *self care* pasien diabetes (Neff dalam Hensarling, 2009).

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga professional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Frieman, 1998) dalam (Padila, 2012) :

- 1) Mengenal masalah kesehatan
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

2.1.8 Tugas Keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- g. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

Meiner (2011) menyatakan bahwa sehat dan sakit di pengaruhi oleh budaya, keluarga, sosial ekonomi dan lingkungan. Pengaruh keluarga terhadap sehat dan sakit berkaitan dengan peran dan fungsi keluarga. Kelurga memainkan peran yang sangat signifikan terhadap kehidupan kelurga yang lain terutama status sehat sakit.

Peran keluarga terdiri dari peran formal dan peran informal. Dalam peran informal keluarga terdapat peran merawat keluarga dan peran memotivasi/ pendorong keluarga (Friedman, 2010). Dimana merupakan tugas setiap anggota keluarga merawat anggota keluarga lain yang sakit sebagai fungsi pokok keluarga secara asuh yaitu memenuhi kebutuhan, pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang sakit serta memenuhi kebutuhannya.

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat dan sakit pasien keluarga mempunyai kemampuan untuk mengatasi masalah akan dapat menekan perilaku maladaptive (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Honesty, Fitra, & Tutwuri, 2013).

2.1.9 Ciri-Ciri Keluarga

- a. Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton
- b. Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- c. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
- d. Keluarga mempunyai suatu system tata nama (*Nomen clatur*) termasuk perhitungan garis keturunan.
- e. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- f. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

2.1.10 Ciri Keluarga Indonesia

- a. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
- b. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
- c. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun poses pemutusan dilakukan secara musyawarah.
- d. Berbentuk monogram.
- e. Bertanggung jawab.
- f. Mempunyai semangat gotong royong.

2.1.11 Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan social maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk normative atau non normative. Sussan (1974), Micklin (1988) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut :

a. Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orang tua tiri.
- 2) Pasangan istri, terdiri dari suami istri dan istri saja tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
- 3) Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
- 4) Bujangan dewasa sendiri.
- 5) Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.
- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah pisah.

b. Keluarga Non Tradisional

- 1) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
- 2) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
- 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

Gambaran tentang bentuk atau tipe keluarga tersebut menggambarkan banyaknya bentuk struktur yang menonjol dalam keluarga. Implikasi bagi keperawatan bahwa tidak ada bentuk keluarga yang benar atau salah, layak atau tidak layak, melainkan keluarga harus dipahami dalam konteksnya, tipe tersebut

hanya sebuah referensi bagi penataan kehidupan keluarga dan berbagai kerangka kelompok kerja primer dengan memperhatikan setiap upaya keperawatan dilandasi pemahaman akan keunikan dari setiap keluarga.

2.1.12 Tahapan Keluarga Sejahtera

Berasarkan kemampuan keluarga untuk pemenuhan kebutuhan dasar, kebutuhan psikososial, kemampuan memenuhi ekonominya, dan aktualisasi keluarga di masyarakat, serta memperhatikan perkembangan Negara Indonesia menuju negara industry, Indonesia menginginkan terwujudnya keluarga sejahtera. Menurut Mubarak, Chayatin & Satoso (dalam (Christensen, 2009)), di Indonesia tahapan keluarga sejahtera dikelompokkan menjadi lima tahap adalah sebagai berikut:

a. Keluarga Prasejahtera

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhandasarnya secara minimal, yaitu kebutuhan pengajar agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indicator keluarga sejahtera tahap 1.

1) Keluarga Sejahtera Tahap 1

Keluarga sejahtera tahap 1 adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan social psikologinya, kebutuhan psikologis keluarga meliputi:

Kebutuhan pendidikan, keluarga berencana (KB), iteraksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal,dan transportasi. Pada keluarga sejahtera 1 kebutuhan dasar 1 sampai dengan 5 telah terpenuhi, yaitu:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap 1

- (1) Melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
- (2) Seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- (3) Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
- (4) Lantai rumah bukan dari tanah.
- (5) Kesehatan (anak sakit atau pasangan usia subur (PUS) ingin ber-KB di bawah ke sarana/petugas kesehatan).

2) Keluarga Sejahtera Tahap II

Keluarga sejahtera tahap II adalah keluarga yang di samping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal serta telah dapat memenuhi kebutuhan social psikologisnya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi. Pada keluarga sejahtera II kebutuhan fisik, social dan psikologis telah terpenuhi. Indikatornya adalah sebagai berikut:

- a) Melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
- b) Seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- c) Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
- d) Lantai rumah bukan dari tanah.
- e) Kesehatan (anak sakit atau pasangan usia subur (PUS) ingin ber-KB di bawa ke sarana /petugas kesehatan).
- f) Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama masing-masing yang dianut.
- g) Paling kurang sekali dalam seminggu, keluarga menyediakan daging / ikan / telur.
- h) Memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir.
- i) Luas lantai rumah paling kurang 8m untuk tiap penghuni rumah.
- j) Anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi masing-masing.
- k) Keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap.
- l) Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa baca tulis huruf latin.
- m) Anak usia sekolah (7-15 tahun) bersekolah
- n) Bila anak hidup sebanyak 2 atau lebih, keluarga yang masih pasangan usia subur memakai kontrasepsi (kecuali sedang hamil).

3) Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga sejahteratahap III adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, social, psikologis, dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap

masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material, keuangan untuk social kemasyarakatan, dan belum berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan. Pada keluarga sejahtera III kebutuhan fisik, social, psikologis, dan pengembangan telah terpenuhi. Indikator keluarga sejahtera II ditambah dengan komponen-komponen berikut ini:

Indikator Keluarga Sejahtera Tahap III

- a) Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.
 - b) Keluarga mempunyai tabungan .
 - c) Makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan ini dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.
 - d) Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
 - e) Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah sekurang-kurangnya sekali dalam 6 bulan.
 - f) Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/ majalah.
 - g) Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi sesuai kondisi daerah.
- 4) Keluarga Sejahtera Tahap III Plus

Kelurga sejahtera tahap III plus adalah keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, social, psikologis, dan pengembangannya telah terpenuhi, serta memiliki, kepedulian social yang tinggi pada masyarakat. Indikator keluarga sejahtera tahap III ditambah dengan komponen-komponen berikut ini:

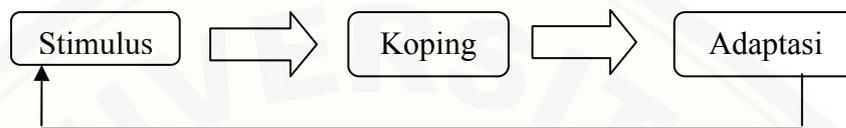
Indikator Keluarga Sejahtera Tahap III plus

- a) Mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.
- b) Keluarga mempunyai tabungan.
- c) Makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan ini dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.
- d) Ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
- e) Mengadakan rekreasi bersama di luar rumah sekurang-sekurang sekali dalam 6 bulan.
- f) Dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/Majalah.

g) Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi (Christensen, 2009).

2.1.13 Stress Dan Koping Keluarga

Keluarga secara terus menerus dihadapkan pada perubahan. Stimulus untuk perubahan ini datang dari luar dan dalam. Supaya dapat berlangsung hidup dan terus berkembang, maka strategi dan proses koping keluarga sangat penting bagi keluarga dalam menghadapi tuntutan yang ada.



Bagan 2.3 Stress dan koping keluarga (Padila, 2012).

a. Sumber Stressor Keluarga (Stimulus)

Stressor merupakan agen-agen pencetus atau menyebabkan stress. Dalam keluarga stressor biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius yang menimbulkan perubahan dalam system keluarga, dapat berupa kejadian atau pengalaman antar pribadi (dalam atau luar keluarga), lingkungan ekonomi serta social budaya dan persepsi keluarga terhadap kejadian.

Sedangkan stress adalah keadaan tegang akibat stressor atau oleh tuntutan yang belum tertangani. Stress dalam keluarga sulit diukur. Adaptasi adalah proses penyesuaian terhadap perubahan, adaptasi bisa positif bisa negative yang dapat meningkatkan atau menurunkan keadaan kesehatan keluarga.

White (1974, dalam Friedman, 1989) dalam (Padila, 2012) mengidentifikasi tiga strategi untuk adaptasi individu yang juga dapat digunakan pada keluarga, yaitu mekanisme pertahanan, merupakan cara-cara yang dipelajari, kebiasaan dan otomatis untuk berespon, taktik untuk menghindari masalah dan biasanya merupakan perilaku menghindari sehingga cenderung disfungsi, strategi koping, yaitu upaya-upaya pemecahan masalah, biasanya merupakan strategi adaptasi positif dan penguasaan, yaitu merupakan mode adaptasi yang paling positif sebagai hasil dari penggunaan strategi koping yang efektif dan sangat berhubungan dengan kompetensi keluarga.

Menurut teory perempuan lebih rentan mengalami masalah psikologis ketimbang laki-laki. Suatu studi longitudinal terhadap 500 pasien diabetes tipe 2 yang dikunjungi selama tiga kali dalam 18 bulan merekomendasikan bahwa gejala depresi tetap relatife stabil dan teratasi, namun distress terkait diabetes bersifat fluktuatif, dan tidak dapat dikenali atau ditangani dengan baik (Rudi & Donnelly, 2015).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Vedhara, (2010) dalam (Elpriska, 2016) menunjukkan bahwa penderita DM dengan ulkus kaki diabetik memiliki stress yang tinggi yang akan mempengaruhi emosi, fisik dan financial. Stress yang tinggi yang dialami penderita disebabkan karena infeksi, amputasi dan biaya hari rawat yang tinggi dan menurunnya kualitas hidup yang dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian, sehingga dibutuhkan kemampuan penderita dalam melakukan perawatan diri.

b. Koping Keluarga

Koping keluarga menunjuk pada analisa kelompok (analisa interaksi). Koping keluarga didefinisikan sebagai respon positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan masalah (mengendali stress). Berkembang dan berubah sesuai tuntutan/stressor yang dialmi. Sumber koping keluarga bisa internal yaitu dari anggota keluarga sendiri dan eksternal yaitu dari luar keluarga.

Demikian halnya dengan koping keluarga dapat berupa koping internal berupa kemampuan keluarga yang kohesif dan terintegrasi yang dicirikan dimana anggota keluarga memiliki tanggung jawab kuat terhadap keluarga, mampu memodifikasi peran keluarga bila dibutuhkan (fleksibel) dan pola komunikasi dalam keluarga yang baik, mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, pengungkapan bersama yang semakin meningkat, mengontrol arti/ makna masalah dan pemecahan masalah bersama. Sedangkan koping eksternal berhubungan dengan penggunaan *social support system* oleh keluarga dapat berupa mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan social dan mencari dukungan spiritual.

Strategi adaptif disfungsional dapat berupa penyangkalan dan eksploitasi terhadap anggota keluarga seperti kekerasan terhadap keluarga, kekerasan terhadap pasangan, penyiksaan anak, penyiksaan usia lanjut, penyiksaan orang tua, proses mengkambing hitamkan dan penggunaan ancaman. Penyangkalan masalah keluarga dengan menggunakan mitos keluarga, triangling (pihak ketiga) dan pseudomutualitas, pisah / hilangnya anggota keluarga dan Otoritariansme.

1) Sumber Dasar Stress Keluarga

Begitu banyak perubahan dan stressor yang dihadapi oleh keluarga dari waktu ke waktu. Minuchin (1974) melihat sumber dasar stress dari empat sumber yaitu kontak penuh stress anggota keluarga dengan kekuatan diluar keluarga, kontak penuh stress seluruh keluarga dengan kekuatan diluar keluarga, stressor tradisional seperti lahirnya bayi, tumbuh remaja, perkawinan *single parent*, masuknya kakek/nenek, keluarnya anak dewasa muda dan hilangnya pasangan, serta stressor tradisional.

Dalam perjalanannya stress dan coping mengalami tiga periode, yaitu periode *antestress*, yaitu masa sebelum melakukan konfrontasi yang sebenarnya terhadap stressor. Periode stress actual, yakni strategi adaptif selama masa stress dan periode pasca stress, yaitu strategi coping yang digunakan setelah periode stress, yakni strategi untuk mengembalikan keluarga dalam keadaan homeostatis. Dampak stressor pada keluarga dapat berupa rusaknya keluarga, perceraian atau kematian.

