



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.B DAN  
Tn.A YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI  
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS  
JARINGAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
LUMAJANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh:

**Farit Adi Pratama  
NIM 162303101043**

**PROGRAM STUDI D3KEPERAWATAN  
FAKULTASKEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.B DAN  
Tn.A YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI  
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS  
JARINGAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
LUMAJANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

*diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3) dan  
mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh:

**Farit Adi Pratama  
NIM 162303101043**

**PROGRAM STUDI D3KEPERAWATAN  
FAKULTASKEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

### PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir Yang Berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B Dan Tn.A Yang Anggota keluarganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Di Wilayah Kerja

Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019" Telah Disetujui Pada:

hari, tanggal : Selasa, 02 juli 2019

tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing



R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep  
NRP: 760017249



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.B DAN  
Tn.A YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI  
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS  
JARINGAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUMAN  
LUMAJANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

*diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3) dan  
mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh:

**Farit Adi Pratama  
NIM 162303101043**

**PROGRAM STUDI D3KEPERAWATAN  
FAKULTASKEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, laporan tugas akhir ini persembahkan untuk:

1. Ibunda SUGIYEM dan ayahanda RAMIDI yang tercinta yang telah memberi dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan studi
2. Guru- guruku sejak taman kanak- kanak sampai dengan perguruan tinggi yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan.
3. Almamater D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memfasilitasi saya selama menjalani proses pendidikan.
4. Teman – teman seperjuangan dan sahabat-sahabat tercinta yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas studi dengan baik.

## MOTTO

*“Proses sama pentingnya dibanding hasil. Hasilnya nihil tak apa, yang penting sebuah proses telah dicanangkan dan dilaksanakan”*

(Sujiwo Tejo)

*“Saat berada jauh dari dirimu aku baru sadar tempat pulang sesungguhnya bukanlah rumah tapi hatimu, ibu”*

(Farit Adi Pratama)

*“Boleh jadi kamu membenci sesuatu padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi pula kamu menyukai sesuatu padahal ia amat buruk bagimu, Allah mengetahui sedangkan kamu tidak mengetahui”*

(Al.baqarah:216)

<https://jagakata.com/kata-bijak/dari-sujiwo-tejo.html>

1

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Farit Adi Pratama

NIM : 162303101043

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B dan Tn.A Yang Anggota Kelarganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang ” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 25 Juni 2019

Yang menyatakan

Farit Adi Pratma  
NIM 162303101043

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.B DAN  
Tn.A YANG ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI  
DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS  
JARINGAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
LUMAJANG**

Oleh

**Farit Adi Pratama  
NIM 162303101043**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B dan Tn.A Yang Anggota Keluarganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritasderingan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lamajang" ini telah diuji dan disahkan oleh Program D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

hari/ tanggal : Selasa, 29 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lamajang.

Ketua Penguji

Indriana Noor Istiqomah, S.Kep.Ners.,M.Kep  
NIP:197205191997032003

Anggota I

Zainal Abidin, A.Md.Kep, S.Pd.,M.Kes  
NIP:198001312008011007

Anggota II

R. Endro Sulistyanto, S.Kep. Ners., M.Kep  
NRP:760017249

Mengetahui

Koordinator Program Studi  
D3 Keperawatan Universitas Jember

Namul Hayati, S.Kep.Ners.,MM  
NIP:196306291987032008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B dan Tn.A Yang Anggota Keluarganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrnan Lumajang 2019**, Farit Adi Pratama, 162303101043, 2019, 149 halaman, Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Diabetes Mellitus tipe 2 dikenal dengan *the great imitator* karena dapat menyerang organ-organ tubuh seperti otak, ginjal, jantung, mata, hingga kaki (luka kaki diabetik). Diabetes tidak bisa disembuhkan namun bisa dikontrol. Keluarga mempunyai beberapa peran dalam menangani anggotakeluarganya yang sakit diabetes mellitus yaitu keluarga memandu pengobatan, diet, olahraga dan pengisian waktu luang yang positif pada anggota keluarganya yang sakit. Tujuan penulisan laporan kasus ini mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus tipe 2 dengan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan.

Penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang dilakukan pada kedua pasien yaitu dengan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara, observasi dan studi dokumentasi terhadap pasien dengan kerusakan integritas jaringan. Intervensi yang diberikan lebih mengutamakan terapi non farmakologi seperti mengajarkan keluarga mengenai perawatan secara mandiri dengan melakukan manajemen stress dan melakukan perawatan luka aseptik implementasi keperawatan pada kedua pasien yang mengalami kerusakan integritas jaringan dengan menggunakan intervensi yang ada.

Setelah dilakukan implementasi selama 2 bulan, pada evaluasi kedua klien didapatkan tujuan tercapai sebagian, kerusakan integritas jaringan membaik. Luka membaik, pasien dan keluarga mampu merawat luka secara mandiri dan pasien mengerti tentang penyakit yang dialami.

Pelayanan kesehatan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di tatanan keluarga perlu penanganan secara komprehensif dalam mengoptimalkan patologi penanganan DM pada Posbiandu dan PROLANIS dengan melibatkan kader, penggiat DM.

## SUMMARY

**Family Nursing Care Of Diabetes Mellitus To Mr.B And Mrs.Y Family With Nursing Problem: Impaired Tissue Integrity In Area Of Puskesmas Rogotrunan, 2019;** Farit Adi Pratama, 162303101043, 2019; 149 Pages; Diploma of Nursing Program, Faculty of Nursing, University of Jember.

Type 2 Diabetes Mellitus is known as, the great imitator because it can attack body organs such as the brain, kidney, heart, eyes, to the feet (diabetic foot injuries). Diabetes cannot be cured but can be controlled. The family has several roles in dealing with family members who are sick with diabetes mellitus, namely the family guides medication, diet, exercise, and replenishes real free time to ill family members. The purpose of writing this case report is to restore family nursing care to family members with type 2 diabetes mellitus with nursing problems that damage tissue integrity.

Writing this final project report uses a case report design using data collection techniques performed on both patients, namely with nursing problems damage to network integrity. Collecting data by conducting interviews, observation, and documentation studies of patients with damage to network integrity.

The results of this case report show both diabetic patients with nursing problems damaged network integrity. The interventions given prioritize non-pharmacological therapies such as teaching families about self-care by doing stress management and carrying out aseptic wound care for the implementation of nursing in both patients who have damaged tissue integrity using existing interventions. In the evaluation, the first and patient patients obtained both problems partially resolved.

Health services in patients with type 2 diabetes mellitus in the family order need comprehensive management in optimizing the mental control of diabetes mellitus in Posbiandu and PROLANIS by involving cadres, DM activists.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B dan Tn.A Yang Anggota Kelurganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang 2019” ini dapat terselesaikan dengan baik. Karya tulis ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Drs.Moh.Hasan.M.Sc.Ph.D. selaku Rektor Universitas Jember
2. Ibu Ns Lantin Sulistyorini , S.kep.M.Kes, selaku dekan Fakultas keperawatan
3. Ibu Nurul Hayati., S.Kep.,Ners.,MM, selaku Koordinator Prodi Keperawatan D3 Fakultas Keperawatan
4. R. Endro Sulistyono,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Bapak Eko Prasetya, S.Kep.,Ners.,M. Kep selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
6. Ibu Indriana Noor Istiqomah., S.Kep.Ners.,M.Kep selaku ketua penguji.
7. Bapak Zainal Abidin, A,Md.Kep, S,Pd.,M.Kep selaku anggota penguji 1.
8. Ayah, Ibu, serta seluruh keluarga yang telah mendoakan dan memberikan motivasi untuk terselesaikannya laporan tugas akhir ini.
9. Dan pihak lainnya yang turut membantu untuk terselesaikannya laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan laporan tugas akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, 23 Juni 2019  
Penulis

DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>PENGESAHAN.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>x</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xi</b>
<b>PRAKATA.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB 1.PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Manfaat.....</b>	<b>4</b>
1.4.1 Bagi Penulis.....	4
1.4.2 Bagi Perawat.....	4
1.4.3 Bagi Keluarga.....	5
1.4.4 Bagi Peneliti Lebih Lanjut.....	5
<b>BAB.2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Konsep Diabetes Mellitus .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Definisi .....	6
2.1.2Klasifikasi Diabetes Mellitus.....	6
2.1.3 Etiologi .....	7
2.1.4 Faktor Risiko .....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	8
2.1.6 Gambaran klinis.....	9
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.8 Penatalaksanaan.....	10
2.1.9 Komplikasi .....	11
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus Dengan     Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan.....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	26
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	28
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	29

2.2.6 Evaluasi Keperawatan .....	30
<b>BAB 3 METODE PENULISAN.....</b>	<b>31</b>
3.1 Desain Penulisan .....	31
3.2 Batasan Istilah .....	31
3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga .....	31
3.2.2 Diabetes mellitus .....	31
3.2.3 Kerusakan integritas jaringan .....	31
3.3 Partisipan .....	32
3.4 Lokasi dan Waktu .....	32
3.5 Pengumpulan Data.....	32
3.5.1 Wawancara .....	32
3.5.2 Observasi .....	32
3.5.3 Studi Dokumentasi .....	33
3.6 Analisis Data.....	33
3.6.1 Pengumpulan Data.....	33
3.6.2 Mereduksi Data .....	33
3.6.3 Pengkajian Data.....	33
3.6.4 Kesimpulan.....	33
3.7 Etika Penulisan.....	33
<b>BAB 4. HASIL PEMBAHASAN.....</b>	<b>35</b>
4.1 Gambaran lokasi pengambilan data .....	35
4.2 Hasil dan Pembahasan.....	
4.1.1 Identitas Umum Keluarga.....	35
4.1.2 Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga ..	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1.3 Pengkajian Lingkungan .....	50
4.1.4 Struktur Keluarga .....	53
4.1.5 Fungsi Keluarga.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1.6 Stress dan Koping keluarga .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1.7 Keadaan gizi keluarga .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1.8 Harapan keluarga.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3 Analisa Data .....	63
4.4 Penentuan Diagnosa Keperawatan .....	67
4.5 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga .....	69
4.6 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif.....	73
<b>BAB 5.PENUTUP.....</b>	<b>85</b>
5.1 Simpulan.....	<b>85</b>
5.1.1 Pengkajian .....	85
5.1.2 Diagnosa .....	85
5.1.3 Intervensi .....	86
5.1.4 Implementasi .....	86
5.1.5 Evaluasi .....	86
5.2 Saran.....	86
5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga.....	86
5.2.2 Bagi Perawat Perkesmas (Puskesmas) .....	87

