**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN REGIMEN TERAUPETIK PADA SALAH SATU ANGGOTA KELUARGA MENDERITA DIABETES MELLITUS**

****

**DI SUSUN OLEH :**

**ANNISA FITRIANINGRUM**

**NIM: 2317043**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN REGIMEN TERAUPETIK PADA SALAH SATU ANGGOTA KELUARGA MENDERITA DIABETES MELLITUS**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan

Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan

Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

****

OLEH :

ANNISA FITRIANINGRUM

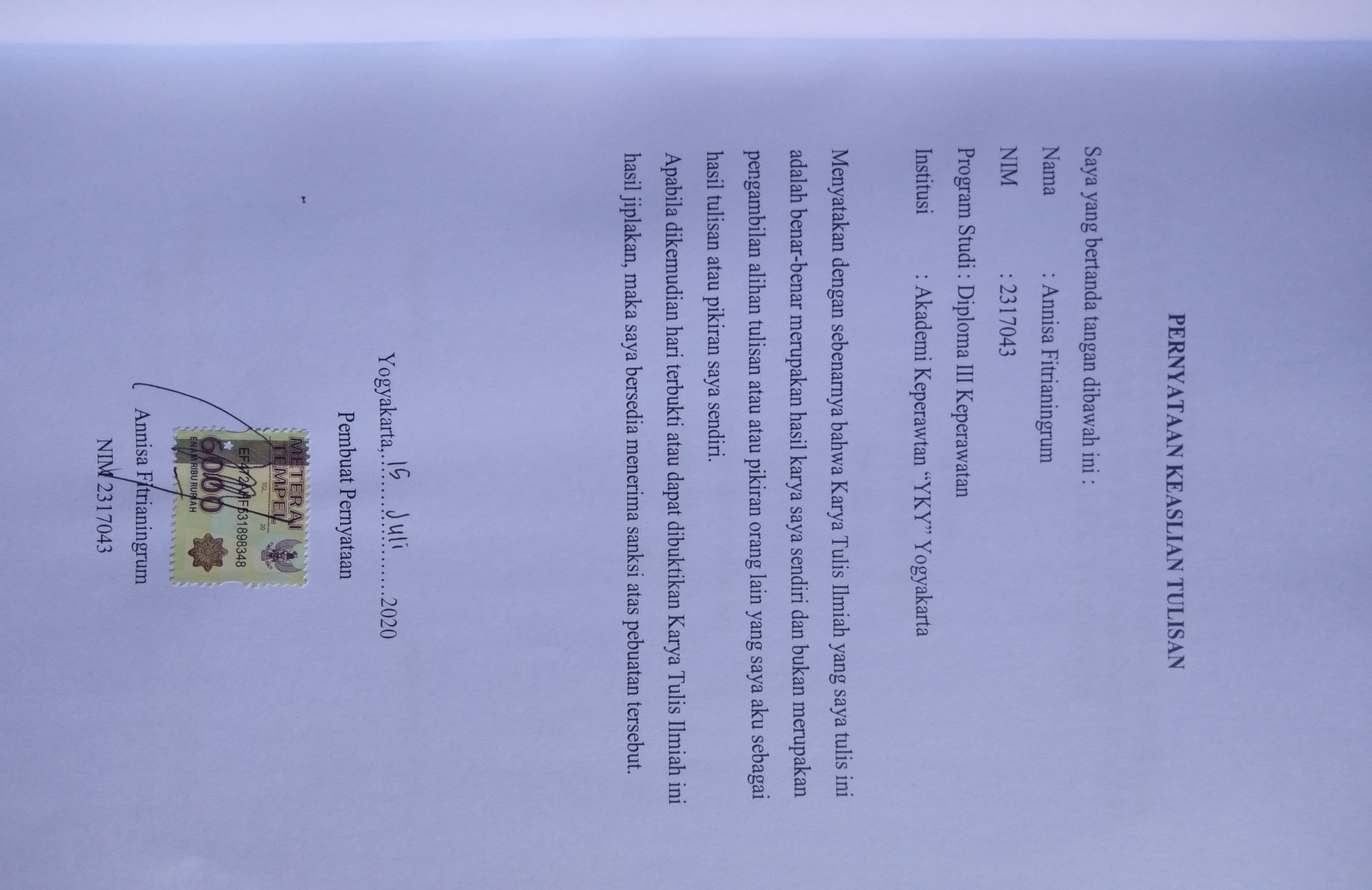
NIM: 2317043

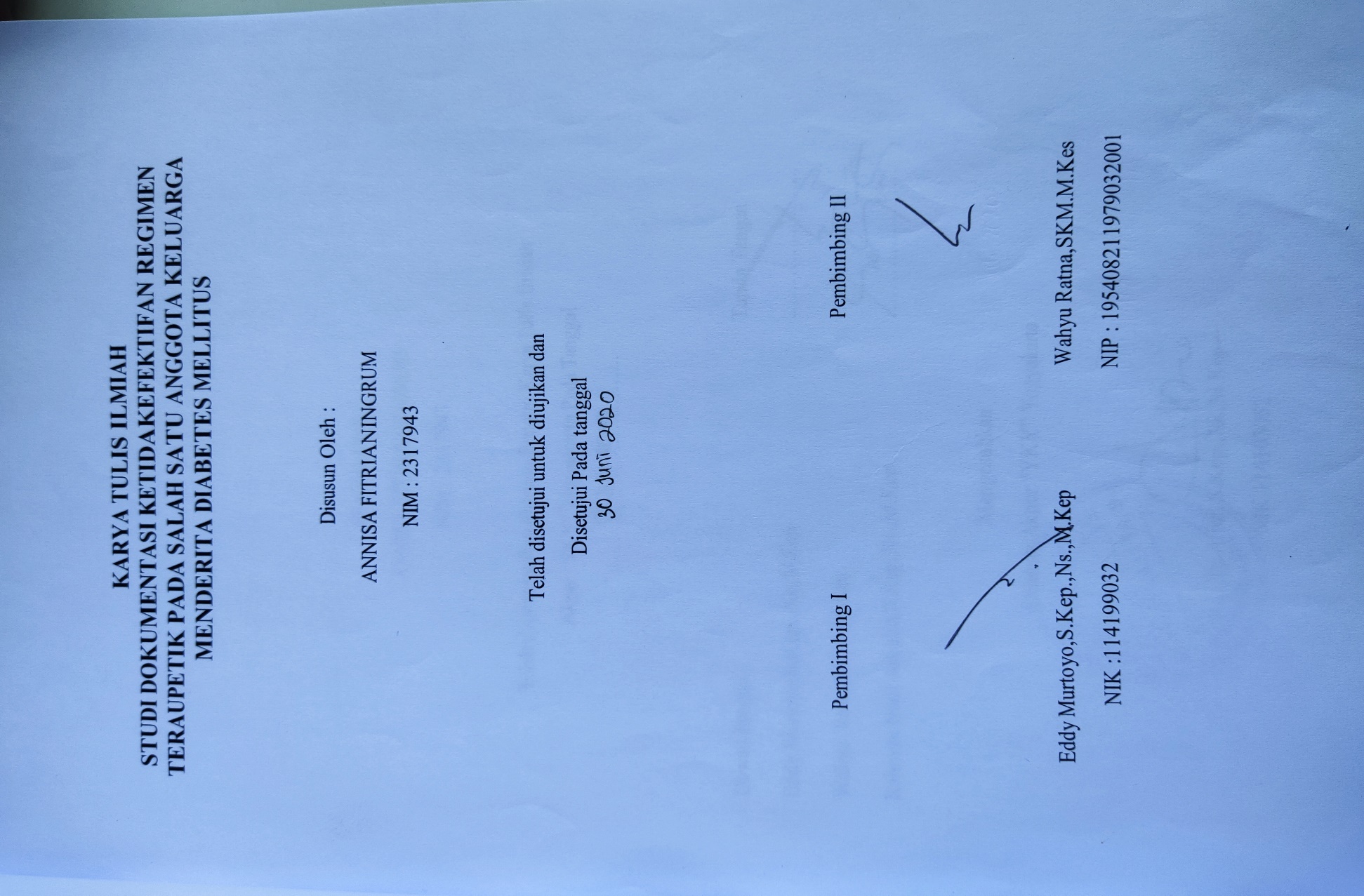
**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