2) Krisis Keluarga

Sebuah krisis timbul karena sumber-sumber dan strategis adaptif tidak secara efektif mengatasi stressor. Krisis keluarga diartikan sebagai suatu keadaan atau kekacauan dalam keluarga yang penuh dengan stress tanpa ada penyelesaian masalah. Paterson mengemukakan krisis keluarga sebagai akibat ketidakseimbangan antara permintaan dan sumber-sumber atau upaya coping. Keadaan krisis keluarga dicirikan oleh ketidak stabilan atau kesemrautan keluarga, keluarga menjadi tidak nyaman, perlu bantuan lebih dari normal dan anggota keluarga bersifat reseptif terhadap informasi.

Terdapat dua tipe krisis dalam keluarga yaitu krisis perkembangan dan krisis situasi. Krisis perkembangan (maturasional) merupakan krisis yang berasal dari kejadian dalam proses perkembangan psikososial anggota keluarga. Krisis ini merupakan bagian dari tahap siklus normal dan krisis situasi yaitu kejadian atau stress yang tidak bisa (tidak diharapkan) seperti sakit, kematian, dan lain-lain. Berikut disajikan skala urutan penyesuaian dari Holmes dan Rahe (1976) dalam (Padila, 2012).

Tabel 2.1 Skala penyesuaian diri

No	Kejadian hidup	Nilai	No	Kejadian hidup	Nilai
1	Kematian pasangan	100	22	Perbandingan tanggung jawab di tempat kerja	29
2	Perceraian	73	23	Anak meninggalkan rumah	29
3	Perpisahan perkawinan	65	24	Cekcok dengan ipar	29
4	Lamanya dipenjara	63	25	Pencapaian pribadi belum selesai	28
5	Kematian keluarga dekat	63	26	Istri mulai kerja atau berhenti	26
6	Cidera atau sakit pribadi	53	27	Mulai atau selesai sekolah	26
7	Perkawinan	50	28	Perubahan kondisi hidup	25
8	Dipecat dari tempat kerja	47	29	Perbaikan kebiasaan hidup	24
10	Pensiun	45	31	Perubahan ja kerja	20
9	Rekonsiliasi perkawinan	45	30	Cekcok dengan atasan	23
11	Perubahan kes, anggota keluarga	44	32	Pindah tempat tinggal	20
12	Kehamilan	40	33	Pindah sekolah	20
13	Kesulitan seks	39	34	Perubahan rekreasi	19
14	Penambahan anggota keluarga baru	39	35	Perubahan kegiatan keagamaan	19
15	Penyesuaian bisnis	39	36	Perubahan kegiatan sosial	18
16	Perubahan keadaan keuangan	38	37	Pinjaman < \$ 10.000	17
17	Kematian teman dekat	37	38	Perubahan kebiasaan tidur	16
18	Perubahan jajaran kerja yang berbeda	36	39	Perubahan jumlah pertemuan keluarga	15
19	Perubahan banyaknya argument pasangan	35	40	Perubahan kebiasaan makan	15
20	Penghipnotisan > \$ 10.000	31	41	Liburan	13
21	Pembatalan pinjaman	30	42	Natal/lebaran/dll	12
			43	Kekerasan kecil melawan hukum	11

(Padila, 2012).

Dalam kehidupan sehari-hari kejadian yang perlu penyesuaian diri sering kali muncul secara bersamaan, maka perawat perlu menilai serta menjumlahkan urutan kejadian-kejadian hidup yang dialami dalam dua tahun.

0 – 154 : tidak ada masalah yang signifikan

155 – 199 : krisis hidup ringan dan memungkinkan sakit 33%

200 – 299 : krisis hidup sedang dan memungkinkan sakit 80 %

300 – lebih : krisis hidup dan memungkinkan sakit > 80

(Padila, 2012).

2.2 Konsep Penyakit Diabetes Militus

2.2.1 Pengertian Diabetes Militus

Diabetes militus merupakan salah satu penyakit yang disebabkan gangguan sekresi hormon insulin. Diabetes militus merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol supaya glukosa darah tetap dalam rentang normal (Black, Hawk, Kenee, 2009) dalam (Diana trilestari, 2015).

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati, (Fatimah, 2015).

2.2.2 Etiologi

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh:

- 1) Faktor genetik penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I.
- 2) Faktor imunologi (autoimun)
- 3) Faktor lingkungan: virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan ekstruksi sel beta

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Faktor yang dianggap pencetus dari DM 2:

1) Kegemukan

Sekitar 80% penderita DM tipe 2 adalah mereka yang tergolong gemuk.

2) Lain-lain

Faktor lain yang menyebabkan DM adalah resistensi insulin, pola makan yang salah, proses menua (degeneratif) dan stres yang berkepanjangan dan tanpa terkendali (Anggraini & Subakti, 2013).

c. Diabetes Melitus Gestotational

1) Riwayat keluarga menderita diabetes melitus

2) Wanita berumur lebih dari 35 tahun

3) IMT lebih dari 30 atau obesitas

4) Riwayat pernah melahirkan anak yang berukuran besar, lahir mati, atau bayi yang dilahirkan cacat

5) Riwayat infeksi saluran kemih selama hamil

(Anggraini & Subakti, 2013).

2.2.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus

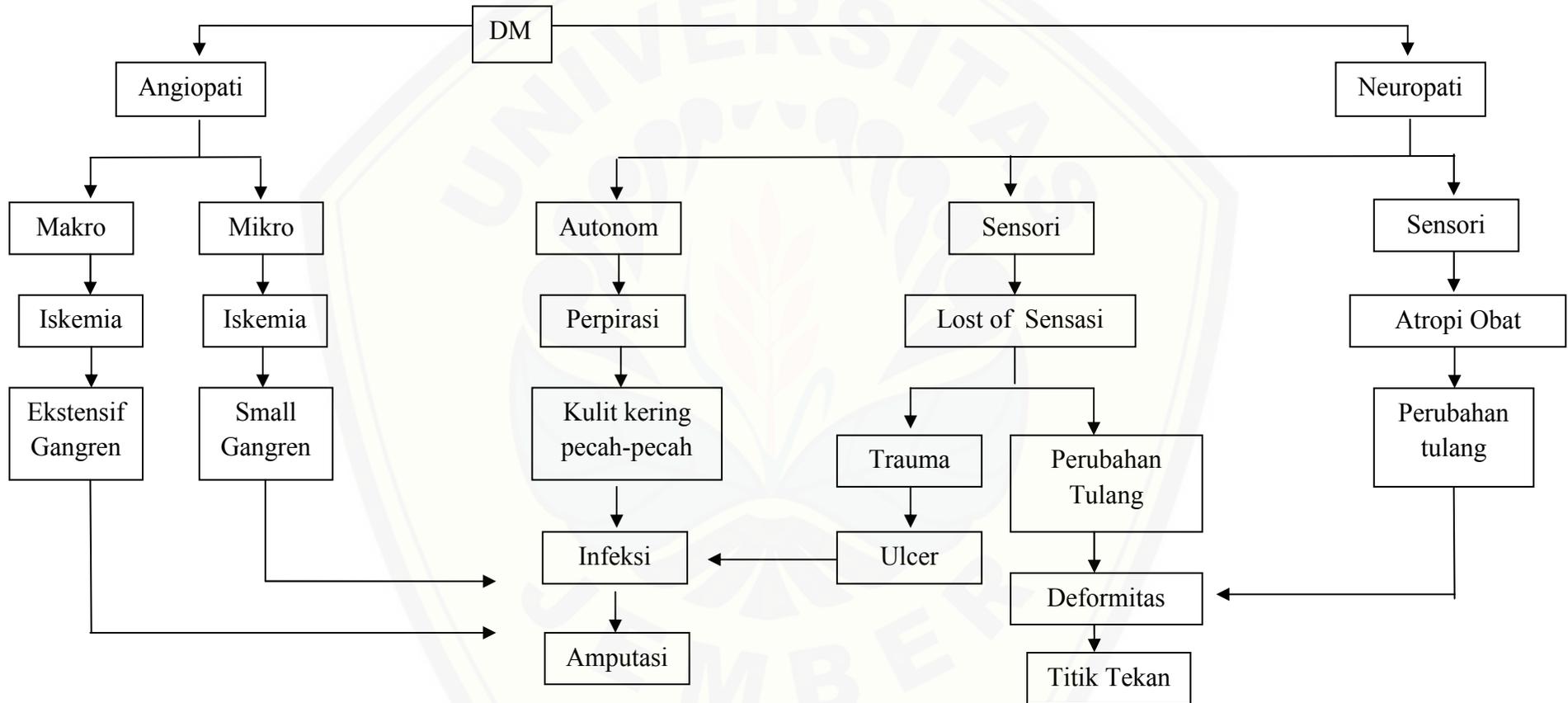
Pada individu yang secara genetic rentan terhadap diabetes tipe 1, kejadian pemicu, yakni kemungkinan infeksi virus, akan menimbulkan produksi autoantibodi terhadap sel-sel beta pancreas. Destruksi sel beta yang diakibatkan menyebabkan penurunan sekresi insulin dan akhirnya kekurangan kekurangan hormone insulin. Defisiensi insulin mengakibatkan keadaan hiperglikemia, peningkatan lipolisis s(penguraian lemak) dan katabolisme protein. Karakteristik ini terjadi ketika sel-sel beta yang mengalami destruktif melebihi 90%.

Diabetes militus tipe 2 merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh satu atau lebih factor berikut ini: kerusakan eksresi insulin, produksi glukosa yang tidak tepat di dalam hati, atau penurunan sensitivitas reseptor insulin perifer. Faktor genetic merupakan hal yang signifikan, dan awitan diabetes dipercepat oleh obesitas serta gaya hidup sedentary (sering duduk). Sekali lagi, stres tambahan dapat menjadi factor penting.

Diabetes gestasional terjadi ketika seorang wanita yang sebelumnya tidak didiagnosis sebagai penyandang diabetes memperlihatkan intoleransi n

merupakan factor glukosa selama kehamilannya. Hal ini dapat terjadi jika hormone-hormon plasenta melawan balik kerja insulin sehingga timbul resistensi insulin. Diabetes kehamilan merupakan factor resiko yang signifikan bagi terjadinya diabetes mellitus tipe kemudian hari.





Bagan 2.4 Patofisiologi Diabetes Militus, (Fatimah, 2015)

2.2.4 Faktor-Faktor Risiko

a. Diabetes Tipe 1

Predisposisi genetika berperan dalam pembentukn DM tipe 1. Meski resiko pada populasi umum berkisar dari 1:400-1:1000, anak dari penyandang DM memiliki resiko 1:20-1:50. Penanda genetika yang menentukan respon imun telah ditemukan pada kebanyakan orang yang didiagnosis DM tipe 1. Meski kehadiran penanda ini tidak menjamin bahwa orang tersebut akan mengalami DM tipe 1, penanda tersebut mengidentifikasikan peningkatan kerentanan (Matfin, 2009).

Faktor lingkungan diyakini memicu perkembangan DM tipe 1. Pemicu tersebut dapat berupa infeksi virus (campak, rubella, atau koksakievirus B4) atau bahan kimia beracun, misalnya yang dijumpai di daging asap dan awetan. Akibat pajanan terhadap virus atau bahan kimia, respons autoimun tidak normal terjadi ketika antibody merespons sel beta islet normal seakan-akan zat asing, sehingga menghancurkannya. Manifestasi DM tipe 1 terlihat ketika 90% sel beta rusak. Namun manifestasi dapat terlihat setiap saat selama kehilangan sel beta jika penyakit akut atau stress meningkatkan kebutuhan akan insulin untuk memperbaiki sel rusak tersebut. Penyebab actual dan urutan pastinya tidak sepenuhnya dipahami, tetapi penelitian terus mengidentifikasi penanda genetika penyakit ini dan menyelidiki cara mengubah respons imun tersebut guna mencegah atau menyembuhkan DM tipe 1.

DM tipe 1, bentuk yang langka, diwariskan sangat kuat dan dialami oleh keturunan orang Afrika and Asia. Ini bukan penyakit autoimun, kerusakan sel beta berbeda-beda dan periode ketoasidosis pun terjadi.

b. Diabetes Tipe 2

1) Riwayat DM pada orang tua dan saudara kandung. Meski tidak ada kaitan HLA yang terindetifikasi, anak dari penyandang DM tipe 2 memiliki peningkatan risiko dua hingga empat kali menyandang DM tipe 2 dan 30% risiko mengalami intoleransi glukosa (ketidakmampuan memetabolisme karbohidrat secara normal).