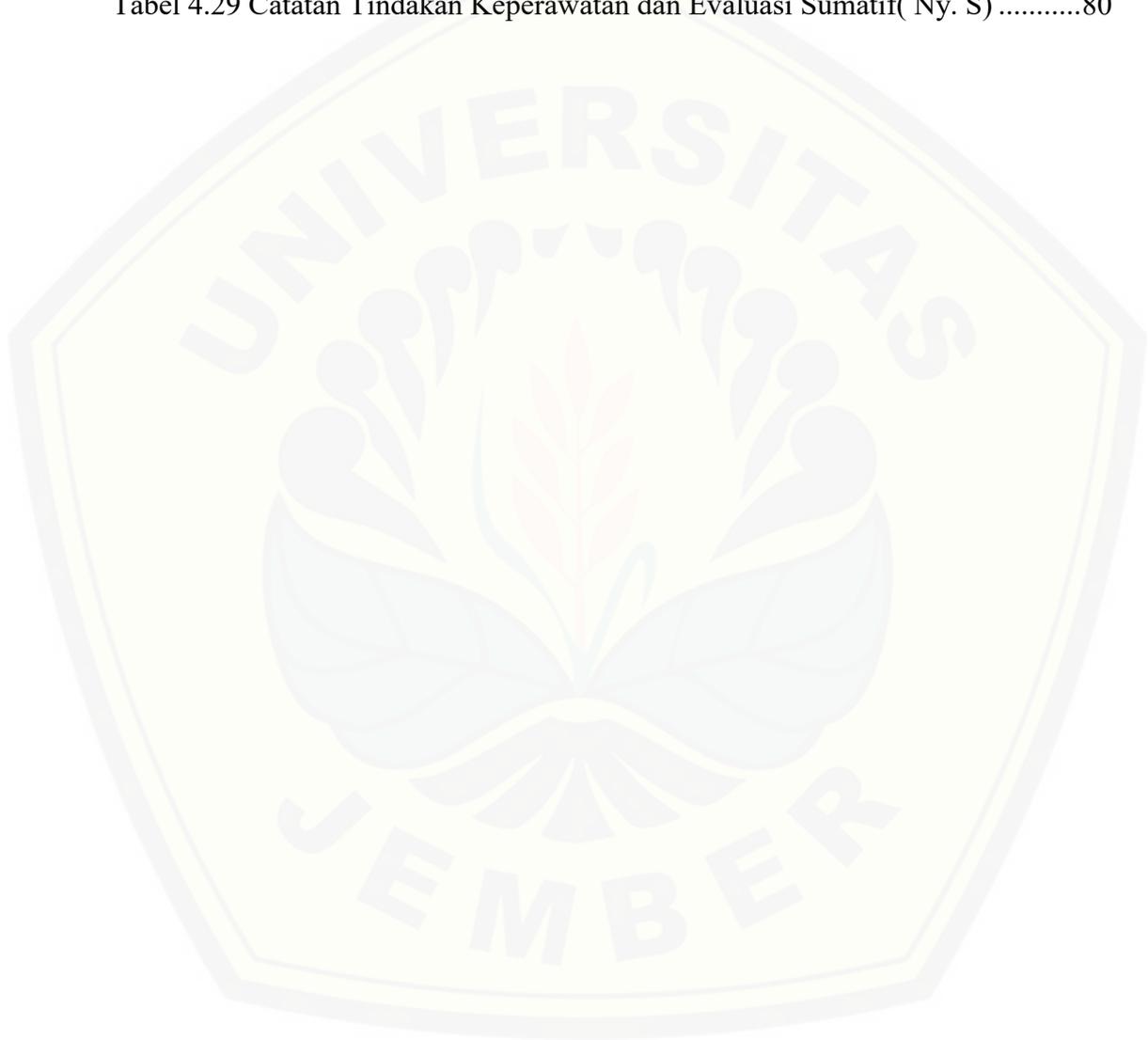
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	87
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>88</b>



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pemeriksaan kadar gula dalam darah.....	10
Tabel 2.2 Tahap lingkaran kehidupan keluarga .....	17
Tabel 4.1 Identitas kepala keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	35
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	36
Tabel 4.3 Tipe Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	42
Tabel 4.4 Suku Bangsa partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	44
Tabel 4.5 Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019.....	46
Tabel 4.6 Status Sosial ekonomi Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019.....	47
Tabel 4.7 Aktivitas Rekreasi partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	48
Tabel 4.8 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019.....	48
Tabel 4.9 Riwayat masing masing anggota keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019.....	50
Tabel 4.10 Karakteristik Rumah partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	50
Tabel 4.11 Struktur Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	53
Tabel 4.12 Fungsi Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	53
Tabel 4.13 Stress dan Koping keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019.....	56
Tabel 4.14 Keadaan gizi keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	57
Tabel 4.15 Pemeriksaan fisik partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	58
Tabel 4.16 Harapan Keluarga partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	59
Tabel 4.17 Pemeriksaan fisik Pasien 1 (keluarga Tn.B) partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	59
Tabel 4.18 Pemeriksaan fisik Pasien 2 (keluarga Tn.A) partisipan DM di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan tahun 2019 .....	60
Tabel 4.19 Analisa data pada Tn.B dan Ny. S .....	63
Tabel 4.20 Batasan Karakteristik .....	66
Tabel 4.21 Diagnosa Keperawatan .....	67
Tabel 4.22 Scoring (pasien 1) .....	67

Tabel 4.23 Scoring (pasien 2) .....	67
Tabel 4.24 Intervensi Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Tn B).....	69
Tabel 4.25 Intervensi Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Ny. S).....	70
Tabel 4.26 (Catatan Perkembangan pasien 1) formatif.....	73
Tabel 4.27 (Catatan Perkembangan pasien 2) formatif.....	75
Tabel 4.28 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Sumatif ( Tn.B) .....	77
Tabel 4.29 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Sumatif( Ny. S) .....	80



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 4.1 Genogram pasien 1..... 40  
Gambar 4.2 Genogram pasien 2..... 40  
gambar 4.3 Denah Rumah Tn . B pasien ..... 52  
gambar 4.4 Denah Rumah Ny.S pasien 2 .....**Error! Bookmark not defined.**

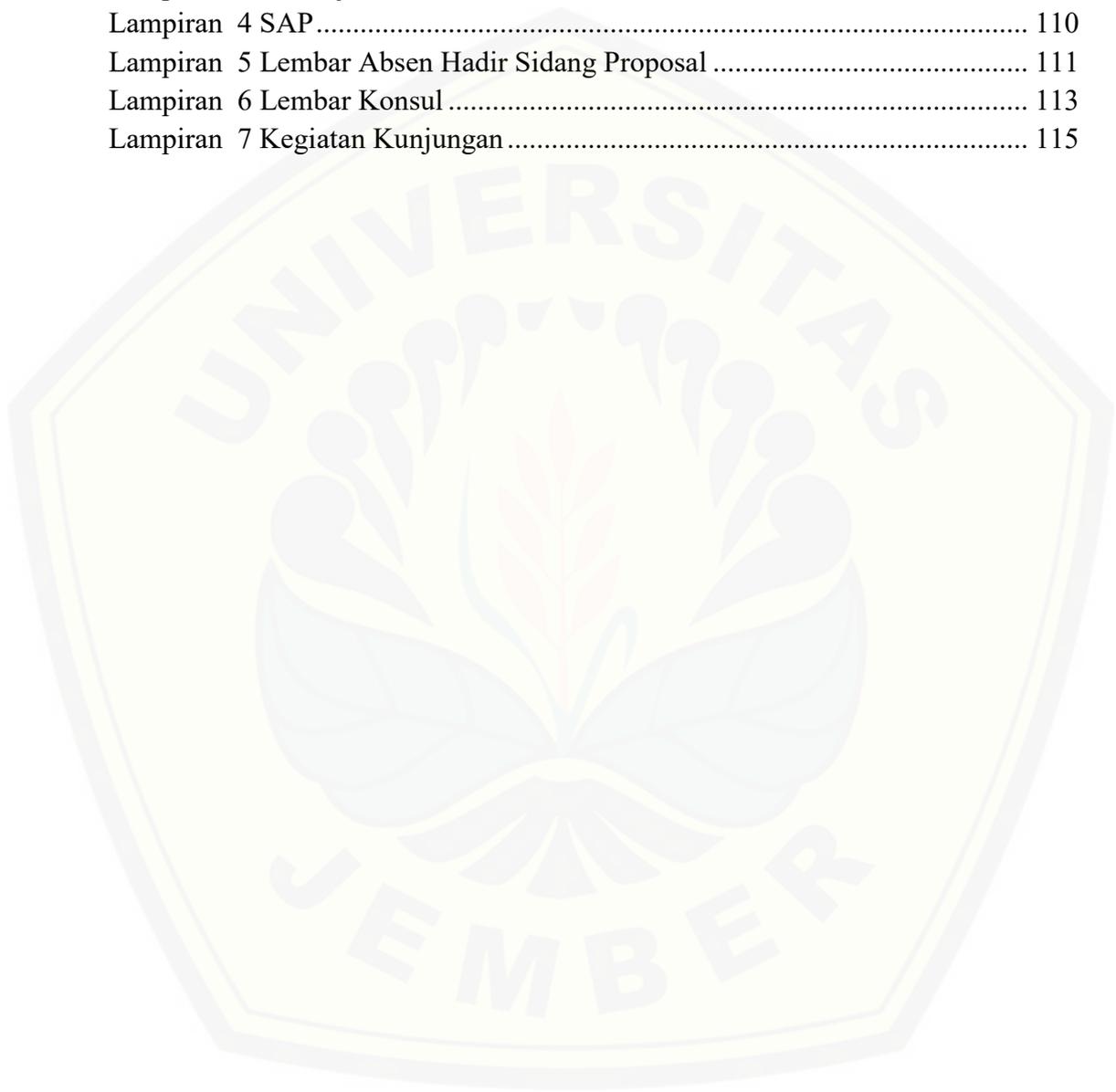


## DAFTAR SINGKATAN

ADA	:	<i>American Diabetes Association</i>
BB	:	Berat Badan
DM	:	Diabetes Mellitus
FFA	:	<i>Free Fatty Acid</i>
GCS	:	<i>Glasgow Coma Scale</i>
HGP	:	<i>hepatic glucose production</i>
GDPT	:	<i>gula darah puasa terganggu</i>
GIP	:	<i>glucose-dependent insulintrophic polypeptide atau disebut juga gastric inhibitory polypeptide</i>
IDF	:	<i>International Diabetes Federation</i>
IPAL	:	<i>Instalasi Pembuangan Air Limbah</i>
NIC	:	<i>Nursing Income Classification</i>
NIDDM	:	non-insulin dependent diabetes mellitus
NOC	:	<i>Nursing Outcome Classification</i>
PAD	:	<i>peripher alrrterial Diseases</i>
PCDS	:	<i>primary care diabetes society</i>
PERKENI	:	<i>Perkumpulan Endrokinologi Indonesia</i>
PUSKESMAS	:	<i>pusat kesehatan masyarakat</i>
RR	:	<i>Respiration Rate</i>
TGT	:	<i>toleransi glukosa terganggu</i>
TKTP	:	tinggi kalori tinggi protein
TTV	:	<i>Tanda tanda vital</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kunjungan Rumah.....	94
Lampiran 2 Infortm Consent.....	95
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian .....	97
Lampiran 4 SAP.....	110
Lampiran 5 Lembar Absen Hadir Sidang Proposal .....	111
Lampiran 6 Lembar Konsul .....	113
Lampiran 7 Kegiatan Kunjungan.....	115



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) diartikan sebagai penyakit metabolisme yang ditandai dengan kadar gula darah yang melebihi batas normal atas/hiperglikemia (lebih dari 120 mg/dl atau 120 mg%), karena itu diabetes mellitus sering disebut juga dengan penyakit gula (Maulana, 2015). Salah satu yang mempengaruhi terjadinya diabetes mellitus adalah karena kelainan autoimun dimana sel beta pankreas hancur pada orang yang rentan secara genetik dan tidak menghasilkan insulin (Ignatavicius et al., 2016). Diabetes mellitus juga biasa disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini timbul hampir tanpaada gejala awal namun dapat menyebabkan kematian. Gejala khas yang muncul biasanya berupa polifagi, poliuri dan polidipsi. Penyakit ini tidak bisa disembuhkan namun bisa dikontrol dengan penanganan yang tepat dan pengendalian faktor risiko terjadinya komplikasi akibat diabetes mellitus sehingga sering pula dikenal dengan sebutan “*lifelong disease*”(Agustina, 2010).

