

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN DIABETES MELLITUS**



**Oleh :**  
**EVA ALTIKANINGRUM**  
**NIM : 2317012**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN DIABETES MELLITUS**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma I II Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY”  
Yogyakarta

**EVA ALTIKANINGRUM**  
NIM : 2317012

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**


**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN DIABETES MELLITUS**

Oleh :  
EVA ALTIKANINGRUM  
NIM : 2317012

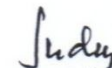
Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
Disetujui pada tanggal

..... 2 Juli 2020 .....

Pembimbing I

  
Eddy Murtoyo S.Kep.Ns.M.Kep  
NIK : 114199032

Pembimbing II

  
Induniasih S.Kp.M.Kes  
NIP : 195712201986032001

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN DIABETES MELLITUS**

Oleh :  
EVA ALTIKANINGRUM  
NIM : 2317012

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Akper "YKY" Yogyakarta Pada Tanggal 3 Juli 2020

Dewan Penguji :

Eddy Murtoyo S.Kep.Ns.M.Kep

Induniasih S.Kp.M.Kes

Wahyu Ratna SKM.M.Kes

Tanda Tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta

  
Tri Arini, S.Kep., Ns., Mkep  
NIK 114103052



## **HALAMAN MOTTO**

Hidup adalah Keyakinan dan Perjuangan. Perjuangan adalah prosesnya dan yakin adalah kunci jawaban dari segala permasalahan

(Eva Altikaningrum)

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini penulis mempersembahkan untuk :

1. Bapak dan Ibu yang tidak pernah berhenti mendoakan, dan menemani dalam membuat Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil, motivasi dan segalanya yang tak pernah dapat dihitung dan berakhir.
2. Seluruh anggota keluarga yang telah memberikan doa, motivasi, dukungan semangat.
3. Untuk sahabat seperjuangan yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi dan membantu dikala susah ataupun senang, semoga kita bisa meraih kesuksesan kita masing-masing.
4. Untuk semua teman-teman keperawatan anak yang telah berjuang bersama kesana kemari untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Untuk teman seperjuangan Amd.Kep angkatan 23, sukses untuk kita semua.
6. Almamater kebangganku Akper "YKY" Yogyakarta.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya sehingga karya tulis ilmiah “GAMBARAN STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA DENGAN DIABETES MELLITUS” dapat terselesaikan dengan baik. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai syarat menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung, baik dukungan moril maupun materiil.

Tak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep. selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
2. Eddy Murtoyo S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen pembimbing I dan Induniasih S.Kp.M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis, sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
3. Wahyu Ratna SKM.M.Kes selaku dosen penguji.
4. Dosen Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan bimbingan arahan dan ketrampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan.

Semoga amal baik serta bantuan yang telah diberikan akan mendapat pahala dari Allah SWT. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan. Saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Yogyakarta, .....

Penulis,

Eva Altikaningrum



## DAFTAR ISI

BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Studi Kasus .....	3
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Manfaat Studi Kasus .....	5
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Konsep Dasar Diabetes Mellitus .....	6
1. Definisi.....	6
2. Faktor resiko diabetes mellitus .....	6
3. Tipe Diabetes Mellitus.....	7
4. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus.....	7
B. Konsep Keluarga Dan Asuhan Keperawatannya .....	9
1. Definisi Keluarga .....	10
2. Fungsi perawatan keluarga .....	11
3. Tipe Keluarga .....	12
4. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga .....	15
5. Tugas Keluarga.....	16
C. Asuhan Keperawatan Keluarga .....	19
1. Pengkajian Keperawatan .....	19
2. Diagnosa Keperawatan.....	20
3. Perencanaan Keperawatan Keluarga .....	21
4. Implementasi Keperawatan Keluarga.....	24
5. Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	25
D. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga .....	25
1. Definisi .....	25
2. Batasan Karakteristik .....	25
3. Faktor yang berhubungan .....	25
4. Nursing Outcome Classification .....	27
5. Nursing Intervention Classification.....	28
E. Kerangka Teori .....	30

BAB III .....	31
METODE PENELITIAN.....	31
A. Rancangan Penelitian .....	31
B. Objek Penelitian .....	31
C. Lokasi dan Waktu studi kasus.....	31
D. Definisi Operasional.....	32
E. Instrumen Studi Kasus .....	32
F. Teknik Pengumpulan Data.....	33
G. Analisa Data .....	34
H. Etika Studi Kasus .....	35
I. Kerangka Alur.....	36
BAB IV .....	37
A. Hasil .....	37
B. Pembahasan .....	39
BAB V.....	43
A . Kesimpulan .....	43
B. Saran .....	44
DAFTAR PUSTAKA .....	
LAMPIRAN	
A. Jadwal Kegiatan	
B. Format Asuhan Keperawatan Keluarga	
C. Laporan Asuhan Keperawatan	
D. Bukti Bimbingan	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala Untuk Menentukan Prioritas .....	20
Tabel 2.2 NOC ( <i>nursing outcomes classification</i> )2013.....	25
Tabel 2.3 NIC ( <i>nursing intervention classification</i> )2013 .....	26
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	30

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	28
Gambar 3.1 Kerangka Alur .....	34

## Eva Altikaningrum(2020) Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus

Pembimbing: Eddy Murtoyo, Induniasih.

### Abstrak

Diabetes Mellitus adalah penyakit metabolik yang dikarakteristikan dengan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) yaitu GDS lebih 200mg/dl. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga adalah ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan bagi salah satu anggota keluarga. Tujuan studi dokumentasi ini untuk menganalisis dokumentasi asuhan keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn. S dengan salah satu anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus. Metode studi dokumentasi ini adalah studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi dengan 1 sampel keluarga dari salah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan didalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019 tentang Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus Di Puskesmas Gamping 1. Dari hasil pengkajian didapatkan batasan karakteristik kurang perhatian pada penyakit dan kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko dengan faktor yang berhubungan kesulitan ekonomi. Hal ini sesuai dengan NANDA (2018) diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, perencanaan mengacu pada NOC dan NIC, pada implementasi sudah sesuai dengan perencanaan, evaluasi hasil teratasi dengan 3 kali pertemuan.

Kata kunci: Diabetes Mellitus, Keluarga, Studi Dokumentasi.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diabetes mellitus secara umum adalah suatu keadaan yakni tubuh tidak dapat menghasilkan hormon insulin sesuai kebutuhan atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan. Dalam hal ini terjadi lonjakan kadar gula darah dalam darah melebihi normal menurut Tholib (2016).

Data RISKESDAS pada tahun 2018 terdapat jumlah penderita DM sebanyak 350 orang dari jumlah sampel 14.602 orang. Penderita DM terbanyak dalam rentang umur 55 - 64 tahun sebanyak 6,29% dan jenis kelamin perempuan sebanyak 1,78% dengan riwayat pendidikan (D1, D2, D3, PT) sebanyak 2,84%. Berdasarkan prevalensi terendah untuk pemeriksaan kadar gula darah pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun.

Hasil surveilans terpadu penyakit Diabetes Mellitus pada peringkat nomor 4 di Yogyakarta pada tahun 2017 dengan jumlah 8.321 kasus (Profil Kesehatan DIY, 2017 )

Menurut Susilaningsih & Salmiyati (2017) terdapat 500 kasus penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Gamping 1 DIY. Jumlah total responden 30 orang dengan diabetes mellitus diperoleh hasil jenis kelamin sebagian besar perempuan 17 orang dan berpendidikan SMP yaitu 15 orang, penderita DM terbanyak kisaran umur 50 tahun keatas. Tingkat pengetahuan masyarakat mengenai upaya penatalaksanaan penyakit sangat

minim. Masyarakat memandang bahwa upaya pelayanan pada penderita Diabetes Mellitus selama ini hanya berfokus pada pengobatan atau aspek medis saja, sehingga upaya penatalaksanaan penyakit ini yang dilakukan penderita hanya bersifat klinis, sehingga sangat perlu upaya penatalaksanaan yang berorientasi pada perubahan perilaku pasien. Salah satu caranya yaitu pengaturan diet.

Menurut Ramadhan M A 2019 dalam keluarga gaya hidup dan perilaku berpengaruh penting. Gaya hidup yang kurang tepat bisa membuat masalah seperti diabetes mellitus. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan sehingga perlu perawatan seumur hidup, penderita diabetes mellitus semakin banyak maka harus segera ditindaklanjuti agar tidak menjadi masalah kesehatan yang kompleks.

Masalah kesehatan yang kompleks yaitu dapat di klasifikasikan sebagai mikrovaskuler dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskular termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan ginjal (nefropati), dan kerusakan mata (retinopati). Sedangkan, komplikasi makrovaskular termasuk penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer. Penyakit pembuluh darah perifer dapat menyebabkan cedera yang sulit sembuh, gangren bahkan amputasi.

Bentuk peran keluarga dalam memberikan dukungan kepada pasien DM ditunjukkan dengan kemampuan keluarga yang dipakai menurut teori Bloom yaitu kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor.