- 2) Kegemukan, didefinisikan sebagai kelebihan berat badan yang diharapkan atau memiliki indeks massa tubuh (IMT) minimal 27 kg/m². Kegemukan, khususnya kegemukan visceral (lemak abdomen), dikaitkan dengan peningkatan resistensi insulin.
- 3) Tidak ada aktivitas fisik.
- 4) Ras/etnis
- 5) Hipertensi ($\geq 130/85$ pada dewasa), kolesterol HDL ≥ 35 mg/dl, dan atau kadar trigliserida ≥ 250 mg/dl.
- 6) Sindrom metabolik, kumpulan manifestasi yang terkait dengan DM tipe 2. Hipertensi, kegemukan visceral, kadar rendah dari lipoprotein densitas tinggi, kadar tinggi dari trigliserida, protein reaktif C naik, dan glukosa darah puasa lebih dari 110 mg/dl meningkatkan risiko DM, penyakit jantung korone, dan stroke (LeMone, 2016)

2.2.5 Manifestasi Klinis

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Manifestasi DM tipe 1 terjadi akibat kekurangan insulin untuk menghantarkan glukosa menembus membran sel ke dalam sel. Molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah, mengakibatkan hiperglikemia. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, yang menarik air dari ruang intraselular ke dalam sirkulasi umum. Peningkatan volume darah meningkatkan aliran darah ginjal dan hiperglikemia bertindak sebagai diuretic osmosis. Diuretik osmosis yang dihasilkan meningkatkan haluaran urine. Kondisi ini disebut poliuria. Ketika kadar glukosa darah melebihi ambang batas glukosa-biasanya sekitar 180 mg/dl-glukosa dieksresikan ke dalam urine, sesuatu kondisi yang disebut glukosuria. Penurunan volume intraselular dan peningkatan haluaran urine menyebabkan dehidrasi. Mulut menjadi kering dan sensor haus diaktifkan, yang menyebabkan orang tersebut minum jumlah air yang banyak (polidipsia).

Karena glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tanpa insulin, produksi energi menurun. Penurunan energi ini menstimulasi rasa lapar dan orang makan lebih banyak (polifagia). Meski asupan makanan meningkat, berat badan orang tersebut turun saat tubuh kehilangan air dan memecah protein dan lemak sebagai

upaya memulihkan sumber energi. Malaise dan keletihan menyertai penurunan energi. Penglihatan yang buram juga umum terjadi, akibat pengaruh osmotic yang menyebabkan pembengkakan lensa mata.

Oleh sebab itu, manifestasi klasik meliputi poliuria, polidipsia, dan polifagia, disertai dengan penurunan berat badan, malaise, dan keletihan. Bergantung pada tingkat kekurangan insulin, manifestasinya bervariasi dari ringan hingga berat. Orang dengan DM tipe 1 membutuhkan sumber insulin eksogen (eksternal) untuk mempertahankan hidup (LeMone, 2016)

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Penyandang DM tipe 2 mengalami awitan manifestasi yang lambat dan sering kali tidak menyadari penyakit sampai mencari perawatan kesehatan untuk beberapa masalah lain. Hiperglikemia pada DM tipe 2 biasanya tidak seberat pada DM tipe 1, tetapi manifestasi yang sama muncul, khususnya poliuria dan polidipsia. Polifagia jarang dijumpai dan penurunan berat badan tidak terjadi. Manifestasi lain juga akibat hiperglikemia : penglihatan buram, keletihan, parestesia, dan infeksi kulit (LeMone, 2016).

d. Diabetes Melitus Gestasional

1) Gejala khas

Terdapat beberapa keluhan yang sangat dikenali sejak jaman dahulu kala dan dianggap keluhan yang khas yaitu:

- a) Banyak buang air kecil/ kencing (poliuria)
- b) Kadar gula darah yang tinggi menyebabkan sering berkemih atau kencing dalam jumlah banyak.
- c) Banyak minum (polidipsia)
- d) Untuk mengimbangi banyak urine/ air kencing yang keluar, pasien akan banyak minum (sering haus)
- e) Banyak makan (poliphagia)
- f) Karena sel kekurangan glukosa, timbul keinginan untuk banyak makan.
- g) Berat badan yang menurun dengan cepat

Karena tidak terdapat cukup insulin untuk mengubah gula menjadi tenaga, tubuh menggunakan simpanan lemak dan protein yang menyebabkan hilangnya berat badan.

2) Gejala tidak khas

Selain keluhan-keluhan yang khas diatas masih banyak keluhan (yang sebenarnya tidak khas) yang dihubungkan dengan penyakit Diabetes Melitus. Misalnya:

Pandangan kabur padahal baru mengganti kacamata (retinopati)

- a) Infeksi jamur disekitar kemaluan menyebabkan gatal terutama pada wanita dan gatal-gatal pada kulit.
- b) Keputihan pada wanita
- c) Cepat mengalami lelah, kurang tenaga dan sering mengantuk
- d) Terjadi penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi sehingga luka sulit sembuh.
- e) Infeksi yang berat dikaki mempunyai resiko amputasi dan cacat
- f) Bayi lahir dengan berat >4kg
- g) Diabetes merusak jaringan saraf dan pembuluh darah pada bagian kemaluan dan kaki (kesemutan dan baal), (Maryuani, 2008).

2.2.6 Komplikasi

Pasien dengan DM berisiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis diantaranya:

a. Komplikasi Akut

- 1) Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi pada NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Militus).
- 2) Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM (Insulin Dependent Diabetes Militus).
- 3) Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol.

b. Komplikasi Kronis

- 1) Mikroangiopati (kerusakan pada saraf-saraf perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil seperti pada:

- 2) Retinopati diabetika (kerusakan saraf retinadimata) sehingga mengakibatkan kebutaan. Neuropati diabetika (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan baal/gangguan sensori pada organ tubuh.
- 3) Nefropati diabetika (kelainan/ kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagal ginjal.
- 4) Makroangiopati
- 5) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arteriokelosis.
- 6) Penyakit vaskuler perifer.
- 7) Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke.
- 8) Gangren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.

Tingginya insiden baik amputasi maupun masalah kaki pada pasien. DM merupakan akibat angiopati, neuropati dan infeksi. Penyandang DM berisiko tinggi mengalami amputasi di ekstremitas bawah, dengan peningkatan risiko pada mereka yang sudah menyandang DM lebih dari 10 tahun, jenis kelamin pria, memiliki control glukosa yang buruk, atau mengalami komplikasi kardio vascular, retina, atau ginjal.

Perubahan vaskuler di ekstermitas bawah pada penyandang DM mengakibatkan arterioklerosis. Arterioklerosis yang diinduksi DM cenderung terjadi pada usia yang lebih muda, kejadiannya hamper sama pada pria dan wanita, biasanya bilateral, dan berkembang dengan cepat,. Pembuluh darah yang sering kali terkena terletak di bawah lutut. Sumbatan terbentuk di arteri besar, sedang, dan kecil tungkai bawah dan kaki. Sumbatan multipel dengan penurunan aliran darah mengakibatkan manifestasi penyakit vaskuler perifer.

Neurologi diabetic pada kaki menimbulkan berbagai masalah. Karena sensasi sentuhan dan persepsi nyeri tidak ada, penyandang DM dapat mengalami beberapa tipe trauma kaki tanpa menyadarinya. Orang tersebut berisiko tinggi mengalami trauma di jaringan kaki tanpa menyadarinya ulkus. Infeksi umumnya terjadi pada jaringan yang mengalami trauma atau ulkus.

Meskipun kemungkinan banyak sumber trauma kaki pada penyandang DM, yang tersering adalah pecah-pecah dan fisura yang disebabkan oleh kulit kering atau infeksi misalnya kaki atlet, lepuh yang disebabkan pemakaian kuku kaki yang tumbuh masuk ke dalam, dan trauma langsung (terpotong, memar, atau luka bakar). Penting untuk mengingat bahwa penyandang neuropati diabetik yang mengalami kehilangan persepsi nyeri mungkin tidak menyadari bahwa telah terjadi cedera. Selain itu, ketika bagian tubuh kehilangan sensasi, seseorang cenderung mengabaikan bagian tersebut, sehingga cedera dapat tidak dirawat selama sehari-hari atau berminggu-minggu. Cedera mungkin bahkan terlupakan sama sekali.

Permulaan lesi kaki biasanya sebagai ulkus kulit superficial. Pada waktunya, ulkus menjadi lebih dalam ke otot dan tulang, yang menyebabkan abses atau osteomilitis. Gangrene dapat terjadi pada satu atau lebih jari kaki; jika tidak diobati, seluruh kaki akhirnya menjadi gangren. (LeMone, 2016)

c. Disfungsi Erektile Diabetika.

Angka kematian dan kesakitan dari diabetika.

- 1) Hiperglikemia atau hipoglikemia
 - 2) Meningkatnya resiko infeksi
 - 3) Komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati.
 - 4) Komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung korone
- (Fatimah, 2015).

d. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan penyakit DM, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien juga yang penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya:

- 1) Pemeriksaan Gula Darah Puasa atau Fasting Blood Sugar (FBS)

Tujuan : Menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa

Pembatasan : Tidak makan selama 12 jam sebelum test biasanya jam 08.00 pagi sampai jam 20.00 minulm boleh.

Prosedur : Darah diambil dari vena dan kirim ke laboratorium.

Hasil : Normal : 80-120 mg/100 ml serum.

Abnormal :140 mg/100 ml atau lebih

2) Pemeriksaan Gula Darah Postprandial

Tujuan : Menentukan gula darah setelah makan.

Pembatasan : Tidak ada

Prosedur : Pasien diberi makan kira-kira 100 gr karbohidrat, dua jam kemudian diambil darah venanya.

Hasil : Normal : kurang dari 120 mg/100 ml serum.

Abnormal : Lebih dari 200 mg/100 ml atau lebih, indikasi DM.

3) Pemeriksaan Toleransi Glukosa Oral/Oral Glukosa Tolerance Test

Tujuan : Menentukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa.

Pembatasan : Pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selama test, minum air putih, tidak meroko, ngopi atau minum the selama pemeriksaan (untuk mengukur respon tubuh terhadap karbohidrat), sedikit aktivitas, kurangi stres (keadaan banyak aktivitas dan stres menstimulasi epinephrine dan kortisol dan berpengaruh terhadap peningkatan gula darah melalui peningkatan glukoneogenesis).

Prosedur : Pasien diberi makan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum test, kemudian puasa selama 12 jam, ambil darah puasa dan urin untuk pemeriksaan.

Berikan 100 gr glukosa ditambah juice lemon melalui mulut, periksa darah dan urine $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3, 4, dan 5 jam setelah pemberian glukosa.

Hasil : Normal puncaknya jam pertama setelah pemberian 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian glukosa.

Abnormal : Peningkatan glukosa pada jam pertama tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positive glukosa.

3) Pemeriksaan Glukosa Urine

Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal yang misalnya karena obat-obatan seperti aspirin, vitamin C dan beberapa antibiotik, adanya kelainan ginjal dan pada lansia dimana ambang ginjal terhadap glukosa terganggu.

4) Pemeriksaan Keton Urine

Badan keton merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. Jumlah keton yang besar

pada urin akan merubah pereaksi pada strip menjadi keunguan. Adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis.

5) Pemeriksaan Kolestrol Dan Kadar Serum Trigliserida

Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigliserida dapat meningkat karena ketidak adekuatan kontrol glikemik.

6) Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Pemeriksaan lain untuk memantau rata-rata kadar glukosa darah adalah *glykosylated hemoglobin* (HbA1c). Tes ini mengukur prosentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin. Pemeriksaan ini menunjukkan kadar glukosa darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai dengan usia eritrosit. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi risiko komplikasi. Hasil HbA1c tidak berubah karena pengaruh kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan HbA1c dilakukan untuk diagnosis dan pada interval tertentu untuk mengevaluasi penatalaksanaan DM, direkomendasikan dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien DM. kadar yang direkomndasikam oleh ADA adalah <7%(ADA,2003 dalam Black &Hawks, 2005; Ignativicius & Workman, 2006), (Taufiq, 2012).

2.2.6 Tata Laksana

a. Diabetes Melitus Tipe 1 dan 2

1) Non Farmakologis

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal (*euglikemia*) tanpa terjadi hipoglikeia dan gangguan series pada pola aktivitas pasien. Ada lama komponen dalam penatalaksanaan DM, yaitu:

a) Managemen diet DM

Kontrol nutrisi, diet dan berat badan merupakan dasar penanganan pasien DM. Tujuan yang paling penting dalam manajemen nutrisi dan diet adalah mengontrol total kebutuhan kalori tubuh, intake yang dibutuhkan, mencapai kadar serum lipid normal.