Prevalensi penderita DM diduga akan terus meningkat. *International DiabetesFederation* (IDF) menyatakan terdapat 382 juta orang mengalami diabetes di dunia pada tahun 2013. Pada tahun 2035 jumlah tersebut diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta orang dan diabetes tipe 2 merupakan 90% dari jumlah seluruh diabetes (IDF, 2013). Prevalensi DM usia 20-79 tahun di dunia pada tahun 2015 adalah 415 juta orang dan diperkirakan akan mencapai 642 juta orang pada tahun 2024 (IDF, 2015).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penyandang DM yang menjadi salah satu ancaman kesehatan global. Pada buku pedoman ini, hiperglikemia yang dibahas adalah yang terkait dengan DM tipe-2. WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Laporan ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2035. Sedangkan *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi adanya kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 9,1 juta

pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Indonesia tahun 2003, diperkirakan penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun sebanyak 133 juta jiwa. Dengan mengacu pada pola penambahan penduduk, maka diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun (Rudijanto, et al., 2015). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2013 di Indonesia terdapat 10 juta orang penderita diabetes, dan 17,9 juta orang yang berisiko menderita penyakit ini. Sementara provinsi Jawa Timur menempati urutan no 9, jumlah penderita diabetes di Indonesia 5,7% (Erawantini, 2017)

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan pada tahun 2018 di Puskesmas Rogotrunan, didapatkan sebanyak 1.155 penderita yang didiagnosa Diabetes Mellitus sejak bulan Januari – Desember Tahun 2018 di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

Penyakit ini juga sering disebut dengan “*the great imitator*”, sebab penyakit ini dapat menyerang organ-organ tubuh seperti otak, ginjal, jantung, mata, hingga kaki dan salah satu komplikasi menahun dari DM adalah luka pada kaki yang disebut sebagai luka kaki diabetik (Pujiyati & Fatchulloh, 2016). Hasil penelitian menyatakan bahwa penderita diabetes mellitus mempunyai risiko 15% mengalami luka kaki diabetik pada masa hidupnya dan risiko terjadinya kekambuhan dalam 5 tahun sebesar 70% (Hidayat & Nurhayati, 2014). Luka kaki diabetik terjadi sebagai dampak dari penurunan perfusi perifer dan penurunan angiogenesis lokal yang dapat menyebabkan iskemik bahkan neuropati pada jaringan perifer. Hasil penelitian menyatakan bahwa pasien penyakit DM yang disertai neuropati meningkatkan risiko terjadinya ulkus kaki diabetik lebih besar dibandingkan dengan pasien penyakit DM tanpa neuropati dikarenakan neuropati pada pasien DM akan menyebabkan penurunan atau hilangnya sensasi sentuhan dan persepsi nyeri sehingga penderita DM akan rentan mengalami trauma di jaringan kaki yang dapat menyebabkan terjadi perubahan integumen atau subkutan (LeMone, 2015: Roza, et al 2015: Nurhayati & Rejo, 2017). Kondisi ini akan menimbulkan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan.

Keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat, begitu pula bagi penderita diabetes mellitus (Isfandiari, 2014). Keluarga berperan dalam

menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang sakit. Oleh karena itu, peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai dengan rehabilitasi. Dalam mencapai tujuan perawatan kesehatan keluarga, perawat harus melibatkan keluarga untuk mengenal dan melaksanakan tugas-tugasnya dalam bidang kesehatan (Makhfudli, 2009). Salah satu tugas keluarga di bidang kesehatan adalah memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila anggota keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan (Harnilawati, 2013).

Upaya untuk membantu kesembuhan terhadap penderita diabetes mellitus adalah dengan mengendalikan berat badan, olahraga dan diet. Tujuan dari pengobatan diabetes mellitus tersebut adalah untuk mempertahankan kadar guladarah dalam kisaran yang normal. Bila sudah terkena gangren penderita diabetes dianjurkan untuk melakukan perawatan luka secara rutin dengan teknik aseptik (Ari, 2015). Pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita DM dengan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan. Keluarga juga mempunyai peran yang penting, di samping tenaga kesehatan yang berada di Puskesmas. Masalah ini perlu mendapatkan intervensi yang tepat, karena Pasien diabetes mellitus yang sudah lama didiagnosa penyakit diabetes memiliki risiko lebih tinggi terjadinya ulkus diabetikum. Kadar gula darah yang tidak terkontrol dari waktu ke waktu dapat mengakibatkan hiperglikemia sehingga dapat menimbulkan komplikasi yang berhubungan dengan neuropati diabetik dimana pasien diabetes mellitus akan kehilangan sensasi perasa dan tidak menyadari timbulnya luka. Menurut peneliti, walaupun hasil penelitian tidak signifikan tetapi semakin lama pasien menderita DM, maka semakin besar risiko terkena komplikasi kronik (kaki diabetik). Kondisi pasien DM yang mengalami perubahan epidermis dan/atau dermis pada kaki dapat menyebabkan pasien mengalami masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan: ulkus kaki diabetik (Wilkinson & Ahern, 2011). Masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan: ulkus kaki diabetik sering berakhir dengan kecacatan akibat amputasi dan kematian (Waspadji, 2006). Resiko amputasi pada pasien DM dengan ulkus kaki 15-40 kali lebih sering dibanding dengan non-DM (Decroli, 2008).

Intervensi keperawatan yang bisa dilakukan pada masalah keperawatan ini adalah irigasi luka dan perawatan luka. Ada berbagai jenis perawatan luka yang bisa dilakukan terhadap pasien. Namun yang tidak kalah penting adalah peran keluarga. Perawat dapat melibatkan keluarga dengan cara mengajarkan tentang cara perawatan luka secara mandiri bagi keluarga pasien, agar mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengambil asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami diabetes mellitus tipe 2 dengan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan di wilayah kerja puskesmas rogotrunan lumajang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B dan Tn.A yang Anggota keluarganya Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019?”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Mengeksplorasi proses keperawatan pada keluarga Tn.B dan Tn.A yang mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 dengan masalah kerusakan integritas jaringan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang pada tahun 2019.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Laporan kasus ini dapat mengaplikasikan tentang asuhan keperawatan keluarga dengan Diabetes Mellitus, serta dapat menerapkan standart asuhan keperawatan untuk mengembangkan praktik keperawatan dan pemecahan masalah khususnya dalam bidang keperawatan.

### **1.4.2 Bagi Perawat**

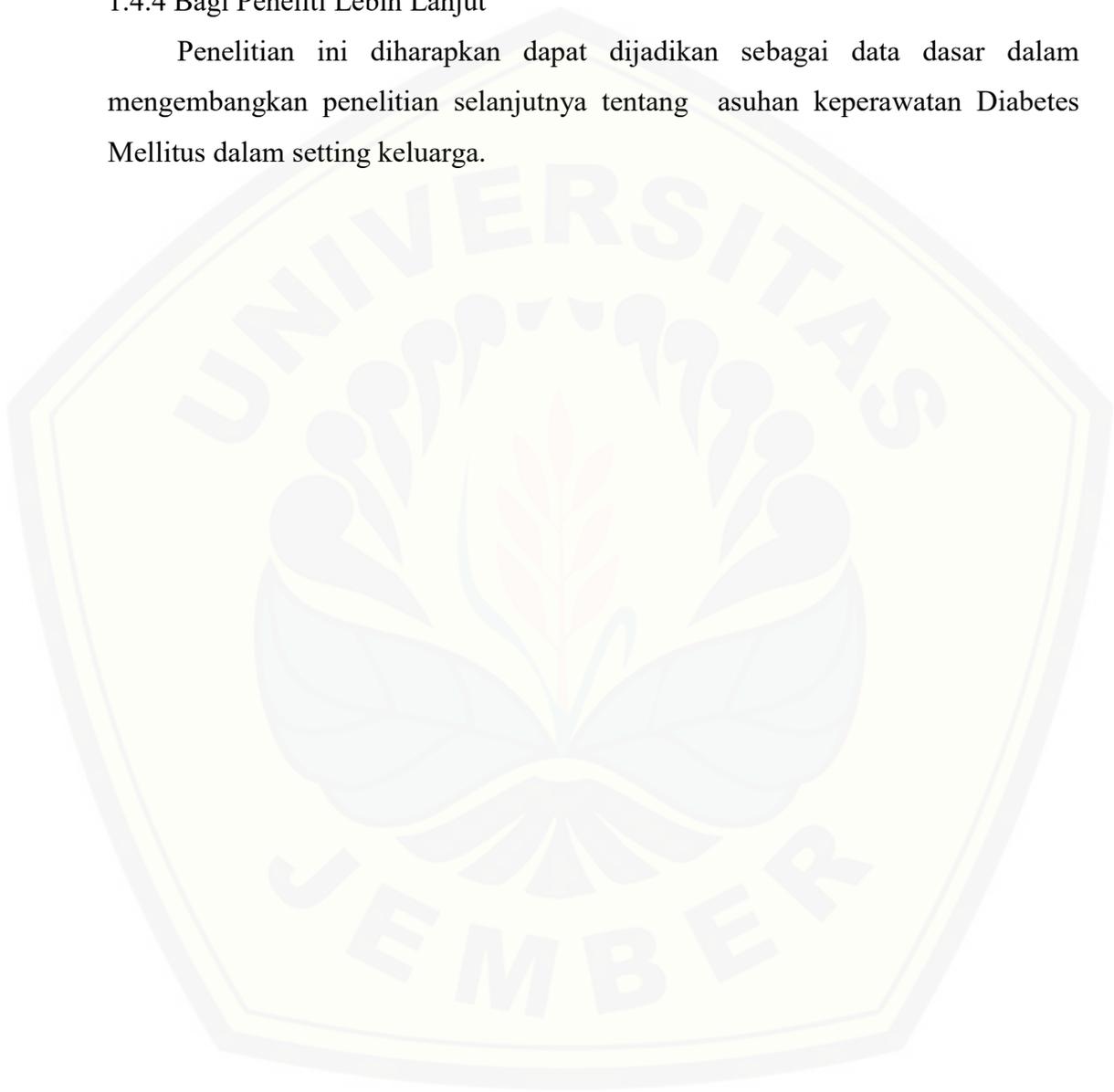
Dapat digunakan sebagai referensi atau acuan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan pasien Diabetes Mellitus yang mengalami masalah kerusakan integritas jaringan

#### 1.4.3 Bagi Keluarga

Memberikan manfaat untuk lebih mengenal tentang Diabetes Mellitus, cara perawatan anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus, serta proses penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami Diabetes Mellitus terutama dengan masalah kerusakan integritas jaringan.