Ketidakmampuan keluarga dalam melakukan tugas keluarga menyebabkan, ketidakmampuan mengenal masalah yang di alami anggota keluarga lainnya, kegagalan dalam mengurangi faktor risiko dengan masalah DM kesulitan dalam program pengobatan DM yang ditetapkan, ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, dan kurang perhatian terhadap penyakit. Dari ketidakmampuan keluarga dalam memenuhi tugas keluarga muncul ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

Dalam meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat, salah satu peran penting seorang perawat adalah edukator dalam keluarga terjadi interaksi eksternal dan internal, perawat menekankan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif menurut jurnal dari Rima Ulfa F (2017).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan tersebut, penulis merumuskan masalah studi kasus yaitu: Bagaimana Studi Dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus di Puskesmas Gamping I DIY ?



### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan yang didapat dari rumusan masalah tersebut adalah:

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus di Puskesmas Gamping I DIY.

#### **2. Tujuan Khusus**

Diketuinya gambaran tentang:

##### **a. Mampu menganalisis dokumen**

- 1) Diketuinya analisis dari hasil pengkajian gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus
- 2) Diketahui analisis dari hasil penegakkan diagnosis gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus
- 3) Diketahui analisis dari rencana gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus
- 4) Diketahui analisis dari pelaksanaan gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus

- 5) Diketahui analisis dari evaluasi keperawatan gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus

#### **D. Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan keluarga. Materi yang dibahas adalah gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan diabetes mellitus pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Gamping I DIY dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis

Menambahkan keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam Diagnosa Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus di Puskesmas Gamping I DIY.

2. Praktis

- a. Bagi keluarga

Meningkatkan kesehatan keluarga dengan memandirikan keluarga.

b. Bagi Puskesmas Gamping I DIY

Manfaat untuk Puskesmas yaitu mendekatkan jangkauan pelayanan

c. Bagi AKPER YKY

Menjadikan media ini sebagai media pembelajaran tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus

d. Bagi penulis

Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam menangani pasien sehingga dapat mengaplikasikan dalam pekerjaan sebagai perawat

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### 1. Diabetes Mellitus

###### a. Definisi

Diabetes mellitus diartikan sebagai penyakit metabolik yang dikarakteristikan dengan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia), GDS > 200mg/dl, sebagai hasil dari sekresi insulin yang terganggu, kerja insulin atau karena keduanya menurut *American Diabetes Association (ADA)*.

###### b. Dalam buku dengan penulis Sahar J tahun 2019 Faktor risiko diabetes mellitus yaitu :

- 1) Usia semakin bertambah usia risiko terjadinya diabetes melitus semakin meningkat. Usia lebih 45 tahun lebih beresiko
- 2) Obesitas
- 3) Merokok
- 4) Hipertensi
- 5) Dislipidemia
- 6) Wanita
- 7) Prevalensi diabetes juga ditemukan meningkat pada rumah tangga dengan pendapatan yang tinggi.

c. Tipe Diabetes Mellitus menurut buku dengan penulis Mary A tahun terbit 2019 yaitu:

1) DM tipe 1

(sebelumnya banyak disebut sebagai diabetes yang tergantung pada insulin, pankreas tidak memproduksi insulin atau produksi yang kurang sehingga membutuhkan tambahan insulin dari luar).

2) DM tipe 2

Sebelumnya banyak disebut sebagai diabetes yang tidak tergantung dengan insulin, resisten insulin penatalaksanaan dengan olahraga dan diet yang tepat.

3) DM gestasional (diabetes yang terjadi pada saat dan dikarenakan kehamilan).

4) DM yang berhubungan dengan kondisi lain nya. Beberapa penyakit yang dikethui dapat menyebabkan dm antara lain adalah pankreas, efek obat, seperti kortisolsteroid dan esterogen.

5) Toleansi glukosa terganggu (TGT) ini adalah pre-diabetes dengan batas nilai gula darah puasa adalah 100-125mg/dl dan 140-190mg/dl pada kondisi dua jam setelah makan(Mary A, 2019).

d. Penatalaksanaan DM menurut penulis Sahar tahun terbit 2019

Penatalaksanaan diabetes mellitus dilakukan dengan melakukan pengaturan beberapa komponen meliputi :

1) Manajemen nutrisi

Menyediakan semua zat nutrient yang dibutuhkan, memenuhi kebutuhan tubuh, mencapai dan mempertahankan berat badan, mencegah adalah fluktuasi kadar gula darah setiap waktunya. Dengan menggunakan edukasi nutrisi, kelompok pendukung, terapi perilaku bahkan konseling untuk dapat mencapai tujuan dari manajemen nutrisi.

2) Latihan-olahraga

Olahraga sangat penting untuk menurunkan kadar gula, karena gula darah digunakan oleh otot dan meningkatkan penggunaan insulin, olahraga tidak di anjurkan bagi diabetisi bila kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl.

3) Pemantauan

Gula darah mandiri oleh diabetisi sangat penting untuk mengontrol level gula darahnya. untuk diabetisi yang mendapatkan suntikan insulin perlu melakukan cek gula darah 3-4x dalam sehari atau sebelum makan. Pemantauan sebanyak 2-3x dalam seminggu di anjurkan bagi diabetisi yang tidak mendapat insulin

4) Terapi obat

Pemberian insulin atau antidiabetes oral perlu diketahui berbagai sediaan yang ada.

5) Pendidikan kesehatan

Perlu persiapan yang matang dalam pemberian edukasi kesehatan tentang diabetes bagi klien dan keluarganya. Media dan materi yang sesuai dengan kebutuhan serta informasi yang bertahap dilakukan oleh perawat. Selain tentang proses penyakit hal lain yang juga sangat penting adalah tentang manajemen nutrisi, penatalaksanaan DM bahkan sampai penanganan kondisi darurat seperti hipo-hiperglikemia. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mendorong keingintahuannya dalam mengenal suatu penyakit sehingga dapat mengambil tindakan secepatnya.

- e. Brunner dan Suddarth (2010) yaitu mengemukakan bahwa ukuran kepatuhan pasien Diabetes Mellitus adalah bila mengikuti semua petunjuk kepatuhan secara teratur. Kepatuhan tersebut meliputi pemakaian insulin, diet, latihan fisik dan pendidikan kesehatan
- f. 4 Pilar Manajemen Diabetes menurut Sahar (2019) yaitu:
- 1) Edukasi
  - 2) Perencanaan makan
  - 3) Latihan Jasmani
  - 4) Obat anti diabetik

## **B. Konsep keluarga dan asuhan keperawatan keluarga**

### 1. Pengertian keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga menurut Friedman (2013)

### 2. Fungsi perawatan keluarga

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga sebagai berikut

#### a. Fungsi afektif

Respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang di alami tiap anggota keluarga dalam mengekspresikam kasih sayang dan saling menghormati.

#### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam cara keluarga - keluarga berinteraksi dengan masyarakat.

#### c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan cara keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga, membawa anggota keluarga yang sakit ke rumah sakit

#### d. Fungsi ekonomi

Keluarga mencari penghasilan guna memenuhi kebutuhan sandang papan pangan dan kebutuhan lain nya, pengaturan



penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis

Fungsi biologis bukan hanya di tujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi psikologis terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga.

g. Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dan kejadian DM. Orang yang tingkat pendidikan nya tinggi biasa nay akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya Trisnawati & Setyorogo (2013)

3. Menurut Andarmoyo S, 2016 terdapat Tipe keluarga sebagai berikut

a. *Tradisional nuclear* atau keluarga inti

Merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu

dan anak tinggal dalam satu rumah, di mana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.

b. *Commuter family*

Yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.

c. *Reconstituted nuclear*

Adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya, bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

d. *Extended family* atau keluarga besar

Keluarga besar tradisional adalah satu bentuk keluarga di mana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya.

e. Keluarga dengan orang tua tunggal atau *single parent*

Keluarga dengan orang tua tunggal adalah bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian non tradisional dari

keluarga ini adalah single adult yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.

*f. Communal atau commune family*

Adalah keluarga di mana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa ikatan keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan di mana penduduknya padat.

*g. Unmarried parent dan child*

Adalah keluarga yang terdiri dari ibu anak, tidak ada perkawinan dan anaknya hasil dari adopsi.

*h. Cohibing couple*

Merupakan keluarga yang terdiri dari 2 orang atau 1 pasangan yang tinggal bersama tanpa status perkawinan.

*i. Niddle age atau aging couple*

Suami sebagai pencari uang istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan atau meniti karir.

*j. Dyadic nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

4. Menurut Andarmoyo, 2016 terdapat 8 Tahap perkembangan keluarga yaitu:
  - a. Tahap satu (membangun perkawinan yang saling memuaskan, menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua).
  - b. Tahap dua (membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga), rekonsiliasi tugas tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek.
  - c. Tahap tiga (memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan, menyosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunikasi).
  - d. Tahap empat (menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga).