Komposisi nutrisi pada diet DM adalah kebutuhan kalori, karbohidrat, lemak, protein dan serat.

Untuk menentukan status gizi dipakai rumus *body mass index* (BMI) atau indeks massa tubuh (IMT) yaitu :

Ketentuan :

$$\text{BMI atau IMT} = \frac{\text{BB (Kg)}}{(\text{TB (m)})^2}$$

BB kurang = IMT < 18.5

BB normal = IMT 18.5 – 22.9

BB lebih = IMT > 23

BB dengan resiko = IMT 23 – 24.9

Obes I = IMT 25 – 29.9

Obes II = IMT > 30.0

b) Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori tergantung dari berat badan (kurus, ideal, obesitas), jenis kelamin, usia, aktifitas fisik. Untuk menentukan jumlah kalori di pakai rumus Broca yaitu :

Berat Badan Idaman = (TB (cm) – 100) – 10%

Ketentuan :

Berat Badan Kurang = < 90 % BB idaman

Berat Badan Normal = 90 – 110 % BB idaman

Berat Badan Lebih = 110 – 120 % BB idaman

Gemuk = > 120 % BB idaman

Misalnya untuk pasien kurus kebutuhan kalori sekitar 2300-2500 kalori, berat badan ideal antara 1700-2100 kalori dan gemuk antara 1300-1500 kalori.

(Tarwoto, 2012

c) Penentuan gizi penderita dilaksanakan dengan menghitung persentasi RBW (Relative Body Weight) atau BBR (Berat Badan Relatif) dengan rumus:

$$\text{BBR} = \frac{\text{BB}}{\text{T-B}} \times 100\%$$

BB = Berat Badan (kg)

TB = Tinggi Badan (cm)

Klasifikasi Status Gizi		Berat Badan Relatif (BBR)
(1)	Undernutrition	< 80%
(2)	Kurus (Underweight)	BBR < 90%
(3)	Normal (ideal)	90-100%
(4)	Gemuk (overweight)	>110%
(5)	Obesitas, bila BBR \geq 120%	Obesitas Ringan BBR 120-13%
		Obesitas Sedang BBR 130-140%
		Obesitas Berat BBR > 140%
		Obesitas Morbid > 200%

Penentuan status gizi selain dengan menghitung BBR dapat juga dihitung dengan rumus Indek Massa Tubuh (IMT).

d) Kebutuhan Karbohidrat

Karbohidrat merupakan komponen terbesar dari kebutuhan kalori tubuh, yaitu sekitar 50 % - 60 %.

e) Kebutuhan Protein

Untuk adekuatnya cadangan protein, diperlukan kira-kira 10 % - 20 % dari kebutuhan kalori atau 0.8 g/kg/hari.

f) Kebutuhan Lemak

Kebutuhan lemak kurang dari 30 % dari total kalori, sebaiknya dari lemak nabati dan sedikit dari lemak hewani.

g) Kebutuhan Serat

Serat dibutuhkan sekitar 20 – 35 g perhari dari berbagai bahan makanan atau rata-rata 25 g/hari (Tarwoto, 2012).

h) Latihan beberapa kegunaan latihan teratur setiap hari bagi penderita DM, adalah:

- (1) Meningkatkan kepekaan insulin
- (2) Mencegah kegemukan apabila latihan pagi dan sore

- (3) Memperbaiki aliran perifer dan menambah supply oksigen
- (4) Meningkatkan kadar kolesterol-high density lipoprotein
- (5) Kadar glukosa otot dan hati menjadi berkurang
- (6) Penyuluhan

Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita DM, melalui bermacam-macam cara atau media misalnya: leaflet, poster, TV, kaset, video, diskusi kelompok, dan sebagainya.

2) Farmakologis

- a) Tablet OAD (Oral Antidiabetes)
- b) Mekanisme kerja sulfanilurea
- c) Mekanisme kerja Biguanida

Biguanida tidak mempunyai efek pankreatik, tetapi mempunyai efek lain yang dapat meningkatkan efektivitas insulin, yaitu:

- (1) Biguanida pada tingkat preresseptor → ekstra pankreatik
- (2) Biguanida pada tingkat reseptor: meningkatkan jumlah reseptor insulin
- (3) Biguanida pada tingkat pascareseptor: mempunyai efek intraseluler (Rendi, 2012).

f. Insulin

Beberapa cara pemberian insulin:

- a) Suntikan insulin subkutan

Insulin reguler mencapai puncak kerjanya pada 1-4 jam sesudah suntikan subkutan, kecepatan absorpsi ditempat suntikan tergantung pada beberapa faktor antara lain:

- (1) Lokasi suntikan

Ada 3 tempat yang dipakai yaitu dinding perut, lengan, dan paha. Dalam memindahkan lokasi suntikan janganlah setiap haritetapi lakukan rotasi tempat suntikan setiap 14 hari, agar tidak memberi perubahan kecepatan absorpsi setiap hari.

- (2) Pengaruh latihan pada absorpsi insulin

Latihan akan mempercepat absorpsi apabila dilaksanakan dalam waktu 30 menit setelah suntikan insulin karena itu pergerakan otot yang berarti hendaklah dilaksanakan 30 menit setelah suntikan.

(3) Pemijatan

Pemijatan juga akan mempercepat absorpsi insulin

(4) Suhu

Suhu kulit tempat suntikan akan mempercepat absorpsi insulin

(5) Dalamnya suntikan

Makin dalam suntikan makin cepat puncak kerja insulin dicapai. Ini berarti suntikan intramuskular akan lebih cepat efeknya daripada subcutan.

(6) Konsentrasi insulin

Apabila konsentrasi insulin berkisar 40-100 U/ml, tidak terdapat perbedaan absorpsi. Tetapi apabila terdapat penurunan dari u -100 ke u -10 maka efek insulin dipercepat.

(7) Suntikan intramuskular dan intravena

Suntikan intramuskular dapat digunakan pada koma diabetik, atau pada kasus-kasus dengan degradasi tempat suntikan subcutan. Sedangkan suntikan intravena dosis rendah digunakan untuk terapi koma diabetik.

b. Diabetes Melitus Gestasional

Tata laksana farmakologis dan non-farmakologis antara lain:

1) Pemantauan Glukosa Darah

2) Pemantauan Kadar Glukosa Sendiri (PKGS)

Pemantauan ini ditujukan pada penderita diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2 yang diharuskan menggunakan insulin, termasuk diabetes melitus gestasional, penderita yang menggunakan insulin pump, dan penderita yang mengalami fluktuasi gula darah yang tinggi. Metode-metode alat pemantauan glukosa darah sendiri:

a) Metode enzimatis (strip test)

b) Metode oksidasi glukosa (di laboratorium)

3) Pemeriksaan urin

Pemeriksaan ini dapat dilakukan 3 kali seminggu selama kehamilan dan dilakukan saat bangun pagi. Jika kadar gula darah ibu lebih dari 200 mg/dl, pemeriksaan seharusnya dilakukan setiap hari.

4) Penatalaksanaan Insulin

Klasifikasi insulin yang ada saat ini:

- a) Lispro kerja cepat (humalog)
- b) Reguler kerja pendek/cepat (humulin R)
- c) Netral Protamine Hagedom kerja sedang (NPH, Humulin L) atau Ultralente kerja lambat.

Terdapat 2 macam insulin yang sering digunakan selama kehamilan, yaitu:

- (1) Insulin kerja cepat (Actrapid) yang bertahan dari ½ jam sampai 6 jam.
- (2) Insulin kerja sedang (Montard) yang bertahan dari 2 jaam sampai 12 jam dan diberikan 2 kali sehari (pagi dan sore hari)

5) Penatalaksanaan Diet

Kenaikan berat badan ibu pada trimester pertama diusahakan 1-2.5 kg dan selanjutnya sekitar 0.5 kg perminggu. Penyuluhan gizi merupakan landasan utama dalam penatalaksanaan (Maryuani, 2008).

6) Prognosis

7) Diabetes Tipe 1

1) Banyak orang dengan diabetes tipe 1 memiliki kesehatan yang baik tetapi ada peningkatan risiko gangguan penglihatan berat, penyakit ginjal stadium akhir, penyakit jantung ,dan dalam berapa kasus, kematian dini.

2) Mengontrol gula darah, lipid, tekanan darah, dan berat badan merupakan faktor prognosis penting.

8) Diabetes Tipe 2

9) 75% dari orang-orang dengan diabetes tipe 2 akan meninggal karena penyakit jantung dan 15% karena stroke.

10) Tingkat kematian akibat penyakit kardiovaskular hingga lima kali lebih tinggi pada orang dengan diabetes dibandingkan orang tanpa diabetes.

11) Untuk setiap kenaikan 1% pada tingkat HbA1c, risiko kematian dari yang berhubungan dengan diabetes penyebab kenaikan sebesar 21% (Willacy, 2016).

12) Diabetes Melitus Gestasional

- 1) Pelayanan sosial yang baik
- 2) Pendidikan kesehatan ibu yang baik
- 3) Dedikasi dan antusiasme tim kesehatan (bidan, perawat, dokter, ahli gizi) dan kemauan memberikan waktunya penting artinya bagi ibu dan keluarga dengan tujuan untuk mengontrol diabetes.
- 4) Hubungan interpersonal yang baik antara ibu/pasien dan tim kesehatan mempunyai dampak yang positif terhadap penyakit dan pola hidup pasien, kesejahteraan dan kualitas hidup pasien.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktek keperawatan keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Asuhan Keperawatan Keluarga adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut:

2.3.2 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga.

Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan keluarga dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan.

Cara pengumpulan data tentang keluarga dapat dilakukan antara lain dengan:

- 13) Wawancara

Wawancara yaitu menanyakan atau Tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi keluarga dan merupakan suatu komunikasi/ wawancara disini adalah :

- 1) Mendapatkan informasi yang diperlukan.
- 2) Meningkatkan hubungan perawat-keluarga dalam komunikasi.
- 3) Membantu keluarga untuk memperoleh informasi yang diutuhkan.
- 4) Wawancara dengan keluarga dikaitkan dalam hubungannya dengan kejadian-kejadian pada waktu lalu dan sekarang, (Setiadi, 2008).

14) Pengamatan

Pengamatan dilakukan yang berkaitan dengan hal-hal yang tidak perlu di tanyakan (ventilasi, penerangan, kebersihan), (Setiadi, 2008).

15) Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi yang bisa dijadikan acuan oleh perawat antara lain adalah KMS, kartu keluarga dan catatan kesehatan lainnya misalnya informasi-informasi tertulis maupun lisan dari rujukan dari berbagai lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota lembaga yang menangani keluarga dan dari anggota tim kesehatan lainnya, (Setiadi, 2008).

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan hanya pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.

- 1) Sistem kardiovaskuler
- 2) Hipotensi atau hipertensi
- 3) Takikardia, palpitasi
- 4) Muskuloskeletal
 - a) Kelemahan otot
 - b) Nyeri tulang
 - c) Kelainan bentuk tulang
 - d) Adanya kesemutan, paresthesia dan kram ekstermitas.
 - e) Osteomilitis.
- 5) Sistem persarafan
 - a) Menurunnya kesadaran.