#### 1.4.4 Bagi Peneliti Lebih Lanjut

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dalam setting keluarga.



## BAB.2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam konsep masalah perawatan ini, penulis menguraikan konsep Diabetes Mellitus yang meliputi : Definisi, Klasifikasi, Etiologi, Faktor risiko, Pantofisiologi, Gambaran klinis, Pemeriksaan penunjang, Penatalaksanaan, Komplikasi

### 2.1 Konsep Diabetes Mellitus

#### 2.1.1 Definisi

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah(hiperkemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin,kerja insulin, atau keduanya. Hiperkemia jangka panjang dapat berperan menyebabkan komplikasimikrovaskuler kronik(penyakit ginjal dan mata)dan komplikasi neuropatik.diabetes juga dikaitkan dengan peningkatan insidensi penyakit makrovaskuler,seperti penyakit arteri koroner(infark miokard),penyakit serebrovaskuler(stroke),dan penyakit vaskular perifer (yunianti & kimin,2013).

DM tipe 2 adalah suatu kondisi hipeglukemia puasa yang terjadi meski terjadi nya ketersediaan insulin endogen.DM tipe dua bisa terjadi pada semua usia paru baya maupun lansia hereditas berperan dalam tranmisi,kadar insulin yang dihasilkan pada DMtipe dua berbeda beda danmeskipun ada, fungsinya dirusak oleh resistensi insulin jaringan perifer (iskandar, 2016).

Diabetes Mellitus adalahpenyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin. Gejala yang dikeluhkan pada penderita Diabetes Mellitus yaitu polidipsia, poliuria, polifagia, penurunan berat badan, kesemutan (Fatimah, 2015).

#### 2.1.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

##### a. Diabetes Tipe 2

Diabetes tipe ini adalah jenis yang paling sering dijumpai,biasanya terjadi pada usia di atas 40tahun ,tetapi bisa pula timbul pada usia di atas 20 tahun. Sekitar 90-95% penderita diabetes tipe 2. kemungkinan lain terjadinya diabetes mellitus tipe 2 adalah sel sel jarian tubuh dan otot sipasien tidak peka atau sudah resisten

terhadap insulin (dinamakan resistensi insulin atau insulin resistance) sehingga gula darah. Keadaan ini umumnya terjadi pada pasien yang gemuk atau obesitas. (tandra,2017)

DM tipe 2 digolongkan sebagai bentuk DM non-ketosis. Namun jumlah insulin yang ada tidak cukup untuk menurunkan kadar gula darah melalui ambilan glukosa oleh otot dan lemak. Faktor resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktivitas, penyakit, obat-obatan, dan pertambahan usia. Pada kegemukan insulin mengalami penurunan kemampuan untuk mempengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot rangka, dan jaringan adiposa. dapat berbeda-beda mulai dari resistensi insulin mayor. Dengan kekurangan insulin relatif hingga kelainan sekretori mayor dengan resistensi insulin, tidak dapat merusak imun pada sel beta. Pada beberapa kasus untuk umur panjang, insulin tidak diperlukan, sebagian besar penyandang DM ini biasanya gemuk, atau mengalami peningkatan jumlah lemak abdomen. Dan sering terjadi pada wanita yang pernah mengalami DM gestasional dan pada wanita yang mengalami gangguan lipid atau hipertensi (iskandar, 2016).

Wagner (1983) membagi *diabetic foot* enam tingkat, sebagai berikut:

- a. Derajat 0: simptom pada kaki seperti nyeri
- b. Derajat I: ulkus superficial terbatas pada kulit
- c. Derajat II: ulkus dalam menembus tendon dan tulang.
- d. Derajat III: abses dalam, dengan atau tanpa osteomyelitis.
- e. Derajat IV: gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis (kartika, 2017)
- f. Derajat V: gangren seluruh kaki sebagian tungkai.

### 2.1.3 Etiologi

Definisi kadar glukosa darah dipertahankan maka tidak akan mendapatkan terapi lanjut bagi banyak individu, Medikasi hipoglikemia mulai dibikan pada saat perubahan gaya hidup tidak cukup. Sering kali, Kombinasi insulin dan medikasi hipolikemik digunakan untuk mencapai kontrol glikemik terbaik pada pasien dengan DM tipe 2.

Faktor faktor risiko utama pada DM tipe 2 sebagai berikut:

- a. Riwayat DM pada keluarga atau saudara kandung.

- b. Kegemukan
- c. Tidak beraktivitas
- d. Ras/etnis
- e. Pada wanita, riwayat DM gestasional, sindrom ovarium polikistik, atau melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4,5 kg.
- f. Hipertensi
- g. Sindrom metabolik (Iskandar, 2016)
- h. Umur
- i. Faktor genetik
- j. Alkohol dan rokok
- k. Riwayat keluarga
- l. Dislipidemia (Fatimah, 2015)

#### 2.1.4 Faktor Risiko

Faktor risiko dari DM antara lain faktor usia, faktor keturunan atau gen, faktor kegemukan atau obesitas dan faktor demografi. Faktor usia adalah diabetes umumnya dialami oleh usia lanjut yaitu usia 45 ke atas. Sebagian besar menyerang orang yang mempunyai berat badan lebih karena tubuh tidak peka terhadap insulin. Faktor keturunan atau gen adalah DM biasanya menyerang orang-orang dengan keturunan riwayat DM karena kelainan gen di dalam tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin. Faktor kegemukan atau obesitas adalah kegemukan atau obesitas sangat memicu terjadinya DM karena tubuh yang berat badannya berlebih tidak dapat menghasilkan insulin. kegemukan atau obesitas ini biasanya karena gaya hidup yang tidak terkontrol. Faktor demografi adalah jumlah penduduk yang meningkat sehingga meningkat pula populasi usia 40 tahun ke atas dan kekurangan gizi (Sustrani, Alam & Hadibroto dalam Yusra, 2011).

#### 2.1.5 Patofisiologi

DM adalah sekumpulan penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin. Kinerja insulin, atau keduanya, ada 4 tipe utama DM tipe 1 (5%-10% kasus terdiagnosis). DM tipe 2 (90%-95% kasus terdiagnosis). DM gestasional (2%-5% dari semua kehamilan).

Wiliam, Harding, Price (2007), Zeqiri, Ylli, Zeqiri (2007) menyatakan bahwa penyakit DM adalah suatu penyakit gangguan metabolik yang karakteristiknya dengan hipergikemia. Dan juga bisa menyebabkan komplikasi kronik pada pasien yang meliputi diabetes ketoasidosis,hiperklikemia dan hipoglikemia. Komplikasi kronik bertanggung jawab terhadap peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pada keadaan pasien. Komplikasi kronik dibagi menjadi 2 yaitu:komplikasi mikrovasuler (retinopati, neuropati, nepropati), dan komplikasi makrovaskuler (penyakit arteri koronaria,penyakit pembuluh darah perifer dan penyakit pembuluh darah ke otak)(tarwoto, wartono, taufiq & mulyanti, 2012).

#### 2.1.6 Gambaran klinis

Gejala diabetes mellitus dibedakan menjadi akut dan kronik Gejala akut diabetes mellitus yaitu :

- a. Poliphagia (banyak makan)
- b. polidipsia (banyak minum)
- c. Poliuria (banyak kencing/sering kencing di malam hari)
- d. nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu),
- e. mudah lelah.

Gejala kronik diabetes mellitus yaitu :

- a) Kesemutan,
- b) kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum
- c) rasa kebas di kulit
- d) kram
- e) kelelahan
- f) mudah mengantuk
- g) pandangan mulai kabur
- h) gigi mudah goyah dan mudah lepas
- i) kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi
- j) pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg (Fatimah, 2015)

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2. 1Pemeriksaan kadar gula dalam darah

	Bukan DM	Belum Pasti	DM
Sewaktu (mg/dl)	Vena <110	110-199	>200
	Kapiler <90	90-199	>200
Puasa (mg/dl)	Vena < 110	110 -199	>126
	Kapiler <90	90 – 199	>110

Keterangan : Belum Pasti (gangguan toleransi glukosa yang dapat timbul DM)

Pemeriksaan urine tidak dianjurkan karena sensitifitasnya rendah, nilai positif minimal 200 mg/dl, tetapi untuk Puskesmas masih dapat dipergunakan sebagai screening (Irwan, 2016).

### 2.1.8 Penatalaksanaan

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

a. Tujuan jangka pendek:

- 1) menghilangkan keluhan DM,
- 2) memperbaiki kualitas hidup,
- 3) mengurangi risiko komplikasi akut.

b. Tujuan jangka panjang:

mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.

c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM.

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan:

- 1) pengendalian glukosa darah,
- 2) tekanan darah,
- 3) berat badan,
- 4) profil lipid,
- 5) melalui pengelolaan pasien secara komprehensif. (Rudijanto, et al., 2015)

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan, profil lipid, melalui pengelolaan secara holistik dengan mengajarkan dengan perawatan mandiri sebagai berikut:

## a) Diet

Prinsip penganturan makan pada peyandangan diabeter mellitus hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kalori dan zat gizi masing masing individu. standar yang diajurkan makanan komposisi seimbang dalam hal karbohidrat 60%-70%, lemak 20%-25% dan protrin 10%-15% untuk menentukan status gizi, dihitung dengan BMI(body mass indesk) merupakan alat untuk memantau status gizi orang dewasa, khusus yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.

b) *Exercise*(latihan fisik/olahraga)

Diajurkan latihan secarah teratur (2-3 kali seminggu)kurang lebih selama 30 menit, yang sifatnya sesuai dengan continous, rhythmical, interval,progresive, endurace (DRIPE)training sesuai dengan kemampuan pasien.

## c) Pendidikan kesehatan

Pendidikan keshatan sangat penting dalam pengelolaan.pendidikan kesehatan pencerahan primer harus diberikan kepada klompok masyarakat risiko tinggi.pendidikan sekunder diberikan kepada kelompok pasien DM.

## d) Obat:oral hipoglikemik,insulin jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisiktetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka harus dipertimbangkan dalam pemakainan obat hipoglikemik(Fatimah, 2015).

## 2.1.9 Komplikasi

Pada pasien yang menyandang penyakit DM apapun tipenya,sangat berisiko tinggi mengalami komplikasi yang menyebabkan sistem tubuh yang berbeda. Padaa kadar glukosa darah,perubahan sistem kardiovaskuler, neuropatik, peningkatan kerentangan infeksi,dan penyakit periodontal umumnya terjadi. Selain itu, imteraksi dari beberapa komplikasi dapat menyebab kan masalah kaki (iskandar, 2016).