- e. Tahap kelima (menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa semakin mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak, mempertahankan etika dan standar moral keluarga).
  - f. Tahap enam (memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri).
  - g. Tahap tujuh (menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak, memperkokoh hubungan perkawinan).
  - h. Tahap delapan (mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)).
4. Menurut Friedman (2010) terdapat lima Tugas Keluarga yaitu :
- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah diabetes mellitus

- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam penanggulangan diabetes mellitus
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit diabetes mellitus.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

### **C. Asuhan keperawatan keluarga**

Tahapan proses keperawatan keluarga meliputi

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian.

Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya dalam IPKKI 2017). Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahap. Pengkajian tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga. Tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas tugas kesehatan keluarga.

Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

- a. Data umum/identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
- b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit/ alergi.
- c. Data pengkajian yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernafasan, muskuloskeletal, neurosensori, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari.
- d. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah
- e. Struktur keluarga, struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai(value), komunikasi, kekuatan. Komponen struktur keluarga ini akan menjawab pertanyaan tentang siapa anggota keluarga, bagaimana hubungan diantara anggota keluarga.

- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga tugas perkembangan keluarga
- g. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah keyakinan dan lain-lain

Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga meliputi:

- 1) Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga dapat diperoleh dari wawancara dengan klien berkaitan dengan kejadian sebelumnya dan kejadian sekarang, penilaian subyektif misalnya pengalaman setiap anggota keluarga, maupun temuan yang objektif.
  - 2) Sumber data keluarga dapat juga diperoleh dari informasi yang tertulis atau lisan dari berbagai agensi yang berhubungan atau bekerjasama dengan keluarga, atau informasi dari anggota tim kesehatan lain.
2. Diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Diagnosis keperawatan keluarga



dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan, keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Daftar diagnosis keperawatan keluarga. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, kesiapan meningkatkan proses keluarga, gangguan proses keluarga, kesiapan meningkatkan koping keluarga.

### 3. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan. Tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

#### a. Menetapkan prioritas masalah

Menetapkan prioritas masalah / diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala penyusunan prioritas dari Maglaya dalam IPKKI 2017

## 1) Penampisan

Tabel : 2.1 skala untuk menentukan prioritas

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		
	Skala wellness	3	
	Aktual	3	1
	Resiko	2	
	Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah skala :		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
3	Tidak dapat	0	
	Potensi asalah untuk dicegah		
	Skala tinggi	3	1
4	Cukup	2	
	Rendah	1	
	Menonjolnya masalah skala :		
	Segera	2	1
	Tidak perlu	1	
	Tidak dirasakan	0	

Sumber : Maglaya dalam IPKKI, 2017

Cara skoring:

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kaliknlah dengan bobot

Skor



Bobot

Angka tertinggi

- c) Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria

## 2) Tujuan

Manajemen kesehatan keluarga meningkat.

### 3) Intervensi

Sesuai dengan NIC (Nursing Intervention Classification)

#### b. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas :

Penentuan prioritas masalah didasarkan dari empat kriteria yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah

- 1) Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga
- 2) Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor faktor berikut :
  - a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah
  - b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga
  - c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu
  - d) Sumber daya masyarakat dan sokongan masyarakat

- 3) Kriteria ketiga, yaitu potensi masalah dapat di cegah faktor-faktor yang perlu di perhatikan adalah
  - a) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit
  - b) Tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
  - c) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit
- 4) Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga dilihat masalah kesehatan tersebut

#### 4. Implementasi

Mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan.

asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan. Implementasi yang ditujukan pada keluarga meliputi:

- a. Tindakan keperawatan langsung
- b. Tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar
- c. Tindakan observasi
- d. Tindakan pendidikan kesehatan

## 5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah di berikan penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan klien/keluarga.

### D. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

#### 1. Definsi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu  
NANDA (2018)

#### 2. Batasan karakteristik menurut NANDA (2018)

- a. Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga
- b. Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko
- c. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan
- d. Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan
- e. Kurang perhatian pada penyakit

#### 3. Faktor berhubungan menurut NANDA (2018)

- a. Kerumitan regimen terapeutik
- b. Kerumitan sistem pelayanan kesehatan
- c. Kesulitan ekonomi

- d. Konflik keluarga
  - e. Konflik pengambilan keputusan
4. Intervensi keperawatan

Menurut nursing outcomes classification (2013) kriteria hasil dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.2 NOC (*nursing outcomes classification*)2013

NOC ( <i>nursing outcomes classification</i> )	Kriteria hasil
Normalisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga</li> <li>2. Mempertahankan rutinitas keluarga seperti biasanya</li> <li>3. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan anggota yang terkena dampak</li> <li>4. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga</li> <li>5. Memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga</li> <li>6. Memenuhi kebutuhan perkembangan diri anggota keluarga</li> <li>7. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat</li> <li>8. Mempertahankan harapan untuk anggota keluarga seperti biasanya</li> </ol>
Partisipasi keluarga dalam perawatan professional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipasi dalam perencanaan perawatan</li> <li>2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan</li> <li>3. Memperoleh informasi yang diperlukan</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan</li> <li>5. Bekerja sama dalam menentukan perawatan</li> <li>6. Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien</li> <li>7. Partisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan</li> <li>8. Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukannya</li> <li>9. Mendefinisikan kebutuhan dan masalah yang relevan untuk perawatan</li> </ol>

Status kesehatan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan fisik anggota keluarga</li> <li>2. Aktivitas fisik anggota keluarga</li> <li>3. Kesehatan mental anggota keluarga imunisasi</li> <li>4. Anggota keluarga perkembangan psikososial</li> <li>5. Anggota keluarga penyesuaian terhadap disabilitas</li> <li>6. Akses ke perawatan kesehatan</li> <li>7. Sumber daya perawatan kesehatan yang tepat</li> <li>8. Sumber daya pelayanan sosial yang tepat</li> </ol>
Ketahanan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beradaptasi dengan kesulitan sebagai suatu tantangan</li> <li>2. Mempertahankan nilai-nilai tujuan dan impian mendukung anggota keluarga</li> <li>3. Bekerja sama untuk mencapai tantangan</li> <li>4. Memelihara anggota keluarga</li> <li>5. Melindungi anggota keluarga</li> </ol>
Keparahan gejala	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terkait ketidaknyamanan</li> <li>2. Terkait kegelisahan</li> <li>3. Tidur yang kurang</li> </ol>
Pengetahuan: penanganan	<p style="text-align: center;">regimen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui proses penyakit tertentu</li> <li>2. Mengetahui diet yang dianjurkan</li> <li>3. Mengetahui aktivitas fisik yang dianjurkan</li> <li>4. Mengetahui teknik pemantauan sendiri</li> <li>5. Mengetahui manfaat manajemen penyakit</li> </ol>

Iklim sosial keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berpartisipasi dalam kegiatan bersama</li> <li>2. Mempertahankan hubungan dengan anggota keluarga</li> <li>3. Menetapkan aturan keluarga</li> <li>4. Menjaga kebersihan rumah</li> <li>5. Dukungan satu sama lain</li> <li>6. Memberikan privasi bagi anggota keluarga</li> <li>7. Berbagi proses pengambilan keputusan</li> <li>8. Bekerja sama untuk mencapai tujuan keluarga</li> <li>9. Berbagi perasaan dengan satu sama lain</li> <li>10. Berbagi masalah dengan satu sama lain</li> <li>11. Memecahkan masalah bersama-sama</li> </ol>
Pengetahuan manajemen penyakit kronik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor-faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi</li> <li>2. Tanda dan gejala penyakit kronik</li> <li>3. Tanda dan gejala komplikasi</li> <li>4. Strategi pencegahan komplikasi</li> <li>5. Diet yang dianjurkan</li> <li>6. Strategi untuk berhenti merokok</li> <li>7. Strategi mengatasi efek samping penyakit</li> <li>8. Memantau glukosa darah</li> </ol>

Tabel 2.3 NIC (*nursing intervention classification*)2013

NIC ( <i>nursing intervention classification</i> ) 2013	Intervensi
Dukungan pengasuhan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver</li> <li>2. Mengkaji tingkat penerimaan caregiver terkait perannya untuk menyediakan perawatan</li> <li>3. Menerima ekspresi negatif dan caregiver</li> <li>4. Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan caregiver</li> <li>5. Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien</li> <li>6. Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang terjadi</li> <li>7. Monitor indikator adanya stress</li> </ol>
Peningkatan keterlibatan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan</li> <li>2. Ciptakan budaya fleksibilitas</li> </ol>