- b) Kehilangan memori, iritabilitas.
- c) Paresthesi pada jari-jari tangan dan kaki.
- d) Neuropati pada ekstermitas
- e) Penurunan sensasi dengan pemeriksaan monofilament
- f) Penurunan reflex tendon dalam.
- 6) Sistem pernapasan
 - a) Napas bau keton
 - b) Perubahan pola napas.
- 7) Pemeriksaan integument
 - a) Kulit kering dan kasar
 - b) Gatal-gatal pada kulit dan sekitar alat kelamin.
 - c) Luka gangrene

Tabel 2.2 gambaran ulkus diabetik

No	Ulkus Diabetik	Keterangan Ulkus Diabetik
1	Faktor Prediposis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes dengan neuropati perifer. 2. Diabetes dengan pengontrolan diet buruk. 3. Diabetes yang tidak terkontrol. 4. Pengobatan tidak teratur. 5. Perawatan kaki buruk 6. Pemilihan sepatu tidak tepat. 7. Merokok
2	Lokasi anatomis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada bagian plantar kaki (permukaan telapak kaki) 2. Pada tumit 3. Area-area kaki yang terkena trauma berulang-ulang (jari kaki dan sisi kaki)
3	Dasar luka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merah yang khas (jika tidak terjadi iskemia)
4	Eksudat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah sedang sampai banyak
5	Tepi-tepi luka	<ol style="list-style-type: none"> 2. Batasan-batasannya tegas: 3. Seringkali berkaitan dengan pembentukan kalus
6	Lain-lain	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infeksi biasanya terjadi tetapi tanda dan gejalanya tidak tampak 2. Bisa mengalami iskemia maupun tidak
7	Karakteristik kaki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tepi-tepi luka datar/ rata 2. Dasar luka dalam 3. Selulitis atau osteomielitis
8	Pengkajian Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi pada kaki terbatas atau tidak ada (baal)

		2. Deformitas kaki
		3. Nadi Teraba
		4. Kaki hangat
9	Nyeri	1. Tidak dirasakan
10	Komponen penting pada tindakan	1. Offload kaki

(Anik, 2015)

Adapun manifestasi kelainan kaki diabetes juga dapat dijelaskan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.3 Manifestasi kelainan kaki diabetes

Derajat	Gambar	Uraian
1 (Satu)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Tidak terdapat kelainan
2 (Dua)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaki resiko tinggi 2. Deformitas 3. Kelainan kuku 4. Kuku kering 5. Otot hipotrof
3 (Tiga)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaki ulkus 2. Ulkus pada plantar 3. Neuropati 4. Kalus 5. Ulkus dasarnya otot
4 (Empat)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaki infeksi 2. Edema 3. Kulit merah 4. Infeksi 5. Osteomilitis 6. Gejala sistemik

5 (Lima)



1. Kaki nekrosis / gangrene melibatkan kulit subkutis.

6 (Enam)



1. Kaki yang tidak dapat diselamatkan
2. Nekrosis luas, harus amputasi.

(Anik, 2015)

Pada awal pengkajian perawat harus membina hubungan yang baik dengan keluarga dengan cara :

- (1) Diawali perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
- (2) Menjelaskan tujuan kunjungan.
- (3) Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada dikeluarga.
- (4) Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan.
- (5) Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat, (Setiadi, 2008).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan actual potensial, atau resiko sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat.

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi,

sdan simptom) dimana untuk problem menggunakan rumusan dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah. Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit / gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (*wellness*). Penulisan diagnosa keperawatan keluarga :

a. Diagnosa keperawatan aktual, contoh :

gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan pada anak balita T keluarga bapak N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan kekurangan nutrisi. Ketidakmampuan keluarga merawat dapat pula mencerminkan tiga etiologi atau lebih dari masalah yang sama, namun pada saat merumuskan tujuan dari intervensi harus melibatkan ketiga kali atau lebih etiologi tersebut.

b. Diagnosa keperawatan resiko (ancaman)

Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat dan lain-lain. Contohnya :

- 1) resiko gangguan perkembangan pada balita (anak P) keluarga bapak N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga melakukan stimulasi terhadap balita.
- 2) Resiko terjadi konflik pada keluarga bapak N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah komunikasi.

c. Diagnosa keperawatan promosi kesehatan (potensial)

Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera merupakan suatu keadaan dimana keluarga didalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat di tingkatkan. Rumusan diagnosanya boleh tidak menggunakan etiologi. Contoh :

- 1) potensial peningkatan status kesehatan bayi (anak K) keluarga bapak K.
- 2) Potensial peningkatan status kesehatan pada pasangan baru menikah keluarga bapak A.

Diagnosa keperawatan keluarga pada penderita diabetes militus yang mungkin muncul antara lain:

- a) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan Diabetes Militus.
- b) Risiko efektifnya regimen terapiutik berhubungan ketidak mampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit Diabetes Militus
- c) Kurangnya pengetahuan terhadap perawatan luka dan pengobatan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Kerusakan Integritas Kulit adalah perubahan epidermis dan dermis.

Batasan Karakteristik:

- (1) Kerusakan pada lapisan kulit
- (2) Kerusakan pada permukaan kulit
- (3) Invasi struktur tubuh

(Wilkinson, 2016)

Berikut disajikan rumusan masalah keperawatan terkait dengan kondisi kesehatan keluarga berdasarkan NANDA dalam friedman (1989) dalam (Padila, 2012).

Tabel 2.4 Rumusan Diagnosa Keperawatan Keluarga

Aspek	Rumusan diagnosa
Kesehatan lingkungan keluarga	Kerusakan pemeliharaan rumah
Pola dan proses komunikasi keluarga	Kerusakan komunikasi verbal
Struktur kekuatan (power) keluarga	Konflik menyangkut keputusan
Struktur peran (role) keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berduka yang diantisipasi 2. Berduka disfungsional 3. Isolasi sosial 4. Perubahan dalam parenting 5. Perubahan kinerja peran 6. Gangguan citra tubuh
Nilai-nilai keluarga	Konflik lain
Fungsi afektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ggangguan proses keluarga 2. Gangguan menjadi orangtua 3. Berkabung yang disfungsional 4. Koping keluarga tidak efektif 5. Resiko terjadi kekerasan

Fungsi sosialisasi	1. Perubahan proses keluarga 2. Kurang pengetahuan 3. Kurang peran orangtua 4. Perilaku mencari pertolongan kesehatan
Fungsi perawatan kesehatan	1. Perubahan pemeliharaan kesehatan 2. Perilaku mencari kesehatan
Proses dan strategi koping keluarga	1. Koping keluarga tidak efektif 2. Resiko kekerasan

Setelah seluruh diagnosa keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan berikut (Padila, 2012) :

Tabel 2.5 : Skala Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	
b. Ancaman kesehatan	2	1
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah		
a. Mudah	2	
b. Sebagian	1	2
c. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk dicegah	3	
a. Tinggi	2	
b. Cukup	1	1
c. Rendah	1	

Cara melakukan skoringnya adalah :

- (1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- (2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- (3) Jumlah skor untuk semua kriteria

Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

Dalam menentukan prioritas, banyak faktor yang mempengaruhi untuk kriteria yang pertama yaitu sifat masalah, skor yang lebih besar (3) diberikan pada tidak/kurang sehat karna kondisi ini biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga, ancaman kesehatan skor dua dan keadaan sejahtera skor satu.

Untuk kriteria kedua yaitu kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan faktor-faktor berikut :

- (1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah
- (2) Sumber daya keluarga baik dalam bentuk fisik, keuangan maupun tenaga
- (3) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan dan waktu
- (4) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi masyarakat dan dukungan masyarakat.

Untuk kriteria ketiga yaitu potensi masalah dapat dicegah, perawat perlu memperhatikan faktor-faktor berikut :

- (1) Kepemilikan masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
- (2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada
- (3) Tindakan yang sedang dijalankan, yaitu tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
- (4) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah masalah

Untuk kriteria keempat yaitu menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut (Padila, 2012).

2.3.4 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Tujuan di rumuskan secara spesifik, dapat diukur (*marusable*), dapat dicapai (*achiavable*), rasional dan *timetable* (SMART). Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan. Wright dan Leahey dalam Friedman (1998) membagi intervensi keperawatan keluarga menjadi dua tingkatan intervensi, yaitu intervensi permulaan dan intervensi lanjut. Intervensi permulaan meliputi intervensi yang bersifat suportif edukatif dan langsung ke arah sasaran, sedangkan pada tingkat lanjut, meliputi sejumlah intervensi terapi keluarga yang lebih bersifat psikososial dan tidak langsung (Padila, 2012).

2.3.5 Melakukan Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan (Setiadi, 2008).

BAB 3

METODE PENULISAN

3.1 Desain Penulisan

Desain penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif laporan kasus. Metode kualitatif adalah salah satu metode untuk mendapatkan kebenaran dan tergolong sebagai penelitian ilmiah yang dibangun atas dasar teori-teori yang berkembang dari penelitian dan terkontrol atas dasar empirik. Jadi dalam penelitian kualitatif ini bukan hanya menyajikan data apa adanya melainkan juga berusaha menginterpretasikan korelasi sebagai faktor yang ada yang berlaku meliputi sudut pandang atau proses yang sedang berlangsung.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan diabetes mellitus pada salah satu anggota keluarga Ny. R dan Tn. K yang mengalami masalah keperawatan kerusakan integritas kulit

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai anggota keluarga, pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan yang berpedoman pada standar keperawatan.

3.2.2 Diabetes mellitus adalah penyakit jangka panjang atau kronis yang ditandai dengan kadar gula darah yang tinggi yang disebabkan oleh gangguan pada sekresi insulin atau gangguan kerja insulin atau keduanya.

3.2.3 Kerusakan Integritas Kulit adalah perubahan atau gangguan epidermis atau dermis yang dialami oleh individu.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah 2 pasien diabetes mellitus yang memiliki masalah keperawatan kerusakan integritas kulit dengan batasan karakteristik kerusakan pada epidermis atau dermis, dengan tipe keluarga inti

(nuclear family) atau keluarga besar (extendedfamily) setuju dan menandatangani *informed consent* setelah diberikan penjelasan tentang manfaat penelitian.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tepatnya di kepojarjo dan tukum.

3.4.2 Waktu

Total waktu yang digunakan 3 kali kunjungan selama 2 minggu.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yaitu mengumpulkan data di lokasi penelitian dengan melakukan observasi, wawancara, dan dokumentasi dengan menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang tepat dan untuk menentukan fokus serta pendalaman data pada proses pengumpulan data berikutnya.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.5.1 Observasi

Pengumpulan data dengan observasi langsung atau dengan pengamatan langsung adalah cara pengambilan data dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standar lain untuk keperluan tersebut.

Hal-hal yang di observasi diantaranya :

- 1) Kondisi luka
- 2) Kedalam luka
- 3) Luas luka
- 4) Warna Luka dan bau
- 5) Tanda-tanda infeksi

3.5.2. Wawancara (interview)

Proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara sipenanya atau pewawancara dengan yang ditanya atau responden dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview*

guide (panduan wawancara). Walaupun wawancara merupakan proses percakapan yang berbentuk tanya jawab dengan tatap muka, wawancara merupakan proses pengumpulan data untuk suatu penelitian. Menurut Moh. Nazir (2014:170-171) Beberapa hal dapat membedakan wawancara dengan percakapan sehari-hari, antara lain:

- a. Pewawancara dan responden biasanya belum saling mengenal sebelumnya.
 - b. Responden selalu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh pewawancara.
 - c. Pewawancara selalu mengajukan pertanyaan.
 - d. Pewawancara tidak menjuruskan pertanyaan kepada suatu jawaban, tetapi harus selalu bersifat netral
 - e. Pertanyaan yang ditanyakan mengikuti panduan yang telah dibuat sebelumnya.
- Wawancara focus yang di lakukan pada keluarga yang mengalami masalah diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit antara lain yaitu, pengetahuan keluarga terkait diabetes mellitus, berapa lama keluarga mengalami masalah kesehatan diabetes mellitus, dan apa saja keluhan yang dirasakan, serta bagaimana keluarga menangani hal tersebut selama ini.

3.6 Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan untuk terjaminnya keakuratan data, Data yang salah akan menghasilkan penarikan kesimpulan yang salah, demikian pula sebaliknya, data yang valid akan menghasilkan kesimpulan hasil penelitian yang benar, untuk menentukan keabsahan data yakni dengan cara:

- 2.6.1 Membandingkan hasil wawancara dan pengamatan dengan data hasil wawancara.
- 2.6.2 Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.
- 2.6.3 Membandingkan apa yang dikatakan orang secara umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.

3.7 Analisis Data

analisa data adalah tahap yang paling penting dan menentukan dalam suatu penelitian. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisa dengan tujuan menyederhanakan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. Selain itu data diterjukkan dan dimanfaatkan agar dapat dipakai untuk menjawab masalah yang diajukan dalam penelitian.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent atau lembar persetujuan merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

3.8.2 Tanpa Nama

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3 Kerahasiaan

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti (Hidayat, 2009).

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis pada klien keluarga dengan diabetes mellitus yaitu ditemukan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit pada kedua anggota keluarga. Dari diagnose keperawatan kerusakan integritas kulit sendiri memiliki beberapa batasan karakteristik. Menurut NANDA tahun (2015), diantaranya benda asing menusuk permukaan kulit dan kerusakan integritas kulit dan menurut Wilkinson (2011) menyebutkan batasan karakteristik kerusakan integritas kulit diantaranya yaitu Kerusakan pada lapisan kulit (dermis), Kerusakan pada permukaan kulit (epidermis) dan invasi struktur tubuh.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus memiliki masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Hal ini bisa terjadi karena beberapa faktor yang dapat mempengaruhi seperti gangguan sirkulasi, terjadi infeksi dll.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada klien diabetes dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit memiliki 16 intervensi keperawatan berdasarkan Tarwoto (2012), yaitu terkait dengan cara meningkatkan integritas kulit dan mencegah infeksi.