Komplikasi yang mengenai kaki kebanyakan insidens yang lebih banyak adalah di amputasi pada pasien DM sangat berisiko. Pada masalah kaki yang

mengalami DM merupakan akibat dari angiopatok, neuropatik, dan infeksi. Dalam peningkatan risiko pada mereka yang menyandang DM lebih dari 10 tahun jenis kelamin pria, memiliki control glukosa yang buruk, atau mengalami komplikasi kardiovaskuler, retina, atau ginjal. Perubahan vaskuler di ektriminitas bawah pada penyandang DM mengakibatkan arteriosklerosis. arteriosklerosis yang diinduksi DM cenderung terjadi pada usia masih mudah, kejadian ini hamper sama pada pria dan wanita, biasanya bilateral, Dan berkembang dengan cepat. Pembulu darah yang sering kali terkena terletak pada bawah lutut. Neuropatik diabetic pada kaki menimbulkan beberapa masalah, karena sensasi sentuhan dan persepsi nyeri tidak ada, penyandang DM dapat mengalami beberapa tipe trauma kaki tanpa menyadarinya. Orang tersebut berisiko mengalami trauma jaringan kaki (Iskandar, 2016).

Komplikasi pada Diabetes Mellitus dibagi menjadi 2 yaitu Makrovaskuler (Mengenai Pembuluh Darah Besar) dan Mikrovaskuler (Mengenai Pembuluh darah kecil) (Dewi, 2014)

- a. Makrovaskuler
  - 1) Serangan Jantung
  - 2) Stroke
  - 3) Penyakit Pembuluh Darah Perifer
- b. Mikrovaskuler
  - 1) Retinopati
  - 2) Neuropati
  - 3) Nefropati

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan**

### **2.2.1 Definisi Keluarga**

Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki ikatan perkawinan, adaptasi, atau kelahiran. Menurut Depatemen RI (1988) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung, (Ali, 2010)

### 2.2.2 Pengkajian

Identifikasi masalah yang dirasakan pasien sebagai keluhan, dimana perawat harus mengkaji atau mengobservasi perilaku yang menyebabkan keluhan dengan cara meminta pendapat keluarga tentang cara penyelesaian masalah telah dilakukan oleh keluarga (Dalami, 2010:109).

Pengumpulan data dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu :

- 1) Wawancara : yang berkaitan dengan hal-hal yang perlu diketahui, baik aspek fisik, mental, sosial, budaya, ekonomi, kebiasaan, lingkungan.
- 2) Pengamatan : terhadap hal-hal yang tidak perlu ditanyakan, karena sudah dianggap cukup melalui pengamatan saja, misalnya ventilasi, penerangan, dan kebersihan.
- 3) Studi Dokumentasi : studi berkaitan dengan perkembangan kesehatan, diantaranya melalui Kartu Keluarga, dan catatan kesehatan lainnya.
- 4) Pemeriksaan Fisik : dilakukan terhadap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan, berkaitan dengan keadaan fisik. (Effendy, 1998:32)

a. Pengkajian keluarga meliputi:

- 1) Identitas Kepala Keluarga adalah memiliki yang meliputi anggota yang ada dalam satu rumah dan juga memiliki peran masing masing dalam satu rumah yang ditempati bersama.
- 2) Komposisi keluarga

a) Umur

International Diabetes Federation (2013) menyebutkan jumlah insiden Diabetes mellitus akan mengalami peningkatan sebanyak 55% pada usia 40– 59 tahun karna sudah terjadi penurunan sekresi insulin dan resistensi insulin.

b) Jenis Kelamin

Wanita pada umumnya cenderung mudah terserang diabetes mellitus bila dibandingkan dengan pria, hal ini dikarenakan wanita lebih banyak mempunyai faktor yang mendorong terjadinya diabetes mellitus seperti obesitas saat kehamilan, stress, kelelahan, serta makanan yang tidak terkontrol (Garnadi, 2012)

c) Pekerjaan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sebagai sumber informasi dalam pemenuhan kebutuhan di kehidupan.

d) Pendidikan

Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah, dengan demikian tingkat pendidikan mempengaruhi fungsi kognitif

3) Hubungan (genogram)

Dalam genogram atau istilah yang biasa kita sebut sebagai garis keturunan, seseorang yang mempunyai keturunan riwayat penyakit diabetes mellitus mempermudah untuk mengetahui seseorang yang mengalami penyakit diabetes mellitus, dimana pada Diabetes erat hubungannya dengan faktor keturunan.

4) Tipe keluarga

Tradisional

a) *Nuclear family*(keluarga inti)

Terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal didalam satu rumah,terpisah dari sanak keluarga lainnya.

b) *Extended family*(keluarga besar)

Satu keluarga terdiri dari satu atau dua keluarga intinya yang tinggal dalam satu rumah dan saling menjang satu sama lain.

c) *Singel parent family*,

Satu keluarga yang dikepalai satu keluarga dan hidup bersama dengan anak anaknya

d) *Nuclear dyed*,

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa ada anak, tinggal dalam satu rumah

e) *Blended family*

Suatu keluarga yang dibentuk dari perkawinan pasangan, yang masing-

masing pernah menikah dan membawa anak dari hasil pernikahan yang dulu,

f) *Three generation family,*

Keluarga yang terdiri dari 3 generasi, yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.

g) *Singel adult living alone*

Keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.

h) *Middle age atau elderly couple*

Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya (ali, 2010)

Non-Tradisional :

a) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b) *The step parent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

c) *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

d) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e) *Gay and lesbian families*

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana "marital pathners".

f) *Cohabiting couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan karena beberapa alasan tertentu.

g) *Group-marriage family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga

bersama, yang saling merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.

h) *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

i) *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

j) *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

k) Gang

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya. (suhari & sulistiono, 2016)

5) Agama dan kepercayaan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

6) Latar Belakang atau Kebiasaan Keluarga

a) Kebiasaan Makan

Pola makan keluarga telah tergeser dari pola makan tradisional yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran ke pola makan dengan komposisi makan yang terlalu banyak mengandung protein, gula, lemak, garam, dan mengandung sedikit serat. Pola makan seperti inilah yang berisiko terjadinya penyakit diabetes mellitus (Aru W Sudoyo, 2006).

## b) Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku

## 7) Status sosial ekonomi keluarga

Diabetes Mellitus sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah keatas. Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang tidak sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas fisik, dan stres berperan penting sebagai pemicu diabetes. (Garnadi, 2012)

## 8) Tahap Perkembangan Keluarga

Mc Goldrick dan Carter (1985) mengembangkan model tahap kehidupan keluarga yang didasari oleh ekspansi, kontraksi, dan penyusunan kembali (realignment) dari hubungan keluarga yang memberikan support terhadap masuk, keluar dan perkembangan anggota keluarga.

Model ini diberikan dengan menggunakan aspek emosional, transisi, perubahan dan tugas yang diperlukan untuk perkembangan keluarga.

Tabel 2. 2 Tahap lingkaran kehidupan keluarga

Tahap lingkaran kehidupan keluarga	Proses emosional transisi	Perubahan status keluarga yang dibutuhkan untuk perkembangan
Keluarga dengan anak dewasa yang belum menikah	Menerima pemisahan dengan orang tua	1. Mengembangkan hubungan saudara yang intim 2. Pemisahan dengan keluarga 3. Mampu bekerja sendiri
Keluarga yang baru menikah	Komitmen dengan sistem baru	1. Membentuk sistem keluarga 2. Menyusun kembali hubungan dengan ekstended family dan teman-teman
Keluarga dengan anak muda/anak yang masih kecil	Menerima generasi baru dari anggota yang ada dalam sistem	1. Mengambil peran orangtua 2. Menyusun kembali hubungan dengan ekstended family terhadap peran orangtua dan kakek nenek 3. Menyediakan tempat untuk anaknya
Keluarga dengan anak remaja	Meningkatkan fleksibilitas keluarga dari ketergantungan anak	1. Perubahan hubungan orang tua-anak dari masuk remaja ke arah dewasa 2. Memfokuskan kembali pada masa mencari teman dekat dan karir 3. Memulai perubahan perhatian untuk generasi yang lebih tua
Keluar dan pindahnya anak-anak	Menerima sistem yang keluar dan masuk dalam jumlah yang banyak ke dalam keluarga	1. Membicarakan kembali sistem perkawinan sebagai keluarga dyad 2. Mengembangkan hubungan orang dewasa ke orang dewasa diantara anak-anak yang sudah besar dengan orang tua 3. Menyesuaikan hubungan termasuk kepada menantu dan cucu 4. Menerima ketidakmampuan dan kematian dari orang tua (kakek/nenek)
Keluarga lansia	Menerima	1. Mempertahankan diri sendiri dan atau pasangan

Tahap lingkaran kehidupan keluarga	Proses emosional transisi	Perubahan status keluarga yang dibutuhkan untuk perkembangan
	perubahan dari peran generasi	<p>dalam fungsi dan minat dalam menghadapi penurunan fisiologis, eksplorasi terhdap keluarga baru dan pilihan peran sosial</p> <p>2. Mendukung lebih banyak peran sentral untuk generasi pertengahan</p> <p>3. Membuat ruang sistem untuk hal-hal yang bijaksana dan pengalaman pada saat dewasa akhir, mendukung generasi yang lebih tua tanpa memberikan fungsi yang berlebihan kepada mereka</p> <p>4. Menerima kehilangan pasangan, sibling, dan teman sebaya dan mempersiapkan untuk kematian diri sendiri, menerima dengan pandangan dan keutuhan</p>

Selain tahap lingkaran, di dalam keluarga juga terdapat perkembangan dengan tahapan perkembangan Duvall (1997):

- a) Pasangan baru (keluarga baru)
  - 1) Membina hubungan dan kepuasan bersama
  - 2) Menetapkan tujuan bersama
  - 3) Mengembangkan keakraban
  - 4) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
  - 5) Diskusi tentang anak yang diharapkan
- b) Child bearing (menanti kelahiran)
  - 1) Persiapan untuk bayi
  - 2) Role masing-masing dan tanggung jawab
  - 3) Persiapan biaya
  - 4) Adaptasi dengan pola hubungan seksual
  - 5) Pengetahuan tentang kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua
- c) Keluarga dengan anak pra-remaja
  - 1) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan keluarga
  - 2) Merencanakan kelahiran anak kemudian
  - 3) Pembagian tanggung jawab dengan anggota keluarga
- d) Keluarga dengan anak sekolah
  - 1) Menyediakan aktivitas untuk anak
  - 2) Biaya yang diperlukan semakin meningkat
  - 3) Kerjasama dengan penyelenggara kerja

- 4) Memperhatikan kepuasan anggota keluarga dan pasangan
- 5) Sistem komunikasi keluarga
- e) Keluarga dengan anak remaja
  - 1) Menyediakan fasilitas dengan kebutuhan yang berbeda
  - 2) Menyertakan remaja untuk tanggung jawab dalam keluarga
  - 3) Mencegah adanya gap komunikasi
  - 4) Mempertahankan filosof hidup dalam keluarga
- f) Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)
  - 1) Penataan kembali fasilitas dan sumber-sumber
  - 2) Penataan kembali tanggung jawab antar anak
  - 3) Kembali suasana suami istri
  - 4) Mempertahankan komunikasi terbuka
  - 5) Meluasnya keluarga dengan pelepasan anak dan mendapatkan menantu
- g) Keluarga dengan usia pertengahan
  - 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
  - 2) Tanggung jawab semua tugas rumah tangga
  - 3) Keakraban pasangan
  - 4) Mempertahankan kontak dengan anak
  - 5) Partisipasi aktivitas sosial
- h) Keluarga dengan usia lanjut
  - 1) Persiapan dan menghadapi masa pensiun
  - 2) Kesadaran untuk saling merawat
  - 3) Persiapan suasana kesepian dan perpisahan
  - 4) Pertahankan kontak dengan anak cucu
  - 5) Menemukan arti hidup
  - 6) Mempertahankan kontak dengan masyarakat

b. Data Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Menjelaskan gambar, tipe dan kondisi tempat tinggal. Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah ini. Penataan perabotan rumah yang tidak teratur, penerangan, ventilasi, kebersihan lingkungan di sekitar rumah.