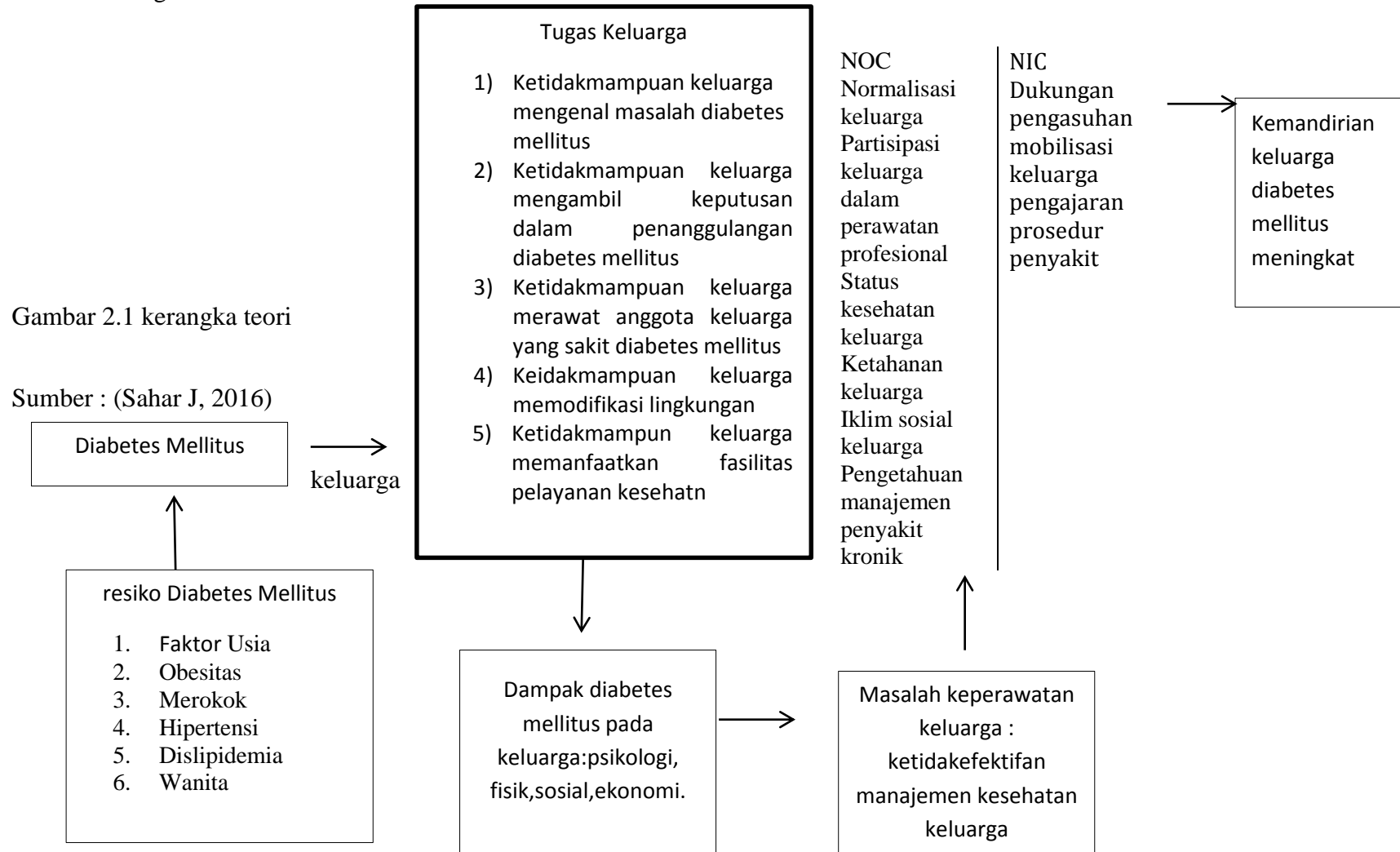
- untuk keluarga
3. Tentukan sumber daya fisik, emosional dan edukasi dari pemberi perawatan utama
  4. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien
  5. Monitor struktur dan peran keluarga
  6. Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien
  7. Fasilitasi pemahaman mengenai aspek medis dari kondisi pasien pada anggota keluarga
  8. Identifikasi kesulitan koping pasien dengan anggota keluarga
  9. Diskusikan pilihan jenis perawatan di rumah
- Mobilisasi keluarga
1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga
  2. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga
  3. Identifikasi kekuatan sumber daya keluarga, dalam anggota keluarga dan dalam sistem dukungan keluarga dan masyarakat
  4. Ajarkan pemberi perawatan di rumah mengenai terapi pasien yang sesuai
  5. Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi dan perubahan gaya hidup
  6. Monitor situasi terakhir keluarga
  7. Bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi layanan kesehatan dan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien
- Pengajaran: prosedur penyakit
1. Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik
  2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi sesuai kebutuhan
  3. Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai

- kebutuhan
4. Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan
  5. Eksplorasi bersama pasien apakah dia telah melakukan manajemen gejala
  6. Hindari memberikan harapan kosong
  7. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi
  8. Diskusikan pilihan terapi/penanganan
  9. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada sesuai kebutuhan
  10. Instruksikan pasien mengenai tindakan untuk meminimalkan efek samping penanganan dari penyakit sesuai kebutuhan

#### Bantuan pemeliharaan rumah

1. Sediakan informasi bagaimana cara membuat rumah aman dan bersih
2. bantu anggota keluarga untuk mengembangkan harapan realistis dari mereka sendiri dalam melaksanakan peran mereka
3. anjurkan untuk menghilangkan bau yang tidak enak
4. tentukan kebutuhan pemeliharaan rumah pasien

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 kerangka teori

Sumber : (Sahar J, 2016)

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Jenis Dan Rancangan Penelitian**

Rancangan ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa / kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus di Puskesmas Gamping I DIY

#### **B. Objek Penelitian**

Objek penelitian adalah sasaran untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal yang objektif, valid dan reliable tentang suatu hal (Sugiyono, 2010). Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

#### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di kampus Akper “YKY” Yogyakarta program studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah)

## D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Diabetes Mellitus	Keluarga Tn S dengan salah satu anggota keluarga Tn S di Gamping mengalami peningkatan kadar gula darah melebihi batas normal, GDS normal kurang dari 200 mg/dl, jika lebih dari 200mg/dl hiperglikemia, sedangkan dibawah 70mg/dl hipoglikemia. Terdiagnosis Diabetes Mellitus.
2	Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga	Ketidakmampuan keluarga Tn S di Gamping untuk memenuhi tujuan kesehatan keluarga bagi salah satu anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus

## E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatan mengumpulkan data (Arikunto, Suharsimi, 2010). Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya. Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan keluarga.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

### 1. Wawancara

Beberapa pertanyaan yang diajukan keluarga sesuai dengan batasan karakteristik ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga secara garis besar antara lain: Keyakinan, nilai, dan perilaku sehat keluarga, Definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga, Status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga, Praktik diet keluarga, Kebiasaan tidur dan istirahat, Aktivitas dan rekreasi fisik, Praktik obat terapeutik dan penenang, alkohol, dan tembakau dalam keluarga, Peran keluarga dalam perawatan diri, Praktik lingkungan dan *hygiene*, Tindakan pencegahan berbasis medis, Terapi komplementer dan alternative, Riwayat kesehatan keluarga, Pelayanan kesehatan yang diperoleh, Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan, Layanan kesehatan darurat, Sumber pembayaran, Logistik perawatan yang diperoleh.

### 2. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan menggunakan pendekatan IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) kegiatan observasi pada lingkungan keluarga dengan menggunakan panca indra yaitu penglihatan, penciuman dan pendengaran, melihat pada kaki pasien dengan DM pada kaki nya apakah terdapat luka, pengecekan GDS,

melakukan pemeriksaan fisik secara *head too toe* kepada seluruh anggota keluarga

### 3. Studi dokumentasi

Caranya dengan melihat catatan perkembangan dan hasil pemeriksaan penunjang dalam status keluarga dan menggunakan data lain yang relevan. Studi dokumentasi dapat dilakukan diantaranya melihat seberapa rutin keluarga dengan diabetes mellitus rutin berobat ke Puskesmas.

## **G. Analisa Data**

Teknik analisa data digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti, dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi

### 1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumen dan dibuat laporan asuhan keperawatan Triangulasi

### 2. Data

Data dikonfirmasi ke pihak lain selain responden atau partisipan yaitu ke puskesmas dan tim medis lainnya

### 3. Penyajian Data

Penyajian data dapat berupa tabel, gambar genogram, bagan ataupun teks naratif penyajian data dapat berupa tabel yaitu saat melakukan skoring, komposisi keluarga, perencanaan dan menulis catatan perkembangan, gambar genogram yaitu pada struktur dalam keluarga minimal 3 generasi, bagan ataupun teks naratif yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi

## H. Etika Studi Kasus

1. *Informed consent* (lembaran persetujuan menjadi responden) Lembar persetujuan pasien terhadap persetujuan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan kepada diri pasien

2. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan).