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit, sudah mengacu pada intervensi dan sudah dilakukan secara bertahap kepada klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada evaluasi hasil pelaksanaan tindakan keperawatan didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan di perencanaan. Pada saat ini kedua klien sudah ada kemajuan, selain menambah pengetahuan keluarga, keluarga juga dapat melakukan perawatan secara baik di rumah, hal ini juga di buktikan pada klien ke 2 yang memang dari awal tampak sangat tidak mampu dalam melakukan perawatan secara baik yang di buktikan dengan cara keluarga membalut luka dengan kain bekas, serta luka kotor dan sangat bau. Namun setelah di ajarkan cara perawatan yang benar saat ini luka semakin membaik dan sudah tidak berbau.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Bagi Perawat

- a. Perawat harus berperan aktif dalam melakukan implementasi tindakan keperawatan terhadap pasien Diabetes Mellitus khususnya mengajarkan cara perawatan di rumah, karena hal ini sangat di butuhkan oleh keluarga di karenakan penyakit Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang menahun.
- b. Perawat perlu untuk memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tentang modifikasi gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi.

5.2.2 Saran bagi keluarga

Keluarga memiliki peran aktif dalam perawatan klien dirumah, untuk menghindari komplikasi terutama klien yang mengalami kerusakan integritas kulit, harus setiap hari di lakukan perawatan yan baik dan benar, serta melakukan modifikasi gaya hidup yang tidak sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. R., & Subakti, Y. (2013). *Kupas Tuntas Seputar Kehamilan*. Jakarta: PT AgroMedia Pustaka.
- Anik, M. (2015). *Perawatan Luka Modern Terkini Dan Terlengkap*. Jakarta : In Media.
- Christensen, P. (2009). *Aplikasi Modal Konseptual. Ed. 4*. Jakarta: EGC.
- Diana trilestari, B. D. (2015). Aplikasi Model Konservasi Asuhan Keperawatan Diabetes Militus. *Cendekia Utama Jurnal Keperawan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus* , 48.
- Ekaputra, E. (2013). *Evolusi Manajemen Luka*. Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Hans, T. (2015). *Diabetes Bisa Sembuh*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Fatimah, R. N. (2015, Februari 1). Diabetes Militus Tipe 2 . *Definisi, diabetes Melitus tipe 2, faktor resiko, penatalaksanaan* , p. 94.
- Handayani, L. (2016). Studi Meta Analisis Perawatan Luka Kaki Diabetes Dengan Modern Dressing. *The Indonesia Jurnal Of Healthscience Vol 6, No.2, Juni 2016* , 149.
- Herdman, T. (2016). *Nanda International*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Honesty, P., Fitra, Y., & Tutwuri, H. (2013). Hubungan Peran Keluarga Dengan Pengendalian Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Padang. *Ners Jurnal Keperawatan Volume 9, No 2, Oktober 2013 : 133-139* , 234.

LeMone, P. M. (2016). *Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta: EGC.

Lailatul, N. (2017). Hubungan Durasi Penyakit Dan Kadar Gula Darah Dengan Keluhan Subyektif Penderita Diabetes Mellitus. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 5 Nomor 2, Mei 2017* , 231-239.

108

Lukman, W. M. (2015). *Kencing Manis (Diabetes Mellitus) di Sulawesi Selatan*. Jakarta : Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Maryuani, A. (2008). *Buku Saku Diabetes pada Kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Mubarak, W. (2011). *Ilmu Pengantar Komunitas Dan Teori Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.

Ni, P. M., & Santi, D. (2015). Pengaruh P pengetahuan endidikan Kesehatan terhadap tingkat pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dalam Pencegahan Ulku Kaki Diabetes Di Poliklinik RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Vol. II Nomor 1 Maret 2015 - Jurnal Keperawatan Respati* , 3.

Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Jakatar: Nuha Medika.

Rudi, B., & Donelly, R. (2015). *Buku Pegangan Diabetes Edisi Ke 4*. Jakarta: Bumi Medika.

Rumahorbo, H. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta : EGC.

Rendi, C. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Setiadi. (2008). *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Tarwoto. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Taufiq, I. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Endokrin*. Jakarta: CV. trans info Media.

Ujjiana, N. (2016). *Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II*. Surabaya: Unusa.

Wesnawa, M. A. (2014). Debridement Sebagai Tatalaksana Ulkus Kaki Diabetik. *E-jurnal Medika Udayana* , 1-2.

Wilkinson, J. (2016). *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Willacy, D. H. (2016 , 05 19). *Diabetes Mellitus*. Retrieved Oktober Sabtu, 2016, from Patient Trusted Medical Information and Support : <http://patient.info/doctor/diabetes-mellitus-pronav-9>

Wulan, M., & Chatarina, U. W. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Pademawu. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 5 Nomor 2, Mei 2017, hlm 240-52* , 245.

Yanes P. Taluta, M. R. (2014). Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Penderita Diabetes Militus Di Poliklinik Penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Tobelo Kabupaten Halmahera Ut

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																
	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN – JUL
Informasi Penelitian	■																
Konfirmasi Penelitian	■																
Konfirmasi Judul		■															
Penyusunan Proposal Studi Kasus		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Sidang Proposal												■					
Revisi												■					
Pengumpulan Data												■	■	■	■		
Analisa Data													■	■	■		
Konsul Penyusunan Data														■	■		
Ujian Sidang																■	
Revisi																■	
Pengumpulan Studi Kasus																	■

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENILAIAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian

Nama Institusi : Akademi Kebidanan Fekih Lumajang

Rumit Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bersedia dengan di bawah ini :

Nama : Yusrianti
Umur : 61
Lainkelamin : Perempuan
Alamat : Jepoharjo
Pekerjaan : IBN

Selaku menandatangani pernyataan secara sadar saya menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

"Amat: Kepuasan Dirian Medika Penderita Salah Satu Anggota Tubuh Ny. Dan L. K Yang Mengalami Masalah Kesejahteraan, Gerson, Integritas, Kullu Di Puskesmas Rejowangi Tahun 2018"

Dengan sukarela saya setuju keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan harapan bila suatu waktu metode diterapkan dalam bentuk apapun, tidak menimbulkan penelitian ini.

Merespon

Peserta yang diteliti


YUSRILIANA ANTINLAILI

Peneliti

Yusrianti

Peserta Penelitian


Yusrianti

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Responden : Akmalia Keparawati Pankel Luninggi

Surat Persetujuan Peserta Penelitian :

Yang beranda di bawah ini :

Nama : Akmalia
 Umur : 19 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Tegayut
 Pekerjaan : Sebelas

Setelah mendapatkan keterangan secara nyata serta menyadari manfaat dan risiko yang dimungkinkan dari bentuk ini yang, setelah

"Analisis Keperawatan Diabetes Mellitus Pada Substansi Asupan Keluarga Masyarakat di Desa K. Yang Mengalami Masalah Keperawatan Keasidosis Metabolas K. di Puskesmas Raporan Tahun 2018"

Dengan ini, saya menyatakan keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan sukarela bila saya bersedia untuk ditugaskan dalam bentuk apapun, tidak membatalkan partisipasinya.

Mengikuti

Paranagang Jawab Penelitian

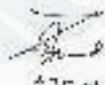


(EPISKOLANA AYUNIA A.)

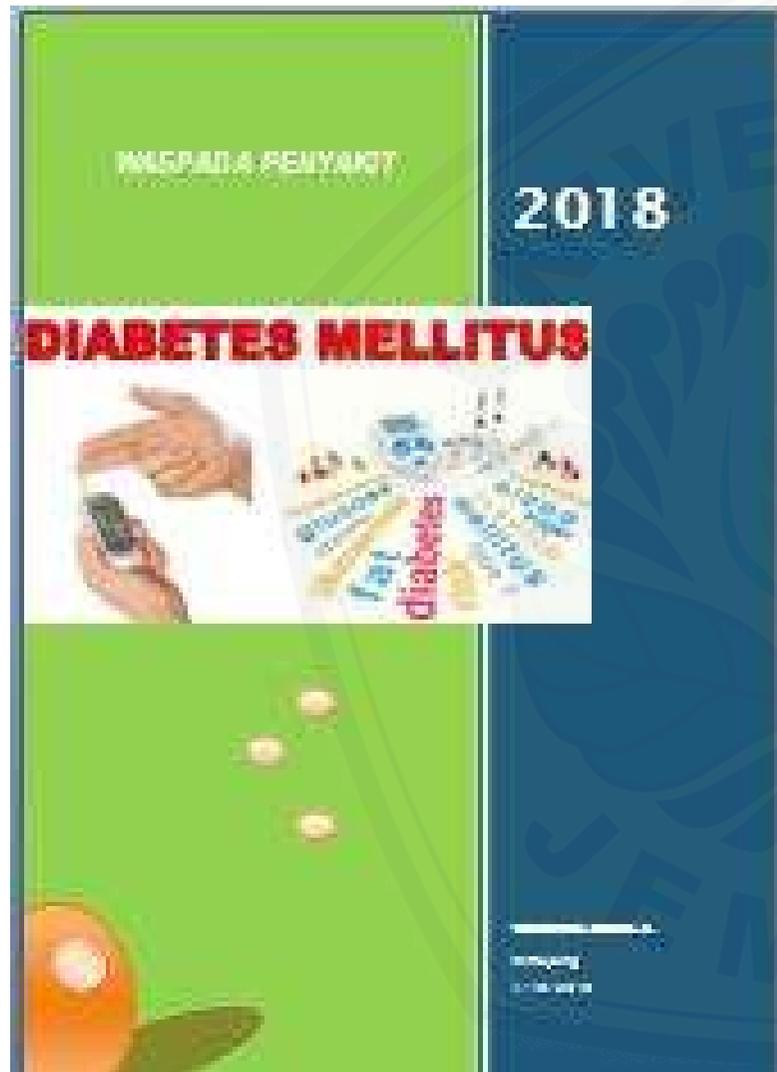
Menandatangani

Yang Menyetujui

Peserta Penelitian



Akmalia

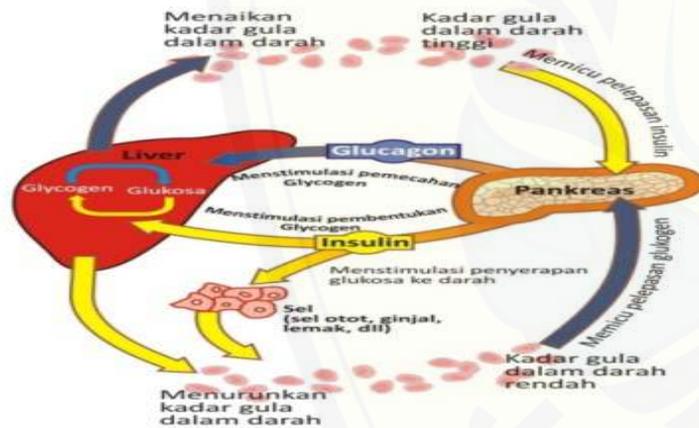


Daftar Isi

1) Pengertian Diabetes Militus.....	1
2) Beragam Tipe Diabetes Militus.....	2
3) Kriteria Diagnosis DM.....	4
4) Komplikasi.....	5
5) Pemeriksaan Penunjang.....	7
6) Tata Laksana.....	8
7) Senam Kaki DM.....	17
8) Pencegahan Luka.....	25
9) Perawatan Kaki DM D dirumah.....	26
10) Profil Penyusun.....	30

1. Pengertian Diabetes Militus

Diabetes militus merupakan salah satu penyakit yang disebabkan gangguan sekresi hormon insulin. Diabetes militus merupakan penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol supaya glukosa darah tetap dalam rentang normal (Black, Hawk, Kenee, 2009) dalam (Diana trilestari, 2015).



Gambar: Gangguan sekresi hormon insulin.

2. Beragam Tipe Diabetes Militus

1. Diabetes Tipe 1

Pada individu yang secara genetic rentan terhadap diabetes tipe 1, kejadian pemicu, yakni kemungkinan infeksi virus, akan menimbulkan produksi auto antibody terhadap sel-sel beta pancreas.

2. Diabetes Tipe 2

Faktor genetic merupakan hal yang signifikan, dan awitan diabetes dipercepat oleh obesitas serta gaya hidup sedentary (sering duduk). Sekali lagi, stres tambahan dapat menjadi factor penting.