## 2) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini dan apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal.

## 3) Sistem Pendukung Keluarga

Sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan.

## 4) Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat.

### c. Struktur Keluarga

1) Pola komunikasi keluarga Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga (bahasa). Interaksi antar anggota keluarga yang positif akan menimbulkan saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga dan merupakan tugas anggota keluarga yang dapat menurunkan tingkat stress yang menjadi pemicu terjadinya suatu masalah kesehatan.

2) Struktur peran yang menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga secara formal maupun informal baik di keluarga atau masyarakat. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing.

3) Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi, keluarga di masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam di antaranya adalah:

a) Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah

b) Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu

c) Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri

- d) Patrilocal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
- 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 (Harnilawati, 2013).
- 4) Stres dan Koping Keluarga
- Stresor jangka pendek dan panjang. Stresor jangka pendek adalah stresor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaiannya lebih kurang 6 bulan. Stresor jangka panjang adalah stresor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian lebih dari 6 bulan.
- d. Fungsi Keluarga
- Menurut Friedmann (1999) mengidentifikasi 5 fungsi dasar keluarga, yaitu :
- 1) Fungsi afektif  
Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung
  - 2) Fungsi sosialisasi  
Sosialisasi adalah proses pengembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
  - 3) Fungsi reproduksi  
Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
  - 4) Fungsi ekonomi  
Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan sandang, pangan, dan papan.
  - 5) Fungsi perawatan kesehatan  
Kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.(ali, 2010)

6) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini. Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh usia anak tertua dari keluarga inti.

7) Tugas Kesehatan Keluarga

a) Mengetahui masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga, dan bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan dari luar.

c) Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk memdayakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

d) Merawat anggota keluarga yang sakit

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit adalah sangat penting seperti halnya pengelolaan pada diabetes mellitus yang harus dikendalikan secara terus menerus.

e) Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

e. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan pemeriksaan persistem sesuai keadaan pasien mulai dari kepala sampai kaki baik inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi (Setiadi, 2008)

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pasien secara sekilas. Biasanya pasien dengan Diabetes Mellitus tipe I kurus, umur < 30 tahun dan berkaitan dengan beberapa penyakit autoimun sedangkan Diabetes Mellitus tipe II pada masa tua (> 30 tahun), obesitas dan disertai komplikasi mikro/makro vaskuler (Manganti, 2012)

2) Keluhan/Riwayat penyakit saat ini

Pada penderita diabetes akan mengalami tanda khas diabetes seperti banyak buang air kecil, sering haus sehingga banyak minum, sering lapar sehingga banyak makan dari semuanya yang muncul secara bersamaan. Pada mulanya penderita diabetes tampak sehat semua gejala di atas dianggap sebagai kebiasaan normal sehingga tidak sedikit kasus diabetes baru terdeteksi setelah timbul keluhan lain akibat komplikasi diabetes (Garnadi, 2012)

3) Riwayat penyakit sebelumnya

Jika ada riwayat diabetes mellitus pada anggota keluarga, risiko mendapatkan diabetes akan tinggi. Faktor keturunan saja tidak pasti menjadikan seseorang akan mengidap diabetes. Hanya saja risiko untuk mengidap diabetes lebih besar (Yudi, 2012)

4) Tanda-tanda Vital

Biasanya pasien dengan Diabetes Mellitus mengalami hipertensi, tachycardia, tachynoe, kekurangan O<sub>2</sub> dan perubahan pada suhu tubuh (Doenges, 2000)

5) Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Meliputi bentuk kepala, keadaan kulit kepala, keadaan dan penyebaran rambut, bau rambut, ekspresi muka, bentuk muka, kulit muka, dan keadaan muka. Penderita Diabetes Mellitus yang sudah menahun dan tidak terawat secara baik, biasanya rambutnya lebih tipis, rambutnya mudah rontok, serta kulit kepala kering (Doenges, 2000)

6) Pemeriksaan Mata/Penglihatan

Pada orang yang sudah lama menderita Diabetes Mellitus biasanya sering terkena gangguan pada mata seperti retinopati, katarak premature, dan glaucoma. Katarak mungkin disebabkan oleh adanya hiperglikemi yang berkepanjangan yang menyebabkan pembengkakan lensa. (Arora, 2009)

7) Pemeriksaan Integumen dan Extremitas

Perubahan makrovaskuler, perubahan mikrovaskuler, dan neuropati semuanya menyebabkan perubahan pada extremitas bawah. Perubahan yang penting yakni adanya anesthesia. Keadaan ini memicu dalam terjadinya trauma minor dan tidak terdeteksinya infeksi yang menyebabkan gangrene (Yudi, 2012)

8) Pemeriksaan Syaraf

Diabetes dapat mempengaruhi syaraf-syaraf perifer, jenis diabetic neuropathy yang paling lazim adalah polineuropaty perifer simetris. Hal ini terlihat pertama kali dengan hilangnya sensasi pada ujung-ujung ekstermitas bawah. Kemudian hilangnya kemampuan motorik dan extremitas atas dapat terkena. Gangguan saraf juga bisa muncul dengan gejala sensasi kesemutan di kaki dan tangan (Arora, 2009)

9) Sistem Pernapasan

Pasien Diabetes Mellitus rentan terhadap penyakit infeksi termasuk infeksi saluran pernafasan disebabkan penurunan kekebalan tubuh sampai

terserang TBC paru. Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan/tanpa sputum purulen tergantung adanya infeksi atau tidak (Doenges, 2000)

#### 10) Sistem Kardiovaskuler

Kadar glukosa darah yang tinggi dapat menimbulkan gangguan kesehatan yang serius seperti atherosclerosis, yang akan menyebabkan deprivasi O<sub>2</sub> di jaringan yang akan berlanjut menjadi hipertensi, infark miokard dan stroke juga pasien bisa terserang penyakit jantung koroner karena adanya daya pompa jantung menurun dan rendahnya kadar HDL. Takhikardi juga dapat terjadi karena kelainan syaraf otonom (Smeltzer, 2002)

#### 11) Sistem Pencernaan

Adanya rasa lapar yang sering disebabkan karena glukosa yang diperoleh dari karbohidrat tidak dapat dimetabolisme seluruhnya menjadi energi, sehingga menimbulkan kelemahan. Penurunan kemampuan mengosongkan isi lambung menyebabkan anorexia, mual, muntah. Dapat terjadi diare, konstipasi yang dikarenakan adanya neuropati syaraf-syaraf otonom sistem gastrointestinal (Doenges, 2000)

#### 12) Sistem Perkemihan dan Reproduksi

Kencing yang sering dan dalam jumlah yang banyak terutama malam hari sangat mengganggu penderita sehingga mendorong periksa. Kerusakan syarafsyaraf pada ginjal tidak mampu melakukan absorpsi zat-zat yang terlarut dalam air seni sehingga terjadi proteinuria. Kondisi seperti ini akan mudah terjadi infeksi saluran kemih. Didapatkan adanya keluhan kesulitan ereksi, impoten yang disebabkan neuropati (Yudi, 2012)

#### 13) Sistem Muskuloskeletal

Timbul kesemutan dan kejang pada otot kaki disebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit, tulang terjadi osteomyelitis. Gangrene sering progresif dan memerlukan amputasi karena adanya gangguan saraf yang menyebabkan efek anastesi (Yudi, 2012)

### 2.2.3 Diagnosa Keperawatan: Kerusakan Integritas Jaringan

#### a. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi, 2008).

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga.

Komponen diagnosis keperawatan keluarga meliputi masalah/problem, etiologi/penyebab dan sign/simptom/tanda klinis.

#### 1) Masalah (*problem, P*)

Pada asuhan keperawatan keluarga, bidang garapan keperawatan adalah kesenjangan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga, disebut juga sebagai masalah keperawatan keluarga. Perumusan masalah keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga.

Problem yang dibahas pada laporan kasus ini adalah: Kerusakan Integritas Jaringan.

Taksonomi NANDA-I 2018-2020 untuk masalah kerusakan integritas jaringan adalah:

Domain : 11  
Kelas : 2  
Kode diagnosis: 00044

#### 2) Penyebab (*etiologi, E*)

Etiologi yang menyebabkan masalah dalam keperawatan keluarga adalah tidak optimalnya tugas keluarga dalam bidang kesehatan. Tugas keluarga dalam bidang keluarga adalah kemampuan mengenal masalah kesehatan, kemampuan mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan untuk keluarga agar tetap sehat dan optimal, serta kemampuan memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia di lingkungannya (Sudiharto, 2007).

Tugas keluarga mengandung 3 unsur yaitu ketidaktahuan (tidak mengenal masalah), ketidakmauan mengambil keputusan dan ketidaktahuan merawat, maka dari 3 unsur etiologi tersebut cukup hanya menentukan 1 (satu) tugas keluarga yang sesuai dengan diagnosa.

3) Sign/simptom adalah tanda atau batasan karakteristik dari masalah keperawatan, ditunjang dengan tanda tidak terpenuhinya tugas keluarga.

Batasan karakteristik untuk masalah kerusakan integritas jaringan adalah:

- a) Nyeri akut
- b) Pendarahan
- c) Jaringan rusak
- d) Area lokal panas
- e) Hematoma
- f) Kemerahan
- g) Kerusakan jaringan

b. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini:

- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari 1
- 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda
- 5) Waktu yang dimiliki terbatas
- 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut.

Seperti individu, keluargapun mempunyai cara-cara tertentu untuk mengatasi masalah kesehatan. Kegagalan dalam mengatasinya akan mengakibatkan penyakit atau sakit terus menerus dan keberhasilan keluarga untuk berfungsi sebagai satu kesatuan akan berkurang. Dalam perawatan kesehatan keluarga, kata-kata mengatasi dengan baik diartikan sebagai kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatannya sendiri.

#### 2.2.4 Intervensi Keperawatan

##### a. Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemampuan kemandirian pasien (mengatasi problem NANDA).

##### b. Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupannya (mengatasi diantara 5 tugas kesehatan keluarga).

Tugas keluarga mengandung 3 unsur yaitu ketidaktahuan (tidak mengenal masalah), ketidakmauan mengambil keputusan dan ketidaktahuan merawat, maka dalam merumuskan tujuan dan intervensi harus melibatkan ketiga etiologi tersebut.