Autotomi berarti kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri, berarti menghargai manusia sehingga harapannya perawat memerlukan mereka sebagai seorang yang mempunyai harga diri dan martabat serta mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

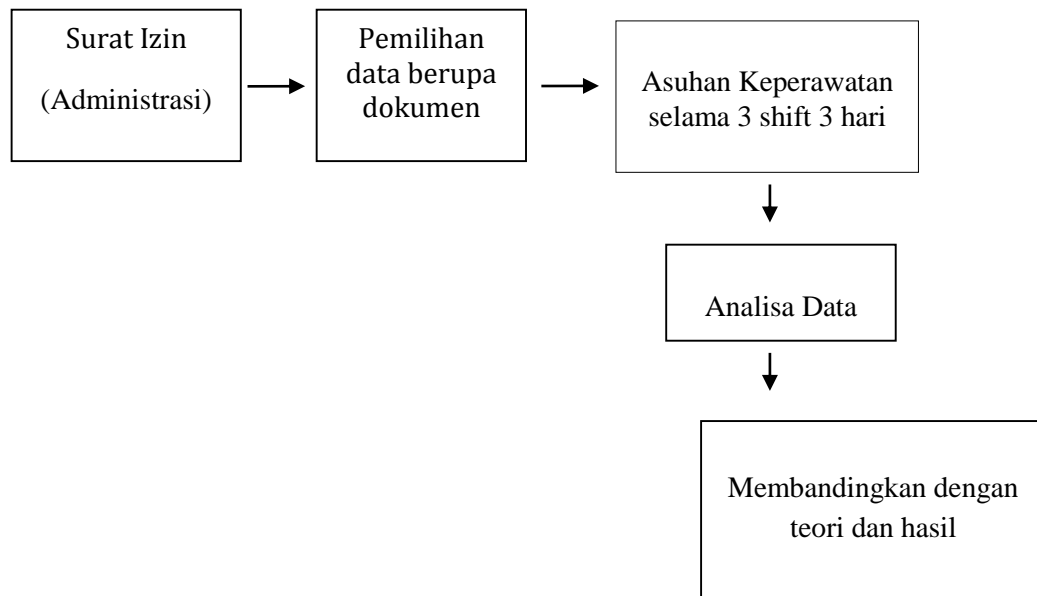
3. *Confidentiality* (kerahasiaan).

Kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan, upaya peningkatan kesehatan klien



dan atau atas permintaan pengadilan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari

### I. Kerangka Alur

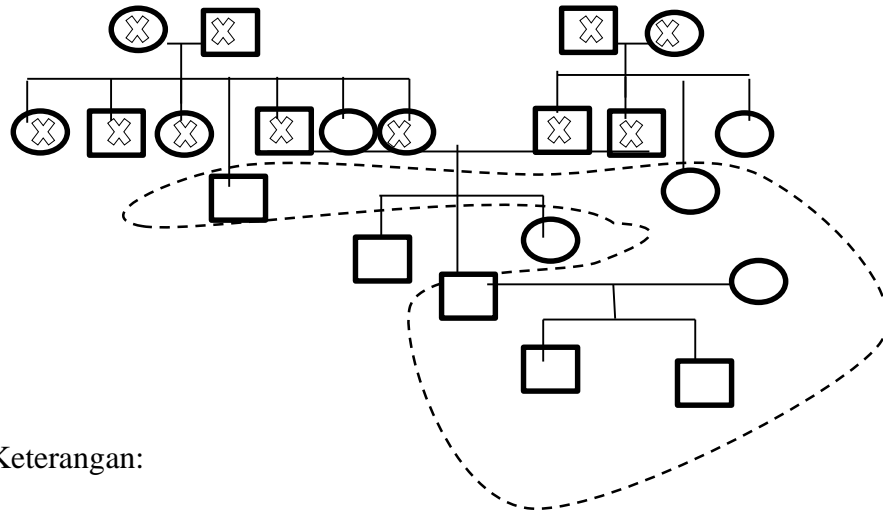


Gambar 3.2 kerangka alur

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil



Keterangan:

- Garis menikah —
- Garis keturunan |
- Perempuan ○
- laki-laki □
- meninggal ✕
- Tinggal serumah - - - - -

#### 1. Pengkajian

Hasil pengkajian tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga didapatkan data bahwa keluarga Tn. S sibuk dengan bekerja sebagai buruh tani di sawah dari pagi sampai sore dan jarang berolahraga, keluarga Tn. S belum mengetahui tentang diit makanan untuk mengontrol

kesehatan. Ny. W mengatakan makan makanan seadanya sesuai keadaan penghasilan yang di dapat. Pendapatan 900.000/bulan dan pengeluaran 900.000/bulan. Keuangan di keluarga Tn.S tetap merasa tidak cukup. Ny. W mengatakan sakit Diabetes dan hipertensi sudah sejak 10 tahun yang lalu. Keluarga Tn. S mengatakan diabetes mellitus itu penyakit gula atau kencing manis. Keluarga Tn.S mengatakan Ny.W masih rutin minum obat (metformin 2x500mg, glimepiride 2x2mg, amlodipine 3x10mg, captopril 3x12,5mg) resep dari puskesmas untuk mengontrol gula darah dan tekanan darah diminum setiap hari. TTV pada tanggal 10 Juli 2017 TD : 140/90mmHg N: 88x/menit, RR:22x/menit, S:36,4°C, BB:50 Kg, TB:150 cm, IMT:22,2 dan GDS terakhir pada tanggal 295mg/dl, penglihatan kabur. Ny.W mengatakan ketika sudah habis obatnya rutin kontrol ke puskesmas. Ny.W berobat terkadang berangkat sendiri, namun lebih sering diantar oleh anaknya. Ny.W mengatakan untuk makan sehari-hari masak sendiri, namun terkadang beli jika tidak sempat untuk memasak. Ny.W mengatakan lebih suka memasak oseng-oseng, sayur, dan gorengan. Ny.W mengatakan tidak membedakan masakan untuk dirinya dan anggota keluarga lainnya. Keadaan rumah keluarga Tn.S kotor dan kamar tidak tertata dengan rapi. Keluarga Tn.S memiliki kandang ternak ayam di depan rumah dan terdapat potongan kayu yang berserakan di depan rumah. Halaman rumah Tn.S banyak berbatuan krikil yang tajam. Ny.W mengatakan rutin melakukan kunjungan ke puskesmas untuk

mengontrolkan gula darah dan tekanan darah. Ny W mengatakan ada gangguan tidur dan mudah terbangun saat tidur untuk buang air kecil 2-3 kali. Anggota keluarga lainnya tidak ada gangguan tidur. Pendidikan terakhir Tn. S SD, Ny. W SD tidak tamat, Tn. W SMA, Ny. W SD, An. G SMA dan An. F masih SD. Dalam keluarga Tn.S terdapat lansia usia 65 tahun (Tn.S) dan 60 tahun (Ny.W).

Hasil pengkajian gangguan rasa nyaman didapatkan data bahwa Ny S mengatakan mengalami nyeri pada kaki kiri dan kanan dari lutut sampai ke tungkai dan berjalan 1 bulan yang lalu. Keluarga Tn.S mengatakan bahwa nyeri yang dialami Ny.W mengganggu Ny.W karena awalnya 3 minggu yang lalu sampai Ny.W kesakitan untuk berjalan. Namun sekarang sudah seperti biasanya, hanya terasa sakit/nyeri ketika berdiri dari duduk. Ny.W mengatakan sering memakan-makanan seperti kacang-kacangan. Ny W mengatakan nyeri sedang skala 3 dari 0-5. Anggota keluarga Tn S lainnya mengatakan tidak memiliki keluhan. Tn.W mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit. Ny.S mengatakan tidak memiliki keluhan. An.G mengatakan tidak memiliki keluhan. An.F mengatakan tidak memiliki keluhan.

## 2. Diagnosa

Dari hasil pengkajian tersebut, didapatkan diagnosa keperawatan menurut NANDA 2018 yaitu: ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga DM dan Gangguan rasa nyaman: nyeri lutut dan tungkai pada keluarga Tn.S khususnya Ny W

### 3. Perencanaan

Hasil data terdapat tujuan yang ingin dicapai yaitu manajemen kesehatan keluarga Tn S khususnya pada Ny W dengan Diabetes Mellitus efektif dengan kriteria hasil keluarga Tn S mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit pada keluarga Tn S dan keluarga Tn S dapat memelihara lingkungan.

Diharapkan tercapai melalui beberapa Intervensi yaitu Kontrak waktu dengan keluarga, Berikan informasi mengenai makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari atau dikurangi bagi penderita diabetes melitus, Diskusikan dengan keluarga Tn.S untuk rencana mengolah/memasak makanan sendiri sesuai diit diabetes melitus, Anjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki saat keluar rumah, Evaluasi keluarga Tn. S tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit diabetes melitus, Berikan reinforcement, Kontrak waktu dengan keluarga, Berikan informasi tentang pentingnya kebersihan, Bantu untuk merapikan dan membersihkan rumah, Anjurkan untuk selalu menjaga kebersihan, Evaluasi kesediaan keluarga Tn.S untuk menciptakan lingkungan yang nyaman.