3. Diabetes Gestasional

DM Gestasional adalah satu-satunya tipe diabetes militus yang hanya menyerang wanita khususnya wanita hamil. (LeMone, M.Burke, & Bauldoff, 2016)

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada pasien Diabetes Mellitus. Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti di bawah ini:

- a) Keluhan Klasik seperti: poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.
- b) Keluhan lain, seperti: lemah, ksemutan, gatal, mata kabut, disfungsi ereksi pada pria serta pruritus vulva pada wanita.

glukosa oral (TTGO) \geq 200 mg/dl (11,1 mmola. TTGO) dilakukan dengan standart WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 g glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.

(Darlina, 2009)

4. Komplikasi



3. Kriteria Diagnosis DM

1. Gejala klasik DM + glukosa plasma sewaktu \geq 200 mg/dl (11,1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil yang dilihat pada suatu hari tanpa memperhatikan wktu makan terakhir.
2. Gejala klasik DM + glukosa plasma puasa \geq 126 mg/dl (7,0 mmol). Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam.
3. Kadar glukosa plasma 2 jam tes toleransi glukosa oral (TTGO) \geq 2 jam tes toleransi

- 1) Koma hiperglikemia disebabkan kadar gulasangat tinggi biasanya terjadi pada NIDDM
- 2) Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM.
- 3) Mikroangiopati (kerusakan pada saraf-saraf perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil, seperti :
 - a) Retinopati diabetika (kerusakan saraf retinadimata)
 - b) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arterikelosis.
 - c) Gangren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.



Gambar: Luka neuropati/ luka diabetik
(Maryunani, 2015)

5. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Gula Darah
2. Pemeriksaan glukosa urine
3. Pemeriksaan keton urine
4. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkat karena ketidak adekuatan kontrol glikemik.
5. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

6. Tatalaksana

Penatalaksanaan DM dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita DM. Periode penatalaksanaan DM yaitu:

- a) Jangka pendek, pada masa ini penatalaksanaan bertujuan untuk menghilangkan keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.
- b) Jangka panjang bertujuan untuk mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

Tujuan akhir adalah menurunkan morbiditas dan mortalitas DM.

Tujuan tersebut dapat tercapai dengan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan lipid profile, melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku (Darlina, 2009).

Pilar penatalaksanaan DM ada 4 yaitu:

- 1) Edukasi, edukasi diabetes adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien diabetes yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal, penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup lebih baik. Edukasi merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan pasien diabetes.
- 2) Terapi gizi medis, keberhasilan terapi gizi medis (TGM) dapat dicapai dengan melibatkan seluruh tim (dokter, ahli gizi, perawat, serta pasien itu sendiri). Setiap pasien DM harus mendapatkan TGM sesuai dengan kebutuhannya untuk mencapai sasaran terapi. Pasien DM perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan, terutama pasien yang menggunakan obat penurunan glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi seimbang baik karbohidrat, protein dan lemak sesuai dengan kecukupan gizi:
 - Karbohidrat:60-70%
 - Protein: 10-15%
 - Lemak: 20-25%Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mempertahankan berat badan idaman.
- 3) Latihan jasmani, kegiatan jasmani sehari-hari dan atihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan hal penting yang harus dilakukan untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan, memperbaiki sensitifitas insulin sehingga dapat mengendalikan kadar glukosa darah. Latihan yang dianjurkan adalah latihan yang bersifat aerobic seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging dan berenang. Latihan sebaiknya dilakukan sesuai umur dan status kesegaran jasmani. Pada individu yang relave sehat, intensitas latihan dapat ditingkatkan, sedangkan yang sudah mengalami komplikasi DM latihan dapat dikurangi.

4) Intervensifarmakologis, intervensi farmakologis ditambahkan jika sasaran glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani.

Pengelolaan diabetes secara farmakologis dapat berupa pemberian :

1) Obat hipoglikemik oral (OHO),berdasarkan cara kerjanya OHO dibagi atas 4 golongan yaitu:

- a) Pemicu sekresi insulin: sulfonylurea dan glinid,
- b) Penambah sensitivitas terhadap insulin: biguanid, tiazolidindion
- c) Penghambat glukoneogenesis:Metformin

2) Insulin, pemberian insulin lebih dini akan menunjukkan hasil klinis yang lbih baik, terutama masalah glukotosisitas. Hal ini menunjukkan hasil perbaikan fungsi sel beta pancreas. Terapi insulin dapat mencegah kerusakan endetol, menekan proses inflamasi, mengurangi kejadian apoptosis serta memperbaiki profil lipid.

Insulin diperlukan pada keadaan:

- a) Penurunan berat badan yang cepat.
- b) Hiperglikemia berat yang disertai ketosis.
- c) Ketoasidosis diabetic.

d) Hiperglikemia dengan asidosis laktat

e) Gagal dengan kombinasi OHO dosis hamir maksimal.

f) Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, stroke, infark miokardial.

g) Kehamilan dengan diabetes gestasional yang tidak terkendali dengan perencanaan makan.

h) Gangguan fungsi ginjal dan hati yang berat.

i) Kontraindikasi dan atau alergi

Dosis pemberian insulin tergantung pada kadar gula darah,yaitu:

Gula darah	
<60 mg %	= 0 unit
<200 mg %	= 5-8 unit
200 - 250 mg%	= 10 -12 unit
250 – 300 mg%	=15 -16
300 – 350 mg%	= 20 unit
>350 mg %	= 20 – 24 unit

(Darlina, 2009)

5. Dasar pengobatan DM yang dinamakan Pentalogi

Terapi DM

1. Diet Diabetes

2. Latihan Fisik
3. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
4. Obat Hipoglikemi (OAD dan Insulin)
5. Cangkok Pankreas

Gemuk : BB x 20 kalori

Obesitas : BB x 10 -15 kalori

Diet DM diberikan dengan interval waktu 3 jam

Pukul 06.30 = makan pagi

Pukul 09.30 = snack atau buah

Pukul 12.30 = makan siang

Pukul 15.30 = snack atau buah

Pukul 18.30 = makan malam

Pukul 21,30 = snack atau buah

Penentuan Jumlah Kalori Diet DM

Penentuan gizi penderita ditentukan berdasarkan persentase Berat Badan Relatif (BBR)

$$BBR = \frac{BB}{TB-100} \times 100\% \quad (BB: Kg, TB: cm)$$

Kriteria

Kurus (underweight) : BBR < 90%

Normal (ideal) : BBR 90-110%

Gemuk (overweight) : BBR > 110%

Obesitas : BBR > 120%

100 gr nasi mengandung 175 kal terdiri dari 4 gr protein dan 40 gr karbohidrat. Dibawah ini daftar makanan yang dapat di gunakan sebagai pengganti nasi.

Pedoman jumlah kalori yang digunakan

Kurus : BB x 40-60 kalori

Normal : BB x 30 kalori

100 gram Nasi	200 gram nasi tim	1 gelas
	100 gram nasi jagung	$\frac{1}{4}$ gelas
	200 gram kentang	4 biji sedang
	200 gram tales	$\frac{1}{2}$ biji sedang
	80 gram roti putih	4 iris

Tempe dan Penggantinya

50 gram tempe mengandung 80 kalori, yang terdiri dari 6 gram protein, 3 gram lemak, dan 8 gram karbohidrat.

7. Senam Kaki Diabetes Melitus

Senam kaki diabetes militus adalah kegiatan atau latihan yang di lakukan oleh pasien yang menderita diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu memperlancar peredaran darah bagian kaki.

Manfaat Senam Kaki Diabetes Melitus

1. Memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil kaki, dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki.
2. Meningkatkan kekuatan otot betis, otot paha.
3. Mengatasi keterbatasan pergerakan sendi.

Kontraindikasi Senam Kaki Diabetes Militus

- 1) Pasien yang mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispneu dan nyeri dada.
- 2) Pasien yang mngalami depresi, khawatir dan cemas berat.

Teknik Senam Kaki Diabetes Melitus

1. Persiapan alat dan lingkungan:
 - a) Kertas Koran dua lembar
 - b) Kursi (jika tindakan di lakukan dalam posisi duduk)

c) Lingkungan yang nyaman dan jaga privasi.

2. Persiapan klien : Lakukan kontrak topic, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki kepada klien.

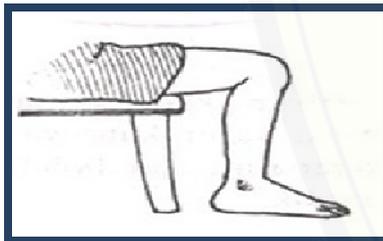


Gambar: Tumit kaki dilantai dan jari-jari kaki diluruskan keatas

3. Prosedur

1) Perawat mencuci tangan

2) Jika dilakukan dalam posisi duduk maka posisikan klien duduk tegak tidak boleh bersandar dengan menyentuh lantai.



Gambar: Pasien duduk di

atas kursi

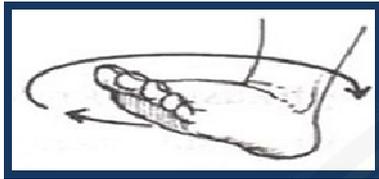
3) Dengan meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua kaki diluruskan ke atas lalu di bengkokkan kembali ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali.

4) Dengan meletakkan tumit salah satu kaki di lantai, angkat telapak kaki ke atas. Cara ini dilakukan bersama pada kaki kiri dan kanan secara bergantian dan diulangi sebanyak 10 kali.



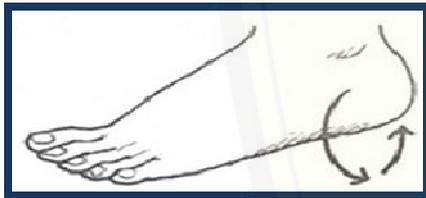
Gambar: Tumit kaki di lantaiseangkan telapak kaki diangkat.

5) Tumit kaki diletakkan di lantai. Bagian ujung kaki diangkat ke atas dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali.



Gambar: Ujung kaki diangkat.

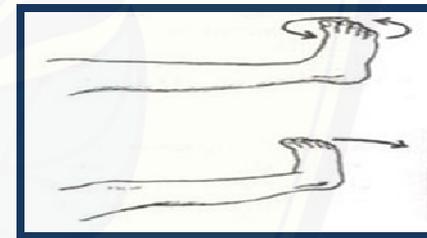
- 6) Jari-jari kaki diletakkan di lantai. Tumit di angkat dan buat gerakan memutar dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali.



Gambar: Jari-jari kaki di lantai

- 7) Angkat salah satu lutut kaki, dan luruskan. Gerakkan jari-jari ke depan turunkan kembali secara bergantian ke kiri dan kekanan. Ulangi sebanyak 10 kali.
- 8) Luruskan salah satu kaki di atas lantai kemudian angkat kaki tersebut dan gerakkan ujung kaki ke arah wajah lalu turunkan kembali ke lantai.

- 9) Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi langkah-langkah ke 8, namun gunakan kedua kaki secara bersamaan. Ulangi sebanyak 10 kali.
- 10) Angkat kedua kaki dan luruskan, Pertahankan posisi tersebut. Gerakkan pergelangan kaki ke depan dan belakang.
- 11) Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udar dengan kaki dari angka 0 hingga 9 lakukan secara bergantian.



Gambar: Kaki diluruskan dan di angkat .

- 12) Letakkan sehelai Koran di lantai. Bentuklah Koran tersebut menjadi seperti bola dengan kedua kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi lembaran seperti semula

menggunakan kedua kaki. Cara ini dilakukan hanya sekali saja.

- a) Lalu sobek Koran menjadi dua bagian, pisahkan kedua bagian Koran.
- b) Sebagian Koran disobek menjadi kecil dengan kedua kaki.
- c) Pindahkan kumpulan tersebut dengan kedua kaki lalu letakkan sobekan Koran pada bagian kertas yang utuh.
- d) Bungkus semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.



Gambar: Robek kertas Koran kecil-kecil dengan menggunakan jari jari kaki lalulipat menjadi bentuk bola (Setyoadi, 2011).