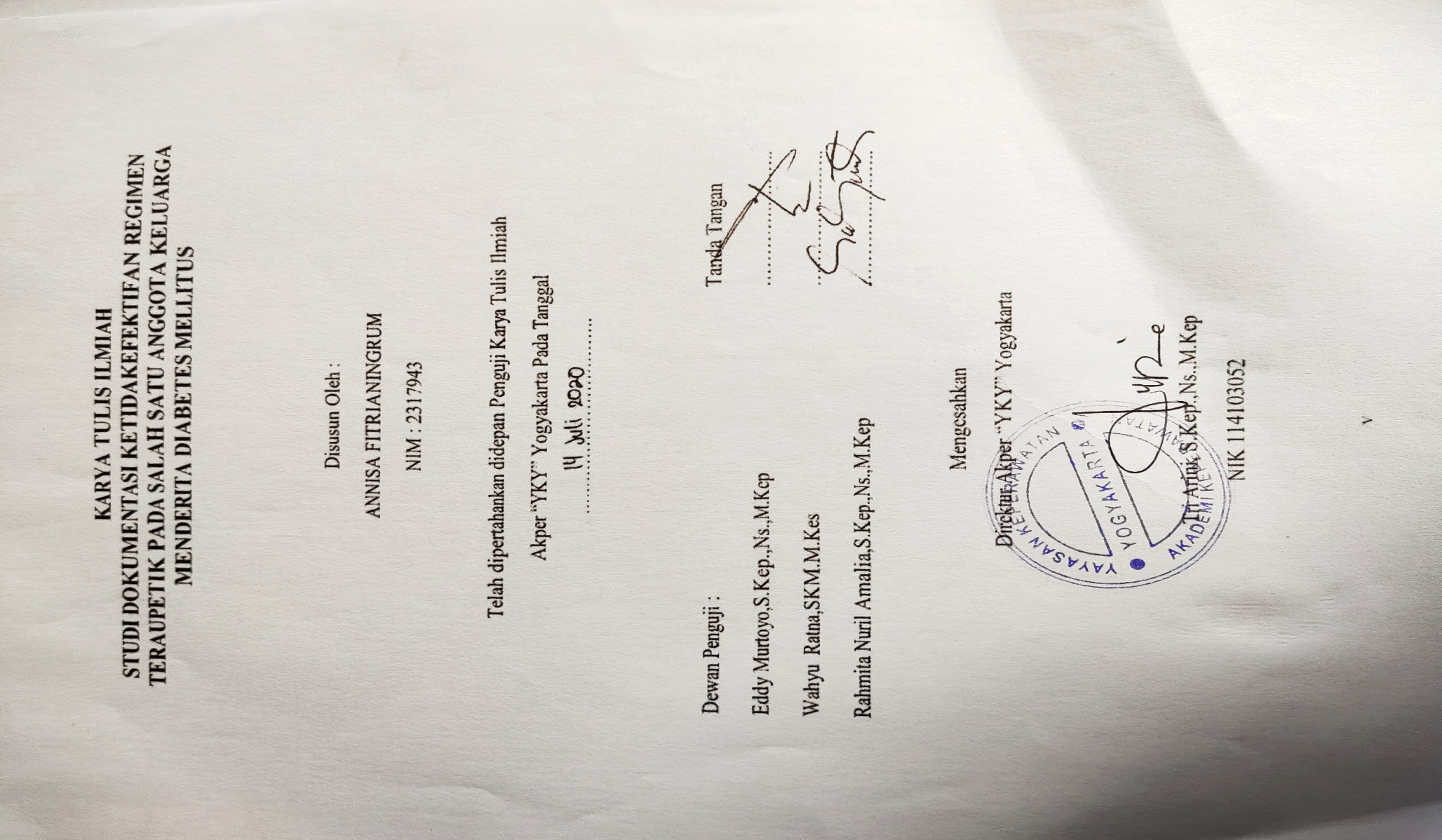
**AKADEMI KEPERAWATAN YKY**

**YOGYAKARTA**

**2020**

****

****

****

**MOTTO**

“Hidup adalah Kumpulan Keyakinan Dan Perjuangan”

(Habiburrahman El-Shirazy dalam Ayat-Ayat Cinta)

“Barang siapa keluar rumah untuk menuntut ilmu maka ia dalam Jihad Fisabililah hingga dia kembali “

(H.R. Tirmidzi)

“Pandanglah hari ini. Kemarin adalah mimpi. Dan esok hari hanyalah sebuah visi. Tetapi, hari ini sungguh nyata menjadikan kemarin sebagai mimpi bahagia dan setiap hari esok sebagai visi harapan.”