Beberapa kriteria hasil yang diharapkan yaitu Keluarga Tn.S dapat menyebutkan makanan yang dianjurkan dan makanan yang harus dihindari atau dikurangi bagi penderita Diabetes Mellitus dengan tepat, Keluarga Tn.S dapat menyediakan makanan sesuai diit Diabetes Melitus, Keluarga

Tn.S dapat menyebutkan mengatur diet Diabetes Melitus, Keluarga Tn.S mengetahui pentingnya kebersihan, keluarga Tn.S bersedia menjaga kebersihan, keadaan rumah bersih, keadaan kandang ayam tertata tapi tidak ada kayu yang berserakan didepan rumah. Terdapat waktu yang ditetapkan yaitu selama 3 kali pada tanggal 10-12 juli 2017. Terdapat paraf dan nama terang pada perencanaan sebagai bukti tanggung jawab penulis

Terdapat ketidak kesesuaian kriteria hasil dengan Intervensi. Pada kriteria hasil hanya membahas mengenai diet sedangkan pada intervensi juga terdapat rencana tindakan anjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn. S dengan DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dilakukan selama 3 hari yakni 10-12 Juli 2017. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 10 Juli 2017 yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga. Implementasi pada hari ke dua 11 Juli 2017 memberikan informasi mengenai makanan yang dianjurkan dan harus dihindari atau dikurangi bagi penderita DM, mendiskusikan dengan keluarga Tn. S untuk rencana mengolah/memasak makanan sendiri

sesuai diit DM, evaluasi keluarga Tn. S tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit DM, kontak waktu dengan keluarga. Pada Implementasi ketidakmampuan keluarga mengenal masalah sudah melaksanakan sesuai dengan yang direncanakan pada Intervensi.

Implementasi keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn S khususnya pada Ny W dengan DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan dilakukan selama 2 hari yakni 11-12 Juli 2017 sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 11 Juli 2017 yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga. Implementasi pada hari ke dua 12 Juli 2017 memberikan informasi mengenai kebersihan, membantu untuk merapikan dan membersihkan rumah, menganjurkan selalu menjaga kebersihan. Pada Implementasi ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan sudah melaksanakan sesuai dengan yang direncanakan pada Intervensi.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi proses pada tanggal 11 Juli 2017 yaitu Keluarga Tn. S mengatakan bersedia untuk memasak menu makan sesuai diit diabetes melitus, data objektif keluarga Tn S dapat menyebutkan makanan yang dianjurkan dan makanan yang harus dihindari atau dikurangi bagi penderita DM. Masalah ketidakmampuan keluarga mengenal masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan dengan beberapa planning yaitu

evaluasi keluarga mengenai kesediaannya melakukan memakai alas kaki dan berikan reinforcement

Terdapat data yang tidak sesuai pada implementasi tanggal 11 juli 2017 yaitu tidak melakukan implementasi menganjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki sedangkan pada planning terdapat intervensi evaluasi keluarga memakai kesediaannya melakukan memakai alas kaki.

keluarga Tn.S mengatakan paham tentang pentingnya menjaga kebersihan, data objektif keadaan rrumah tampak bersih dan kandang tertata tata rapi. Masalah ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan teratasi hentikan intervensi.

Evaluasi hasil dengan masalah ketidakmampuan keluarga mengenal masalah pada rabu 12 Juli 2017 yaitu keluarga mengatakan sudah bersedia memakai alas kaki saat keluar rumah, data objektif Ny W keluar rumah memakai alas kaki. Malasah ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan kelurga Tn S teratasi hentikan intervensi.

## **PEMBAHASAN**

### **1. Pengkajian**

IPKKI (2017) menyebutkan pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki 2 tahapan, tahap pertama berfokus pada masalah kesehatan keluarga dan tahap kedua yaitu menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Pengkajian



keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya dalam IPKKI 2017)

Pada kasus terdapat pengkajian dengan menggunakan metode, wawancara. Hasil studi dokumentasi dari data asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 10-12 Juli 2017 pada keluarga Tn. S beralamat di Nyamplung Kidul RT 05/RW 06 Balecatur Gamping Sleman didapatkan data bahwa keluarga Tn. S memiliki 6 anggota keluarga yaitu Tn. S sebagai kepala keluarga, Istrinya adalah Ny. W, Tn. W adalah anaknya, Ny. S adalah anak mantu dan mempunyai 2 yaitu cucu An. G, cucu An. F.

Ny. W berusia 60 tahun dan menderita Diabetes Mellitus, Hal ini sesuai dengan teori dari Sahar J (2019) bahwa faktor risiko DM yaitu usia yang bertambah, usia yang lebih dari 45 tahun lebih beresiko. Hal ini di dukung penelitian Fatmawati (2010) yang menunjukkan bahwa usia yang paling banyak ditemui pada penderita DM tipe 2 adalah responden yang berusia 40 tahun ke atas, yaitu mencapai 70,3%, sebaliknya sebanyak 54,1% responden yang tidak terkena DM berusia di bawah 40 tahun.

Ny W memiliki riwayat penyakit hipertensi, hal ini sesuai dengan teori Sahar J (2019), menyatakan bahwa salah satu faktor resiko DM adalah Hipertensi, hal ini juga didukung oleh penelitian Trisnawati & Setyorogo (2013), dengan hasil ada hubungan yang bermakna antara tekanan darah dan diabetes. Orang yang terkena

hipertensi berisiko lebih besar untuk mengalami DM dengan odds 6,85 kali lebih besar dibanding orang yang tidak hipertensi.

Hasil dari data yang diperoleh Tn. S pendidikan terakhir SD, Ny. W pendidikan terakhir SD tidak tamat, Ny.S pendidikan terakhir SD, dan An.G pendidikan terakhir SMA. Keluarga Tn. S mengatakan mengetahui Diabetes mellitus adalah penyakit gula. Ny. W mengatakan tidak tau tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di konsumsinya. Hasil ini sesuai teori Sahar J (2019), semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mendorong keingintahuannya dalam mengenal suatu penyakit sehingga dapat mengambil tindakan secepatnya. Hal ini di dukung oleh hasil penelitian Susilaningsih & Salmiyati (2017), dengan hasil ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kepatuhan diet pada penderita Diabetes Mellitus.

Ny.W mengatakan mengkonsumsi obat rutin (metformin, glimepiride, amlodipine, captopril) Ny.W rutin melakukan kunjungan ke puskesmas untuk kontrol, dan diantar dengan anggota keluarga Tn.S. Hal ini sesuai dengan teori Sahar J (2019), yaitu pemberian insulin atau antidiabetes oral perlu diketahui berbagai sediaan yang ada. Hal ini juga di dukung oleh teori menurut Friedman (2010), tentang fungsi perawatan keluarga yaitu dengan membawa anggota keluarga yang sakit ke layanan kesehatan. Hal ini di dukung penelitian yang dilakukan Phitri & Widyaningsih (2013), menyatakan bahwa seseorang yang sudah lama menderita DM akan mempunyai

pengalaman sehingga mampu merespon terhadap penyakitnya dengan rajin melakukan pengobatan.

Hasil dari kasus Ny.W mengatakan tidak membedakan masakan untuk dirinya dan anggota keluarga lainnya. Ny W mengatakan makan sesuai dengan penghasilan. GDS tanggal 15 Mei 2017 adalah 295mg/dl. Hal ini sesuai dengan Teori Brunner dan Suddarth (2010), yaitu mengemukakan bahwa ukuran kepatuhan pasien Diabetes Mellitus adalah bila mengikuti semua petunjuk kepatuhan secara teratur. Kepatuhan tersebut meliputi pemakaian insulin, diet, latihan fisik dan pendidikan kesehatan. Hal ini juga didukung dengan penelitian Trilestari & Suprayitno (2016), dengan hasil terdapat hubungan antara perilaku diet dengan tingkat kadar gula darah sewaktu pada penderita Diabetes Mellitus.

Pengolaan makan sesuai Diit DM dilakukan sebagai upaya mencegah fluktuasi kadar gula darah setiap waktunya. Hal ini sesuai teori Sahar J (2019), yan mengemukakan bahwa salah satu penatalaksanaan DM adalah dengan manajemen nutrisi. Didukung dengan penelitian yang di lakukan Trilestari & Suprayitno (2016), dengan hasil terdapat hubungan antara perilaku diet dengan tingkat kadar gula darah sewaktu pada penderita Diabetes Mellitus.

Hasil pengkajian didapatkan data bahwa Ny S mengatakan mengalami nyeri pada kaki kiri dan kanan dari lutut sampai ke tungkai dan berjalan 1 bulan yang lalu. Keluarga Tn.S mengatakan bahwa nyeri yang dialami Ny.W mengganggu Ny.W karena awalnya 3 minggu yang lalu sampai Ny.W kesakitan untuk berjalan. Tapi kalau sekarang sudah seperti biasanya, hanya terasa sakit/nyeri ketika berdiri dari duduk oleh karena itu dapat di tegakkan diagnosa Gangguan rasa nyaman.