##### c. Intervensi (Wilkinson, 2012)

- 1) Dukungan Pemberi Asuhan: Menyediakan Informasi Penting, advokasi, dan dukungan yang dibutuhkan untuk memfasilitasi perawatan primer pasien oleh individu selain tenaga kesehatan profesional
- 2) Edukasi Kesehatan: mengembangkan dan memberikan bimbingan dan pengalaman belajar untuk memfasilitasi adaptasi secara sadar perilaku yang kondusif untuk kesehatan individu, keluarga, kelompok atau komunitas
- 3) Panduan Sistem Kesehatan : Memfasilitasi lokasi Pasien dan menggunakan layanan kesehatan yang sesuai
- 4) Fasilitasi Pembelajaran : Meningkatkan kemampuan untuk memproses dan memahami informasi
- 5) Penetapan Tujuan Bersama : Berkolaborasi dengan pasien untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan tujuan perawatan, kemudian mengembangkan rencana untuk mencapai tujuan tersebut
- 6) Kontrak Pasien : Menegosiasi persetujuan yang menekankan pada perubahan perilaku spesifik
- 7) Bantuan Modifikasi-Diri : Memberi penguatan pada perubahan diri yang dimotivasi oleh pasien sendiri untuk mencapai tujuan individu yang penting
- 8) Fasilitas Tanggung Jawab Diri : Mendorong pasien untuk lebih bertanggung jawab terhadap perilakunya sendiri

- 9) Penyuluhan : Proses Penyakit : Membantu pasien untuk memahami informasi yang berhubungan dengan proses penyakit tertentu
- 10) Penyuluhan : Individual : Membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi program penyuluhan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan khusus pasien
- 11) Aktivitas lain :
  - a) mengajarkan cara mengganti balutan dan kebersihan balutan pada keluarga.
  - b) Melakukan perawatan luka dengan NS jika diperlukan,
  - c) Lakukan masase di area luka untuk merangsang sirkulasi
- 12) Perawatan dirumah
  - a) Lakukan manajemen kasus atau rujukan pada perawat ahli keperawatan luka atau keperawatan ostomi jika perlu.
  - b) Ajurkan anggota keluarga dan pemberian asuhan keperawatan untuk mengenal tandak kerusakan kulit atau timbul luka ditempat lain.
  - c) Perawatan luka (NIC) ajarkan prosedur perawatan luka kepada pasien atau anggota keluarga.

#### 2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Hal lain yang tidak kalah penting pada tahap implementasi ini adalah mengevaluasi respons atau hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilaksanakan (Asmadi, 2008).

Implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu independent, interdependensi, dan dependen.

- a. Independent, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan yang lain.
- b. Interdependensi, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan (ahli gizi, fisioterapi, dan dokter).
- c. Dependen, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis (Asmadi, 2008).

#### 2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

##### Tahapan Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif dan formatif.

##### a. Evaluasi berjalan (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga.

##### b. Evaluasi Akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi. (Setiadi, 2008).

## BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang pendekatan dalam menyelenggarakan laporan kasus.

### 3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan yang dipakai pada karya tulis ini laporan kasus. laporan kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn.B Dan Tn.A Yang Anggota keluarganya Mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan Pada Wilayah Puskesmas Rogotruman Lumajang 2019.

### 3.2 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian dari rencana keperawatan yang dilakukan atau juga yang diberikan secara langsung kepada 2 pasien yang mengalami diabetes mellitus tipe 2 pada wilayah Puskesmas Rogotruman Lumajang.

3.2.1 Asuhan Keperawatan Keluarga adalah serangkaian keperawatan proses yang sistematis mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi ditujukan pada segenap anggota keluarga dengan memperhatikan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan disesuaikan dengan budaya yang berlaku.

3.2.2 Diabetes mellitus adalah pasien yang sudah terdiagnosa medis DM pada rekam medis Puskesmas Rogotruman.

3.2.3 Kerusakan integritas jaringan adalah 2 orang pasien diabetes mellitus yang mengalami kerusakan yang terjadi pada lapisan kulit kaki mulai dari epidermis, dermis dan menjalar pada area subcutan, ditambah dengan 2 atau lebih batasan karakteristik berikut: nyeri akut, perdarahan, hematoma, area lokal panas, kemerahan, kerusakan jaringan.

### 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 pasien yang diagnosa dengan Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan dengan kriteria partisipan :

- a) Diagnosis DM dalam rekam medik puskesmas
- b) Mengalami gangguan kerusakan integritas jaringan,
- c) Usia di atas 40 tahun
- d) Berada di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang
- e) Bersedia menjadi responden
- f) Pasien kooperatif

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Lokasi studi kasus ini pada wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang pada bulan Juni 2019 dan kunjungan pasien Tn.B di kelurahan Citrodiwangsan dan lokasi Tn.A di Desa Rogotrunan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali.

### 3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Ada beberapa metode yang diperlukan dalam pengumpulan data, yaitu (Nursalam, 2011):

#### 3.5.1 Wawancara

Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari individu dan keluarganya yang diwawancarai. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan. Wawancara dilakukan pada pasien keluarga dan petugas puskesmas. Data yang diperoleh dengan cara wawancara adalah: riwayat penyakit keluarga (genogram), keluhan persepsi keluarga terhadap penyakit diabetes mellitus, pola kebiasaan makan/aktivitas, stresor keluarga.

#### 3.5.2 Observasi

Untuk memperoleh hasil observasi yang akurat dan tepat, penulis diwajibkan memiliki keterampilan dalam melakukan observasi dan mempunyai waktu yang cukup untuk melakukan pendalaman dalam situasi yang akan diteliti.

Observasi ini. Observasi pada laporan kasus ini diantaranya: karakteristik luka (MEASURE), Keadaan rumah dan lingkungan tempat tinggal pasien, pemeriksaan nutrisi, pola aktivitas pasien, pemeriksaan fisik/head to toe.

### 3.5.3 Studi Dokumentasi

Sumber dokumen bisa berasal dari yang informal sampai formal. Pada laporan kasus

## 3.6 Analisis Data

### 3.6.1 Pengumpulan Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dari hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk dokumentasi keperawatan.

### 3.6.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan di kelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai sebelumnya dan nilai normal.

### 3.6.3 Pengkajian Data

Pengkajian data dapat yang dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara meyamarkan identitas dari pasien.

### 3.6.4 Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data yang dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara otomatis dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan carain duksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

## 3.7 Etika Penulisan

Masalah etika penulisan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika penulisan yang harus diperhatikan antara lain (Hidayati, 2009):

a. *Informed consent* (persetujuan menjadi pasien)

Penulis memberikan lembar persetujuan kepada pasien agar pasien mengerti tujuan penulisan laporan tugas akhir dan juga mengetahui dampaknya. Dan tujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan meliputi, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen prosedur pelaksanaan, potensi masalah yang akan terjadi, manfaat, informasi yang mudah dihubungi dan antara lain.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Penulis tidak mencantngkan nama asli pasien hanya menggunakan menggunakan inisial(nama depan), pada hasil penelitian yang disajikan

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penulis memberikan jaminan kerahasiaan pasien dalam hasil penelitian, baik informasi tentang masalah masalah yang menyangkut penyakit pasien. Semua informasi telah dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan padalaporan kasus.

## BAB 5.PENUTUP

### 5.1 Simpulan

Penulisan pada bab ini berisi kesimpulan dan rekomendasi, sedangkan rekomendasi lebih menekankan pada usulan yang sifatnya operasional atau aplikatif. Rekomendasi bisa ditunjukkan pada institusi, organisasi profesi, anggota profesi, provider, mahasiswa keperawatan.

#### 5.1.1 Pengkajian

Data yang didapat dari hasil pengkajian pada kedua pasien berjenis kelamin perempuan dan laki laki, kedua pasien sama sama memiliki diabetes mellitus, dengan GDA pada pasien 1 yaitu 220 mg/dl dan GDA pada pasien 2 yaitu 286 mg/dl. Untuk pasien 1 memiliki penyakit penyerta yaitu hipertensi, dengan TD 160/90, sedangkan pada pasien 2 tidak memiliki penyakit penyerta. Pada pasien 1 memiliki riwayat penyakit keturunan diabetes mellitus dari orang tuanya, sedangkan pada pasien 2 tidak memiliki penyakit keturunan diabetes mellitus. Kedua pasien memiliki tingkat pendidikan yang berbeda dimana tingkat pendidikan yang berbeda dapat mempengaruhi dalam cara penerimaan informasi serta pemahaman saat dilakukan intervensi.

Kedua pasien memiliki stressor yang sama yaitu pada kesehatannya, dimana stressor ini dapat meningkatkan risiko peningkatan kadar gula darah. Dari segi gejala yang timbul kedua pasien memiliki gejala yang hampir mirip, hanya saja pada pasien pertama lebih menonjol pada poliphagia, dan pada pasien kedua lebih menonjol pada polidipsi.

#### 5.1.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua pasien, kedua pasien mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu kerusakan integritas jaringan dan ketidakpatuhan pola makan dengan dengan etilogi yang mencetuskan masalah tersebut sama. Dari 6 batasan karakteristik yang ditegakkan, ada 1 batasan karakteristik yang tidak muncul pada pasien 1, dan ada 2 batasan karakteristik yang tidak muncul pada pasien 2. Batasan karakteristik yang tidak

muncul ini dikarenakan kedua sudah mengerti dengan penyakitnya dan mampu dalam memeriksakan diri dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

#### 5.1.3 Intervensi

Dalam merencanakan tindakan keperawatan pada dasarnya tidak berbeda antara teori dan kasus nyata, intervensi disusun berdasarkan masalah yang muncul dan berdasarkan diagnose yang telah diprioritaskan sesuai dengan kondisi pasien, dan sarana disekitar tempat tinggalnya. Intervensi yang digunakan penulis berasal dari aplikasi dari NANDA-1 2015. Pada Intervensi penatalaksanaan Diabetes Mellitus, penulis lebih berfokus pada pemberian pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus, pemantauan gula darah dan pola makan pasien juga dilakukan setiap kali kunjungan rumah. Penulis juga menekankan bahwa Diabetes Mellitus ini tidak bisa sembuh, melainkan hanya bisa di kontrol utamanya dengan gaya hidup dan pola makan.

#### 5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 kali kunjungan rumah pada dasarnya mengacu pada intervensi, dan hampir semuanya sudah dilakukan pada pasien, tetapi implementasi tidak dilakukan sekaligus melainkan bertahap, melihat perkembangan kondisi pasien, dan evaluasi setiap harinya pada pasien.

#### 5.1.5 Evaluasi

Dari beberapa intervensi seperti pemberian pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus yang tentunya melibatkan keluarga didalamnya sebagai system kontrol sangat efektif diberikan untuk mengontrol anggota keluarganya yang mengalami diabetes mellitus. Dan diharapkan masalah keperawatan dapat teratasi dalam 3 kali kunjungan.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Untuk pasien diharapkan bisa merawat luka secara mandiri dan juga bisa mengontrol gaya hidupnya, untuk keluarga diharapkan mampu menjadi fasilitator sebagai pengontrol keadaan pasien. Dan memberikan dukungan pada pasien sehingga dapat merawat anggota keluarga yang sakit.

### 5.2.2 Bagi Perawat Perkesmas (Puskesmas)

Perawat di tatanan komunitas baik di Puskesmas induk maupun jejaringnya mengintegrasikan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dengan program Indonesia sehat, Posbiandu, Prolanis dengan melibatkan peran keluarga, kader, penggiat DM, mengoptimalkan pentalogi penanganan DM pada Posbiandu dan PROLANIS dengan melibatkan kader, penggiat DM, hingga ketua RW dilingkup kerjanya untuk mendata pasien dengan diabetes mellitus, membuat *family folder* dan pembinaan keluarga agar program ini lebih merata dan menyeluruh.