1. Anjurkan klien untuk menghindari merokok
 2. Inspeksi kulit pada kaki setiap hari
 3. Menjaga kebersihan kulit pada kaki setiap hari
 4. Hindari temperature yang terlalu ekstrim; saat mandi
 5. Hindari suasana yang dingin; gunakan kaos kaki dan pakaian yang hangat
 6. Hindari bawaan yang terlalu berat untuk mencegah peningkatan tekanan yang dapat memperberat terjadinya “charcot”
 7. Hindari penyikatan pada “charcot” atau hyperkeratosis
 8. Gunakan cream kulit untuk menjaga kulit lembab
 9. Gunakan selalu kaos kaki atau stoking saat menggunakan sepatu
 10. Gunakan alas kaki yang elastis
- . (Yuanita, 2011)

9. Perawatan Kaki pada Penderita Diabetes Militus Di Rumah

8. Pencegahan Luka

Di bawah ini ada beberapa langkah dalam melakukan perawatan kaki, antara lain sebagai berikut:

1. Area Pemeriksaan Kaki

- a. Kuku jari: periksa adanya kuku tumbuh di bawah kulit (inrown nail), robekan atau retakan pada kuku.
 - b. Kulit: periksa kulit di sela-sela jari (dari ujung hingga pangkal jari), apakah ada kulit retak, melepuh, luka, atau perdarahan.
 - c. Telapak kaki: Periksa kemungkinan adanya luka pada telapak kaki, apakah terdapat kalus (kapala),kulit telapak kaki yang retak (fisura).
 - d. Kelembaban kulit: periksa kelembaban kulit dan cek kemungkinan adanya kulit berkerak dan kekeringan kulit akibat luka.
 - e. Bau: periksa kemungkinan adanya bau dari beberapa sumber pada daerah kaki.
- ## 2. Perawatan (mencuci dan membersihkan) kaki.
- a. Menyiapkan air hangat: uji air hangat dengan siku untuk mencegah cedera.

- b. Cuci kaki dengan sabun yang lembut (sabun bayi atau sabun cair) untuk menghindari cedera ketika menyabun.
 - c. Keringkan kaki dengan handuk bersih, lembut. Kekeringan sela-sela jari kaki, terutama sela jari kaki ke 3-4 dan ke 4-5.
 - d. Oleskan lotion pada semua permukaan kulit kaki untuk menghindari kulit kering dan pecah-pecah.
 - e. Jangan gunakan lotion di sela-sela jari kaki. Karena akan meningkatkan kelembapan dan akan menjadi media yang baik untuk berkembangnya mikroorganisme (fungi).
- (Anas Rahmad Hidayah, 2013)

Daftar Pustaka

- Anas Rahmad Hidayah, I. N. (2013). Perawatan Kaki pada Penderita Biabetes Militus Di Rumah. *Permata Indonesia* , 50.
- Darlina, D. (2009). Manajemen Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus. *PSIK- FK Unsyiah* , 133.
- Diana trilestari, B. D. (2015). Aplikasi Model Konservasi Asuhan Keperawatan Diabetes Militus. *Cendekia Utama Jurnal Keperawan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus* , 48.
- Langi, Y. A. (2011). Penatalaksanaan Ulkus Kaki Diabetes Secara Terpadu. *Biomedik* , 97.
- LeMone, P., M.Burke, K., & Bauldoff, G. (2016). *Keperawatan Medika Bedah*. Jakarta: EGC.
- Maryuani, A. (2008). *Buku Saku Diabetes pada Kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Maryunani, A. (2015). *Perawatan Luka (Modern wondcare) Terlengkap dan terkini*. Jakarta: IN MEDIA.
- Setyoadi, K. &. (2011). *Terapi Modalitas Psikogeriatrik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Taufiq, I. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Endokrin*. Jakarta: CV. trans info Media.
- Yuanita. (2011). Penatalaksanaan Ulkus Kaki Diabetes Secara Terpadu. *Biomedik* , 97.

DOKUMENTASI TINDAKAN

KLIEN 1



Melakukan dan mengajari keluarga rawat luka



Melakukan pemeriksaan ABI

DOKUMENTASI TINDAKAN

KLIEN 2

	
Kondisi luka sebelum di rawat sangat kotor	Melakukan rawat luka dan juga mengajari keluarga cara merawat luka yang benar

ABSENSI KUNJUNGAN DOSEN KEGIATAN UAP
ASULIN KEPERAWATAN KELUARGA

TANGGAL	KEGIATAN	NAMA DOSEN	PARAF
KLAS 1 9/10/18	Prep. dan pemb. awal dan Materi dan tambahan HE	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	
12/10 /18	Latihan dan Materi dan pemb. dan Materi dan tambahan AG	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	
13/10 /18	Bulan dan pemb. dan Materi dan tambahan AG	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	
KLAS 2 24/10 /18	Prep. dan pemb. dan Materi dan tambahan HE	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	
27/10 /18	Latihan dan pemb. dan Materi dan tambahan AG	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	
30/10 /18	Latihan dan pemb. dan Materi dan tambahan AG	Dya. Nurani S.Kep. Ners. Npke	

Lumajang, 13 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data _____

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Yusrolana Antinia Afilianda
NIM : 152303101038

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Pada Salah Satu Keluarga Yang
Mengalami Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan
Ketidakmampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit Di Puskesmas
Rogotruman Tahun 2018".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D.3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotruman Lumajang
Alamat : Jl. Citandui No.5 Lumajang
Waktu penelitian : 13 Februari – 30 Mei 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19770207 200801 1 019

Hormat kami,
Pemohon,



Yusrolana Antinia Afilianda
NPM. 152303101038



BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id

LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/347/427.75/2018

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** :
- Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor: 121/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 13 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama YUSROLANA ANTINIA AFILIANDA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : YUSROLANA ANTINIA AFILIANDA
2. Alamat : Wonokerto Gucialit RT 5 RW 6 Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101083
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Pada Salah Satu Keluarga Yang Mengalami Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit di Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 22 Februari 2018 s/d 30 April 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Rogotrunan Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 22 Februari 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Dinas HAL,
Drs. ABU HASAN
Pembina





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigiend. Katamse Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : /20 /UN25.1.14.2/ LT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang nedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 13 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Yusrolana Antinia Aflianda
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101038
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 15 September 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI
A l a m a t : Wonokerto Gucialit, Dusun Wonoayu RT 05/ RW 06 Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Pada Salah Satu Keluarga Yang Mengalami Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Keluarga Merawat Anggota Keuarga Yang Sakit Di Puskesmas Rogotrunan Tahun 2018".

Dengan pembimbing :

1. Mashuri, S.Kep., Ners., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 13 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang



NUJID 15/KepiNers.MM
152303101038/98703-2-008

	FORMULIR	No. Dok. Akp/17/2017
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Bertaku sejak : 1-2-2017
		Revisi

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL
MAHASISWA AKTER PEMKAB LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA :
 NIM :
 PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN
 JUDUL PROPOSAL :

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
1	2 Maret 2017	- mencari BAB 1	1. Ditentukan 2 Abstrak perawat 12 di rumah sakit. 2. Ditanya tentang penelitian sudah selesai belum 3. Cari paper review yang ada kaitannya dengan penelitian 4. Cari paper yang ada kaitannya 5. Penelitian yang ada kaitannya dengan penelitian		
2	3 Maret 2017	- mencari BAB 1	1. Hasilnya di lakukan wawancara dengan 1 orang peneliti di rumah sakit 2. Untuk mencari hasil dari penelitian 3. Di rumah sakit di lihat tentang penelitian 4. Untuk mencari data yang ada kaitannya		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSPEN
8	3 Januari 2018	Konrol Bab 1.1.1	Hasil diskusi mengenai kemampuan kognitif dan belajar.		
9	6 Januari 2018	Konrol Bab 2.2	Hasil diskusi tentang kemampuan kognitif dan belajar. Pengalihan dari ke dua kegiatan. Berhasil pada pertemuan.		
10	13 Januari 2018		- Penjelasan tentang - cara membuat - cara kerja komputer - cara kerja sistem manajemen - cara kerja - cara kerja manajemen yang		
11	4 Januari 2018		Hasil diskusi mengenai kemampuan kognitif dan belajar. Berhasil pada pertemuan.		
12	10 Januari 2018		Hasil diskusi mengenai kemampuan kognitif dan belajar. Berhasil pada pertemuan.		

JEMBER

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
8	3 Januari 2018	Konsep Bab 1,2,5	Uraian tentang signifikansi dan pengujian t-partisiapan kelangkaan.		
9	6 Januari 2018	Konsep Bab 2,3	Uraian ts - Himpunan Potensi Penerapan rumus bab penentuan disekolah. Penerapan rumus di foto selulosa. Evaluasi jaya dentuman!		
10	6 Januari 2018		- Keterangan gambar - jumlah diseminasi - Analisis komposisi - Analisis sistem kesehatan lingkungan - Kalor - Data media diseminasi juga.		
11	7 Januari 2018		Uraian fisiologi Uraian fisiologi Uraian fisiologi Uraian fisiologi		
12	15 Januari 2018		- Studi kasus → Laporan kasus. - gambar ke 1 - Diagram Spid → 1 - Diagram ke 2 dan 3		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
1	14 Jan 2018	2-8	400, buatlah sidang !!		
2	15 Jan 2018	1-15	1. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 2. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 3. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas		
3	16 Jan 2018	1-15	1. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 2. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 3. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas		
4	17 Jan 2018	1-15	1. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 2. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 3. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas		
5	18 Jan 2018	1-15	1. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 2. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 3. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas		
6	19 Jan 2018	1-15	1. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 2. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas 3. 'Gana' : 1. time, 'Perbuka' : resoritas		

	FORMULIR	No. Dok. : Akp/F/K/29
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku sejak :
		Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : *Desyona Aindra A.*
 NIM : *1602001*
 PROGRAM STUDI : *D3 KEPERAWATAN*
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	<i>1 Maret</i>	<i>- mencari literatur - mencari buku</i>	<i>- buku literatur belakang sesuai dg konsep anastetik, sialat, perawatannya - judul - cari artikel Nub di dg gangguan Pirafasi partagan</i>		
2			<i>- lanjut pada wawancara pd latar belakang - uraikan latar belakang secara ilmiah Kf (dari vmsm - keputus)</i>		

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN KTI
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG

NAMA MAHASISWA : Susrolana Antonia A
 NIM : 030
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

TAHAP PENULISAN KTI

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	10/10/18 /09	Konsul BAB 1-3	Diselamatkan sampai BAB 5.		
	16/10/18 /05	Konsul BAB 4-5	1. Kacok yg mengambil peran sebagai pengambil keputusan 2. Penghadiran keluarga ny.p sudah tolak bering hasilan 3. Ketahanan yg di peroleh di perjalan. (bisa di lihat) 4. Sajikan rumah em x.cu di perjalan		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	18/10 /05.	konul BAB 9-5	Konul Bab 9-5 Materi teori busin teori, Diagnosa tetap.		
	20/10 /05	konul BAB 12 3 4 5.	Perubahan integritas kulit (disponi) Pemeriksaan Masalah disosiasikan dg jukel. Laporan fungsi otak (SOVH gown) Pemeriksaan umum pemeriksaan Pemeriksaan di titik ulang.		
			konul dg perubahan integritas kulit (jukul) Diagnosa diganti → fungsi peratan.		
	22/10 /05	konul BAB 1 2 3 4 5.	Pernyataan spasi 1.5. Pilih nomor di anggot 2. Pembungkis ringkasannya 1.5. di poin per kuni di buatlah maka di ringkasnya. di tambahkan spasi peluannya.		
			Pam Baring Lengkap (ampun) Mula surut P.T.		
	24/10 /05.	konul BAB 1 2 3 4 5.	faktor, dewan, prosedur, desain.		
	29/10 /05.	i - u	Ace seotkan maju sidang !!		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	02/6/18	Konsep Bab 1 dan 2	Menyebutkan fungsi penguasa - Rasio, Hakekat, dan lain-lain		
	03/6/18	Konsep Bab 2 & 3	Menyebutkan 3 konsep penguasa & Bab 2 & 3 - Hakekat, Hakekat, dan lain-lain		
	04/6/18	Konsep Bab 3	- Ada 3 dokumentasi seperti penguasa, hakekat, dan lain-lain - Hakekat, Hakekat, dan lain-lain		
	10-11 Juni 2018	Konsep (Kuis) Bab 1, 2, dan 3	Kuis - soal-soal yang ada apa saja? Bab 1, 2, dan 3		
	16 Juni/18	Konsep Bab 1, 2, 3, 4	- Menyebutkan penguasa, hakekat, dan lain-lain - Hakekat, Hakekat, dan lain-lain		
	5 Juli/18	Bab 3, 4, 5	Bab 3, 4, 5 - Hakekat, Hakekat, dan lain-lain - Hakekat, Hakekat, dan lain-lain		
	9 Juli/18				

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	9/10	Kend. Amal. VIK	Ae		Ae