Pada kasus terdapat pengkajian dengan menggunakan metode observasi Keluarga Tn. S memiliki kandang ternak ayam di depan rumah dan terdapat potongan kayu yang berserakan di depan rumah. Halaman rumah Tn S banyak krikil yang tajam, tidak ada lesi pada ekstremitas atas dan bawah Pada kasus terdapat pengkajian dengan menggunakan metode Pemeriksaan fisik Anggota keluarga Tn S dalam batas normal hanya saja GDS terakhir Ny W pada tanggal 15 Mei 2017 295 mg/dl. Ny.W mengatakan memiliki luka di bagian paha kanan, Mata: simetris, sklera putih kekuningan, konjungtiva tidak anemis, penglihatan kabur, tonus otot 5, tidak ada lesi pada ekstremitas atas dan bawah. Kesimpulan hasil pengkajian yang terdapat pada studi kasus sudah baik karena masalah kesehatan keluarga yaitu Diabetes Mellitus secara garis besar sudah terkaji, fungsi kesehatan

keluarga sudah di tuliskan dengan baik, mengkaji status kesehatan anggota keluarga secara menyeluruh dan mengkaji faktor rumah dan lingkungan dengan lengkap. Hanya saja tidak terdapat tanggal pengkajian tersebut dilakukan, peran keluarga sudah dikaji, data kesehatan keluarga sudah seluruh anggota terkaji

## 2. Analisa dan diagnosa

Pada data terdapat ketidakmampuan keluarga mengenal masalah yaitu Ny.W mengatakan tidak mengetahui makanan yang di bolehkan dan yang tidak di bolehkan untuk dikonsumsi oleh penderita diabetes melitus. Ny.W mengatakan lebih suka memasak oseng-oseng, sayur, dan gorengan, Ny.W mengatakan tidak membedakan masakan untuk dirinya, dan anggota keluarga lainnya.

Pada data terdapat ketidakmampuan keuarga memelihara lingkungan ditandai dengan keadaan rumah kotor, terdapat kandang ayam didepan rumah, keadaan kamar tidak tertata rapi, terdapat potongan kayu yang berserakan didepan rumah, halaman rumah terdapat batu krikil yang tajam.

Hal ini sesuai teori NANDA (2018), yaitu pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu. Hal ini juga sesuai dengan teori SDKI (2017), yaitu pola penanganan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga

yang batasan karakteristik nya sesuai dengan NANDA (2018) antara lain Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko, Kurang perhatian pada penyakit.

Menurut IPKKI (2017) diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan, keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Pada kasus diagnosa dirumuskan dengan menganalisa hasil pengkajian pada tahap perkembangan, keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga.

### 3. Perencanaan

Berdasarkan teori IPKKI (2017) tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga yang pertama adalah menetapkan prioritas masalah menggunakan skala menyusun prioritas, sehingga didapatkan prioritas pertama yaitu gangguan rasa nyaman, prioritas kedua yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Diabetes Mellitus. Gangguan rasa nyaman menjadi prioritas karena total skor lebih tinggi dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Berdasarkan total skor tertinggi maka gangguan rasa

nyaman menjadi prioritas utama. Perencanaan dilakukan selama 3 hari karena melihat kemampuan keluarga dalam mencapai kriteria hasil dan pertimbangan dengan kondisi pasien. Pada data terdapat kriteria hasil yaitu:

Keluarga Tn.S dapat menyebutkan makanan yang dianjurkan dan makanan yang harus dihindari atau dikurangi bagi penderita diabetes mellitus dengan tepat. Hal ini sesuai dengan NOC label pengetahuan: regimen penanggulangan dengan kriteria hasil, mengetahui diet yang dianjurkan, hal ini sesuai dengan SLKI tingkat pengetahuan dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran.

Keluarga Tn.S dapat menyediakan makanan sesuai diet diabetes mellitus Hal ini sesuai dengan NOC label Pengetahuan manajemen penyakit kronik dengan kriteria hasil yaitu menyediakan diet yang dianjurkan. Hal ini sesuai dengan SLKI kemampuan peningkatan kesehatan

Keluarga Tn.S dapat menyebutkan mengatur diet diabetes mellitus. Hal ini sesuai dengan NOC label iklim sosial keluarga dengan kriteria hasil menetapkan aturan keluarga hal ini sesuai dengan SLKI yaitu pencapaian pengendalian kesehatan.

Keluarga Tn.S mengetahui pentingnya kebersihan keluarga Tn.S bersedia menjaga kebersihan hal ini sesuai dengan teori NOC label iklim sosial keluarga dengan kriteria hasil yaitu menjaga

kebersihan rumah, hal ini sesuai dengan SLKI (2017) yaitu aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat

Keadaan rumah bersih, keadaan kandang ayam tertata rapi, tidak ada kayu yang berserakan didepan rumah.hal ini sesuai dengan teori NOC label Pengetahuan manajemen penyakit kronik dengan kriteria hasil yaitu strategi pencegahan komplikasi, hal ini sesuai dengan SLKI (2018) yaitu kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan

hal ini dapat disimpulkan bahwa kriteria hasil pada data kriteria hasil sudah sesuai dengan NOC (*Nursing Outcome Classification*) (2013) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)

Terdapat keterbatasan data pada data tidak melakukan pemantauan kadar glukosa darah. Jadi tidak diketahui GDS terakhir pada saat dilakukan perencanaan pada bulan Juli. Salah satu untuk mengetahui perkembangan kondisi seorang dengan Diabetes yaitu pada penatalaksanaan DM antara lain melakukan pemantauan.

Pada rencana tindakan yaitu:

Berikan informasi mengenai makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari atau dikurangi bagi penderita diabetes melitus dan Berikan informasi tentang pentingnya kebersihan hal ini sesuai dengan NIC label dukungan pengasuhan dengan intervensi Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang terjadi.



Diskusikan dengan keluarga Tn.S untuk rencana mengolah/memasak makanan sendiri sesuai diit diabetes melitus. Hal ini sesuai dengan NIC label mobilisasi dengan intervensi Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi dan perubahan gaya hidup, hal ini juga sesuai dengan SIKI diskusikan rencana perawatan

Anjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki saat keluar rumah.hal ini sesuai dengan NIC label Pengajaran: prosedur penyakit dengan intervensi Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi. Menggunakan alas kaki perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan sekunder, untuk mencegah terjadinya luka terbuka dari diabetes Mellitus. Hal ini sesuai dengan penelitian Hariani dan Perdanakusuma (2012) yakni perlu menggunakan alas kaki mencegah timbulnya luka, mengurangi kecacatan

Evaluasi keluarga Tn. S tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit diabetes melitus. Hal ini sesuai dengan NIC label mobilisasi keluarga dengan intervensi monitor situasi terakhir keluarga

Bantu untuk merapikan dan membersihkan rumah hal ini sesuai dengan NIC label Pengajaran: prosedur penyakit dengan intervensi perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi, hal ini sesuai dengan SIKI yaitu ciptakan

suasana rumah yang sehat dan mendukung perkembangan kepribadian anggota keluarga

Anjurkan untuk selalu menjaga kebersihan. Hal ini sesuai dengan NIC label bantuan pemeliharaan rumah dengan intervensi anjurkan untuk menghilangkan bau yang tidak enak hal ini sesuai dengan SIKI yaitu ciptakan suasana rumah yang sehat dan mendukung perkembangan kepribadian anggota keluarga

Evaluasi kesiapan keluarga Tn.S untuk menciptakan lingkungan yang nyaman hal ini sesuai dengan NIC label bantuan pemeliharaan rumah intervensi dengan bantu anggota keluarga untuk mengembangkan harapan realistis dari mereka sendiri dalam melaksanakan peran mereka. hal ini sesuai dengan SIKI yaitu ciptakan suasana rumah yang sehat dan mendukung perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Hal ini dapat disimpulkan bahwa rencana tindakan/ intervensi sesuai dengan NIC (nursing Intervention Classification) 2013 dan SIKI (2018)

Berdasarkan teori IPKKI (2017) dalam penyusunan perencanaan keperawatan perlu memperhatikan beberapa hal diantaranya kriteria hasil harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga, tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga. Penyusunan

perencanaan keperawatan dibuat melalui diskusi dengan anggota keluarga Tn. S untuk memastikan tujuan dan kriteria hasil dapat di capai keluarga Tn. S. Tujuan keperawatan yang dibuat untuk keluarga Tn. S adalah diharapkan manajemen kesehatan keluarga efektif

Hal ini sesuai dengan teori Friedman (2010) yang menyatakan bahwa kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan. Hal ini didukung oleh penelitian Shofiyah dan Kusuma (2014) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan lingkungan berpengaruh pada perilaku Diit.

#### 4. Implementasi

Menurut Teori IPKKI (2017) Implementasi yang ditujukan pada keluarga meliputi: Tindakan keperawatan langsung, Tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar, Tindakan observasi, Tindakan pendidikan kesehatan.