### 5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan mampu memodifikasi intervensi, misalnya dengan memakai metode baru dalam rawat luka DM sebagai penguat dalam tatalaksana pada pasien DM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abidah, V. d. (2016). Kebiasaan Aktivitas Fisik Pasien Diabetes Mellitus Terhadap Kadar Gula Darah di Rumah Sakit Umum dr. Fauziah Bireuen. *SEL Vol. 3 No. 2*, 42.
- Agus Santosa, P. A. (2017). Hubungan Riwayat Garis Keturunan dengan Usia Terdiagnosis Diabetes Mellitus Tipe II. *URECOL*, 2.
- Ali, Z. (2009). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Ardian, I. (2016). Konsep Spiritualitas dan Religiusitas (Spiritual and Religion) Dalam Konteks Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah*, 6-8.
- ARIFIN, A. Z. (2017). hubungan strategi pemberdayaan dengan empowerment pada penderita diabetes militus tipe 2 diwilaya kerja puskesmas sibela kota surakarta. *strategi pemberdayaan, empowerment, pasien DM tipe 2*.
- Aryana, B. K. (2015). Binahong (Cassia Alata L) As Inhibitor of Escherichiacoli Growth. *J MAJORITY Volume 4 Nomor 4*, 102.
- Aryanti, R. N. (2014). Gambaran Kadar Kalium Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada Volume 12 No 1*, 215.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Aziz, D. J. (2015). *Buku praktis Implementasi Aparatur Sipil Negara Dalam Bidang Kesehatan Untuk Pembinaan Karir Jabatan Fungsional Epidemiologi Kesehatan*. Kendari: CP PRESS.
- Baradero, M. d. (2009). *Seri Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Endokrin*. Jakarta: EGC.
- Bhren, R. (2014). *Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: Pustaka Muslim.
- Cahyono, T. (2018). *Statistika Terapan dan Indikator Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Chiptarini, I. F. (2014). Gambaran Pengetahuan dan Perilaku tentang Penatalaksanaan DM pada Pasien DM di Puskesmas Ciputat Timur. *Skripsi gelar Strata 1 Keperawatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*, 28-29.
- CHUSMEYWATI, V. (2016). KARYA TULIS ILMIAH HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI RS PKU MUHAMMADIYAH

YOGYAKARTA UNIT II. *Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Diabetes Melitus*, 87.

- Citra W.M.S, H. H. (2016). Pengaruh Program Edukasi Perawatan Kaki Berbasis Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *JKP-Volume 4 Nomor 3*, 306-307.
- Damayanti, N. P. (2015). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dalam Pencegahan Ulkus Kaki Diabetik di Poliklinik RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Keperawatan Respati Vol. 2 No. 1*, 3.
- Darmawan, A. (2016). Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular. *JMJ, volume 4, nomor 2*, 195-202.
- Davey, P. (2006). *At a Glance Medicine terjemahan Annisa Rahmalia*. Jakarta: Erlangga.
- Deni Yasmara, d. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Desy L. Allorerung, S. A. (2016). Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado Tahun 2016. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 5-6.
- Donnelly, R. B. (2014). *Buku Pegangan Diabetes Edisi ke 4*. Jakarta: Bumi Medika.
- Ekaputra, E. (2013). *Evolusi Manajemen Luka*. Jakarta: Trans Info Media.
- Erawantini, F. d. (2017). Perancangan Aplikasi Penentu Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 Secara Dini Berbasis Web. *Jurnal Kesehatan Vol. 5 No. 1*, 32.
- Eva Rahayu, R. K. (2014). Pengaruh Program Diabetes Self Management Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Puskesmas II Baturraden. *Jurnal Keperawatan Soedirman, Volume 9, No.3*, 164-165.
- Fadma, F. O. (2014). Hubungan Berbagai Faktor Risiko Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Andalas Vol. 3 No. 1*, 37.
- Fatimah, R. N. (2015). *Diabetes Melitus Tipe 2. Artikel Review*, 89.
- Fatimah, R. N. (2015). *DIABETES MELITUS TIPE 2. Definisi, diabetes Melitus tipe 2, faktor resiko, penatalaksanaan*, 94-101.

- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Mellitus Tipe 2. *J Majority Vol. 4, No. 5*, 94.
- Garnadi, Y. (2012). *Hidup Nyaman Dengan Diabetes Mellitus*. Jakarta: Agro Media Pustaka.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Handayani, L. T. (2016). STUDI META ANALISIS PERAWATAN LUKA KAKI DIABETES DENGAN MODERN DRESSING. *diabetic foot, wound healing, modern dressing*, 149-159.
- Hariana, A. (2013). *262 Tumbuhan Obat dan Khasiatnya*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hartini, S. (2009). *Diabetes? Siapa Takut!!: Panduan Lengkap Untuk Diabetes, Keluarganya, dan Profesional Medis*. Bandung : Mizan Pustaka.
- Herdman, T. H. (2018). *NANDA-I diagnosa keperawatan: definisi dan klasifikasi 2018-2020*. Jakarta: EGC.
- Hidajat, L. B. (2017). Faktor Yang Berperan Terhadap Depresi, Kecemasan dan Stres pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2: Studi Kasus Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat. *Jurnal Ilmiah Psikologi MANASA Vol.6, No. 1*, 16.
- ide, P. (2008). *Gaya Hidup Penghambat Alzheimer*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Irianto, K. (2014). *Pelayanan Keluarga Berencana Dua Anak Cukup*. Bandung: ALFABETA.
- Isfandiari, A. K. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengendalian Kadar Gula Darah dengan Gejala Komplikasi Mikrovaskuler. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 2 Nomor 1*, 3-6.
- Jeanny Rantung, K. Y. (2015). Hubungan Self-Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus (DM) di Persatuan Diabetes Indonesia (Persadia) Cabang Cimahi. *Jurnal Skolastik Keperawatan Vol. 1, No.1*, 42-43.
- judith m. wilkinson, P. A. (2016). *diagnosis keperawtan edisi 10*. jakarta: EGC.
- Junaidin. (2018). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ulkus Diabetikum Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Perawatan Interna RSUD Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Vol. 12, No. 5* , 595.

- Kumala, R. (2014). *Diabetes Bukan Untuk Ditakuti*. Jakarta: FMedia (Imprint AgroMedia Pustaka).
- Kurniadi, H. (2015). *Stop, Diabetes Hipertensi Kolesterol Tinggi Jantung Koroner*. Yogyakarta: Istana Media.
- Kurniawaty, E., & Yanita, B. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II. *DM tipe 2, faktor risiko*, 27-31.
- Kusuma, A. H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: Mediacion.
- Kusuma, R. S. (2017). Komunikasi Antar Pribadi Sebagai Solusi Konflik Pada Hubungan Remaja dan Orangtua di SMK Batik 2 Surakarta. *WARTA LPM Vol. 20, No. 1*, 49-50.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Maghfirah, S., Sudiana, I. K., & Widyawati, I. Y. (2015). RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP STRES PSIKOLOGIS DAN PERILAKU PERAWATAN DIRI PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2. 138-146.
- Mahendra, D. K. (2008). *Care Your Self Diabetes Mellitus*. Jakarta: Penebar Plus.
- Makaminan, M. A. (2014). Hubungan Faktor Perilaku Dengan Kerugian Ekonomi (Economic Loss) Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *GIZIDO Volume 6 No. 2*, 219-224.
- Makhfudli, F. E. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Margareth, C. R. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Maryunani, A. (2013). *Perawatan Luka Modern Praktis Pada Wanita dengan Luka Diabetes*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mayunani, A. (2015). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini dan Terlengkap*. Jakarta: IN MEDIA.
- Ndraha, S. (2014, Agustus). Diabetes Melitus Tipe 2 Dan Tata Laksana Terkini. *LEADING ARTICLE*, hal. 13.
- Nurafif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc*. Jakarta: EGC .
- Nurhayati, I., K, S. P., & Purnomo, S. E. (2014). EFEKTIVITAS HIPNOTERAPI DAN RELAKSASI AUTOGENIK TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2

DENGAN KOMPLIKASI DI RSUD DR. H. SOEWONDO KENDAL.  
*hipnoterapi, relaksasi autogenik, kecemasan, diabetes mellitus tipe 2 dengan komplikasi, 1-12.*

Padilla. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . Yogyakarta: Nuha Medika.

PERKENI. (2015). KONSENSUS PENGELOLAAN DAN PENCEGAHAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INDONESIA 2015. 23.

Purwaningsih, W., & Fatmawat, S. (2010). *ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Renata Komalasari, A. O. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.

Riyadi, S. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Jakarta: EGC.

Rosdiana, D. P. (2015). Angka Kejadian Diabetes Melitus Tidak Terdiagnosis pada Masyarakat Koa Pekanbaru. *Jom FK Volume 2 No. 2, 1-2.*

Sari, C. W., Haroen, H., & Nursiswati. (2016). Pengaruh Program Edukasi Perawatan Kaki Berbasis Keluarga terhadap Perilaku Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Diabetes Melitus, keluarga, perilaku perawatan kaki.*, 305-316.

Savitri, A. (2016). *Tanaman Ajaib! Basmi Penyakit dengan TOGA (Tanaman Obat Keluarga)*. Jakarta: Bibit Publisher.

Sihombing, M. (2017). Faktor Yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Penduduk Indonesia yang Menderita Diabetes Mellitus (Data Riskesdas 2013). *Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 45, No. 1, 54.*

Sitanggang, D. d. (2006). *Terapi Jus & 38 Ramuan Tradisional untuk Diabetes*. Jakarta: Agromedia Pustaka.

sp.PD-KEMD, p. t., & ph.D., F. f. (2019). *DIABETES BISA SEMBUH*. jakarta: PT Gramedia pustaka utama.

Stephanie, K. P. (2015). Hubungan Status Periodontal dan Derajat Regulasi Gula Darah Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Pusat Prof DR. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-GiGi (eG), Volume 3, Nomor 1, 211.*

Suddarth, B. &. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Sudewo, B. (2009). *Buku Pintar Hidup Sehat Cara Mas Dewo*. Jakarta: AgroMedia Pustaka.

- Sulistyarini, M. L. (2013). Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri. *Jurnal Stikes Vol. 6, No. 1, 2-3*.
- Sutedjo, A. (2010). *5 Strategi Penderita Diabetes Mellitus Berusia Panjang*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Sutedjo, A. Y. (2010). *5 Strategi Penderita Diabetes Mellitus Berusia Panjang* . Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Tambaru, E. (2017). Keragaman Jenis Tumbuhan Obat Indigenous di Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmu Alam dan Lingkungan Vol. 8 No. 15, 9..*
- Tandra, H. (2017). *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Tarwoto, Wartonah, Taufiq, I., & Mulyati, L. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Waluyo, S. (2009). *100 Questions & Answers Diabetes*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Wang, A. (2014). *Menuju Hidup Sehat dan Panjang Umur*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Wirakusumah, E. P. (2010). *Sehat Cara Al-qur'an dan Hadits*. Jakarta: Penerbit Hikmah: PT Mizan Publika.
- Wirawan, M. P. (2018). *Tanya Jawab Seputar Kencing Manis (Diabetes Mellitus)*. Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia.

*lampiran 1*