Implementasi keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn. S dengan DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dilakukan selama 3 hari yakni 10-12 Juli 2017 sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 10 Juli 2017 yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga Implementasi pada hari ke dua 11 Juli 2017 memberikan informasi mengenai makanan yang dianjurkan dan harus dihindari atau

dikurangi bagi penderita DM, mendiskusikan dengan keluarga Tn. S untuk rencana mengolah/memasak makanan sendiri sesuai diit DM, evaluasi keluarga Tn. S tentang rencana pengolahan menu makan sesuai diit DM, kontak waktu dengan keluarga. Pada Implementasi ketidakmampuan keluarga mengenal masalah sudah melaksanakan sesuai dengan yang direncanakan pada Intervensi.

Implementasi keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn S khususnya pada Ny W dengan DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan dilakukan selama 2 hari yakni 11-12 Juli 2017 sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 11 Juli 2017 yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga. Implementasi pada hari ke dua 12 Juli 2017 memberikan informasi mengenai kebersihan, membantu untuk merapikan dan membersihkan rumah, menganjurkan selalu menjaga kebersihan.

Dari hasil implementasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn S khususnya pada Ny W dengan DM berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan sudah sesuai dengan yang direncanakan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan teori IPKKI (2017) yang mengemukakan bahwa mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan. Pendokumentasian sudah baik dengan mencantumkan hari, tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang pada kolom rencana keperawatan dan catatan perkembangan hanya saja pada file kasus tidak mencantumkan kapan pengkajian dilakukan. Terdapat data yang tidak sesuai pada implementasi selasa 11 juli 2017 yaitu tidak melakukan implementasi menganjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki tetapi pada evaluasi bagian planning merencanakan evaluasi keluarga memakai kesediaannya memakai alas kaki.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil studi dokumentasi didapatkan kesimpulan seperti di bawah ini

1. Mampu menganalisis dokumen
  - a. Diketuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Diabetes Mellitus yaitu Diabetes Mellitus secara garis besar sudah terkaji, fungsi kesehatan keluarga sudah di tuliskan dengan baik, mengkaji status kesehatan anggota keluarga secara menyeluruh dan mengkaji faktor rumah dan lingkungan dengan lengkap. Hanya saja tidak terdapat tanggal pengkajian tersebut dilakukan, peran keluarga sudah dikaji, data kesehatan keluarga sudah seluruh anggota terkaji
  - b. Diketuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu perumusan diagnosa berdasarkan batasan karakteristik yang muncul sesuai NANDA (2018) dan SDKI (2017)
  - c. Diketuinya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pada kasus penyusunan perencanaan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga. Hal ini dapat disimpulkan bahwa rencana tindakan/ intervensi sesuai dengan NIC, NOC, SLKI, SIKI dan Hasil

perencanaan sudah mencakup *spesifik, measurable, achievable, reasonable, time*.

- d. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan pada kasus pelaksanaan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga. Dari hasil implementasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah sesuai dengan yang di rencanakan
- e. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian yaitu Pendokumentasian sudah baik dengan mencantumkan hari, tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang pada kolom rencana keperawatan dan catatan perkembangan hanya saja pada file kasus tidak mencantumkan kapan pengkajian dilakukan. Terdapat data yang tidak sesuai pada implementasi selasa 11 juli 2017 yaitu tidak melakukan implementasi menganjurkan untuk memperhatikan memakai alas kaki tetapi pada planning terdapat intervensi langsung merencanakan evaluasi keluarga memakai kesediaannya memakai alas kaki.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah tentang studi dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga Dengan Diabetes melitus, saran yang dapat peneliti sampaikan :

1. Bagi AKPER YKY

Menjadikan media ini sebagai media pembelajaran tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus dan diharapkan penelitian ini dijadikan bahan referensi tambahan.

2. Bagi penulis selanjutnya

Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan dapat meneliti secara lebih dalam tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita Diabetes Mellitus

3. Penulis Dokumen

Menuliskan tanggal pengkajian pada Dokumen dan lebih memperhatikan penulisan karena beberapa pengetikan kata masih keliru.



## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA) (2015). Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus Vol 38 Hal 8-16. Diakses 18 Februari 2020. *American Diabetes Care*
- Andarmoyo, S. (2016). *Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses dan Praktik Kereerfperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Bruner and Suddart. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* Edisi ke-6. Singapore : Elsevier.
- Fatmawati, A. (2010). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pasien Rawat Jalan. Diakses 22 Juni 2020, dari <https://lib.unnes.ac.id/2428/1/6274.pdf>
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek* Edisi ke-5. Jakarta : ECG
- Hariani, L & David Perdanakusuma. (2012). Perawatan Ulkus Diabetes Vol 1 No 1. Diakses 23 Juni 2020, dari <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-02.%20Perawatan%20Ulkus%20Diabetes.pdf>
- IPKKI. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan : Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta : UI Press
- Kemertian kesehatan RI. (2019). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Diakses 22 Februari 2020, dari [http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/laporan\\_nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/laporan_nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* Edisi ke-5. Singapore : Elsevier.
- Muhammad Abiyoso Ramadhan. (2019). Patient Empowerment Dan Self-Management Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada vol 10 no 2. Diakses 17 Februari 2020, <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH>

- NANDA. (2018). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi ke-10*. Jakarta : EGC
- Ni Putu Wulan Purnama Sari. (2014). Peran Keluarga Dalam Merawat Klien Diabetik di Rumah. *Jurnal ners Lentera* vol 2 hal 7-18. Diakses 17 februari 2020, *journal ners lentera*
- Notoatmodjo,S.(2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta
- Nuryatno. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus. *JHSP* vol 1 no 1.diakses 21 Februari 2020, *dari Journal Of Health Science And Physiotherapy*
- Phitri, H, E & Widiyaningsih. (2013). Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Vol 1 No 1 Hal 58-74. Diakses 18 Februari 2020. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*
- Sahar, J., Setiawan, A., Riatmini N M. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*, edisi Indonesia Pertama. Singapore : Elsevier
- Shofiyah, S., & Kusuma, H. (2014). Hubungn antara pengetahuan dan kepatuhan penderita Diabetes Melitus Hal 308-309. Diakses 18 Februari 2020. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah 2014*
- Sowondo.(2014). Harapan Baru Penyandang Diabetes Mellitus pada Era Jaminan Kesehatan Nasional vol 2 no 1. Diakses 31 April 2020. [http:// journal .ui .ac .id/index.php/ eJKI/article/view /3184](http://journal.ui.ac.id/index.php/eJKI/article/view/3184).
- Susilaningsih, T & Salmiyati, S. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Media Video Terhadap Tingkat Kepatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus Di Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta. Diakses 21 juni 2020. *Unisa Yogya naskah publikasi*
- Tholib, dan A.M.(2016). *Buku Pintar Perawatan Luka Diabetes Mellitus*. Jakarta : Gramedia
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat 49
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteia Hasil Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat
- Trilestari, H & Suprayitno, E. (2016). Hubungan Perilaku Diet Dengan Tingkat Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Di Ambarketawang Yogyakarta. Diakses 22 Juni 2020, dari <https://pdfs.semanticscholar.org/35bb/f80751e34b805dc8ac92f9bfd46f552417c.pdf>
- Trisnawati, S. K., & Setyorogo, (2013). Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Vol 5 Issue 1. Diakses 21 Juni 2020. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*

# LAMPIRAN

Lampiran 1

No.	Jenis Kegiatan	Februari			
		1	2	3	4
1.	Studi Pendahuluan				
2.	Pengajuan Judul Proposal				
3.	Penyusunan Proposal KTI				
4.	Seminar Proposal KTI				

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Pengajuan Judul Proposal : 14 Februari 2020
3. Penyusunan Proposal KTI : 15 Februari-25 Februari 2020
4. Seminar Proposal KTI : 27 Februari 2020



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

### LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : EVA ALTIKAMINERUM  
NIM : 2317012  
Nama Pembimbing 1 : Eddy Murteyo  
Judul KTI : STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN KELUHA

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	23 Juni	Pengetikan - Abstrak				
2.	25 Juni 2020	Pembahasan				
3.	3 Juli 2020	Pencetakan nanda NIC NDC				
	13 Juli 2020	Pembahasan	DISKUSI			
	14 Juli	ACC				

Yogyakarta, 15 Juli 2020

Pembimbing 1

(.....)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

### FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : EVA ALTIKANINGRUM  
NIM : 2319012  
Nama Pembimbing 2 : Induniasih  
Judul KTI : STUDI DOCUMENTASI ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga dengan Diabetes Mellitus.

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
	10 Juli 2020	Revisi + Proposal FTI	online			
	28 Juni 2020	Pembahasan	online			
	29 Juni 2020	Pencocokan dengan NTC NCC	online			
	Juli 2020	Saran dan Kesimpulan	online			
	12 Juli 2020	AEC	online			

Yogyakarta, 15 Juli 2020  
Pembimbing 2

(.....)