(Alexander Pope)

“Ambillah kebaikan dari apa yang dikatakan, jangan melihat siapa yang mengatakannya”

(Nabi Muhammad SAW)

“Pengalaman adalah apa yang kita dapatkan ketika kita tidak mendapatkan apa yang kita inginkan.”

(Enio Carvalho)

**PERSEMBAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya Bapak Wartono dan Ibu Cucu Rusmiati yang telah memberikan kasih sayangnya kepada saya, berkerja keras untuk pendidikan saya. Terimakasih atas doa yang tiada henti, pengorbanan, dan dukungan materil, moril, dan spiritual. Untuk adik saya Citra Zalekha yang telah memberikan dukungan lahir maupun batin. Dan untuk Nanda Aji Prasetya yang selalu memberikan support tiada henti disaat saya merasa lelah dan merasa ingin menyerah.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ Studi Dokumentasi Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus” dapat diselesaikan tepat pada waktunya .

Karya Tulis Ilmiah ini disusundan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusuni dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari bergai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tri Arini,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Eddy Murtoyo,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I dalam Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulisan laoran ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.
3. Wahyu Ratna,SKM.M.Kes selaku pembimbing II dalam Karya Tullis Ilmiah ini, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya.
4. Rahmita Nuril Amalia,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji pada Karya Tulis Ilmiah ini dari dosen Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
5. Seluruh dosen dan staff karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah membimbing selama 3 tahun ini.
6. Semua pihak yang telah membantu atas terselesaikannya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini, dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, April 2020

Penulis

Annisa Fitianingrum

**DAFTAR ISI**

Halaman Sampul Depan 0

Halaman Sampul Dalamii

Pernuataan Keaslianiii

Halaman Persetujuan iv

Halaman Pengesahanv

Motto vi

Halaman Persembahan vii

Kata Pengantarviii

Daftar Isi x

Daftar Tabel xii

Daftar Gambar xiii

Daftar Lampiran xiv

Abstrak xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 4

C. Tujuan Penelitian 4

D. Ruang Lingkup 5

E. Manfaat studi kasus 5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. Landasan teori 7

1. Diabetes Mellitus 7

a. Definisi 7

b.Etiologi 8

c. Manisfestasi Klinis 9

d. Penatalaksanaan 10

2. Konsep Keluarga 13

a. Definisi Keluarga14

b. Tipe Keluarga 17

c. Fungsi Keluarga17

d. Struktur Keluarga.19

e. Perkembangan Keluarga .21

d. Kemandirian Keluarga 24

3. Gambaran Asuhan Keperawatan 26

a. Pengkajian keperawatan26

b. Diagnosa keperawatan 31

c. Perencanaan keperawatan32

d. Pelaksanaan keperawatan34

e. Evaluasi keperawatan35

4. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan 36

a. Pengertian36

b. Batasan Karakteristik 36

c. Faktor Berhubungan37

d. Kriteria Hasil37

e. Perencanaan 39

1. Kerangka Teori42

BAB III METODE STUDI DOKUMENTASI

A. Jenis dan Rancangan Penelitian 43

B. Obyek Studi Dokumentasi43

C. Lokasi Dan Waktu Studi Dokumentasi 43

D. Definisi Operasional 44

E. Instrumen Studi Dokumentasi44

F. Teknik Pengumpulan Data 45

G. Analisa Data 45

H. Etika Penulisan 45

I. Alur Penelitian 46

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN47

A. Hasil47

B. Pembahasan 52

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 60

A. Kesimpulan 60

B. Saran 63

Daftar Pustaka65

Lampiran 68

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Kisaran Tabel Kalori12

Tabel 2.2 Jadwal Makan Pencegahan DM 12

Tabel 2.3 Skala Prioritas 31

Tabel 2.4 Kriteria Hasil 37

Tabel 2.5 Perencanaan 39

Tabel 2.6 Definisi Operasional44

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.1 Kerangka Teori 42

Gambar 1.2 Kerangla Alur 46

Gambar 1.3 Genogram48

**DAFTAR LAMPIRAN**

Jadwal kegiatan

Data Askep

Lembar bimbingan

Annisa Fitrianingrum. (2019). Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman

Pembimbing : Eddy Murtoyo,S.Kep.,Ns.,M.Kep, Wahyu Ratna,SKM.M.Kes

**ABSTRAK**

Diabetes Mellitus merupakan penyakit kronis yang membutuhkan penyembuhan terus-menerus dan kontrol manajemen penderita serta membutuhkan dukungan orang sekitar untuk mencegah komplikasi akut dan untuk mengurangi resiko komplikasi jangka panjang. Orang dengan diabetes sangat rentan mengalami masalah kaki dengan komplikasi diabetes yaitu kerusakan saraf (neuropati) dan sirkulasi darah yang buruk. Masalah yang sering muncul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus adalah ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik dengan diabetes mellitus. Penelitian ini menggunakan rancangan deskritif berupa studi kasus dengan sampel laporan asuhan keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Teraupetik dengan Hipertensi tahun 2015. Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper YKY Yogyakarta pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020. Hasil penelitian menunjukkan pada pengkajian belum lengkap pada genogram, pemeriksaan seluruh anggota keluarga dalam pemeriksaan fisik. Masalah keperawatan sudah sesuai dengan batasan karakteristik, meskipun etiologi masih menggunakan 5 tugas kesehatan keluarga. Rencana belum sepenuhnya mengacu pada NOC dan NIC. Evaluasi telah sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan. Kesimpulan penulisan yaitu diketahui gambaran pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Teraupetik Dengan Salah Satu Keluarga Menderita Diabetes Mellitus.

Kata Kunci : Diabetes Mellitus, Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik.

**ABSTRACT**

*Diabetes mellitus is a chronic disease that requires ongoing healing and control of sufferer management and requires the support of the surrounding community to prevent acute complications and reduce the risk of long-term complications. Diabetics are very susceptible to experiencing foot problems with diabetes complications namely nerve damage (neuropathy) and poor blood circulation. An issue that often arises in families with one of the family members suffering from diabetes mellitus is the ineffectiveness of the management regimen of being quoted with diabetes mellitus. This study used a deskritif design in the form of case studies with a sample of nursing reports on the effectiveness of the management Regimen terauquotation with hypertension year 2015. The study was held at the Akper YKY campus in Yogyakarta in February until June 2020. The results showed at an incomplete assessment of Gengram, the entire family examination in physical examination. Nursing problems are already in accordance with characteristic constraints, although etiology still uses 5 health tasks families. The plan has not fully referred to NOC and NIC. Evaluation is in accordance with the purposef nursing care. Conclusion of the writing is known overview of the assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing problems management of the ineffectiveness of the Regimen with one family suffering from Diabetes Mellitus.*

*Keywords: Diabetes Mellitus, the ineffectiveness of the management of the Terapeutic Regimen.*

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Diabetes mellitus adalah penyakit metabolisme yang merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar glukosa darah diatas normal (Riskesdas, 2013). *American Diabetes Association* (2012) mendefinisikan DM merupakan salah satu kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduannya. Keadaan hiperglikemia kronis dari diabetes berhubungan dengan kerusaakan jangka panjang, gangguan fungsi dan kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah.

Ada beberapa jenis Diabetes mellitus yaitu Diabetes Mellitus type 1, Diabetes Mellitus type 2, Diabetes Mellitus Type Gestational, dan Diabetes Mellitus type lainnya. Jenis Diabetes Mellitus yang paling banyak diderita adalah Diabetes Mellitus type 2 . Diabetes Mellitus type 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta prankeas dan atau gangguan fungsi insulin (Depkes (2005) dalam jurnal Trinawati & Setyorogo (2012).

Hasil Riskesdas (2018) menunjukkan angka pravelensi Diabetes Mellitus di Indonesia adalah 1,5% yang terdiagnosis oleh dokter yaitu 15.260 orang dari 1.017.290 orang, proporsi kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 adalah 95% dari populasi yang menderita Diabetes Mellitus Dikarenakan sebagian besar masyarakat yang tidak terdiagnosis oleh dokter rata-rata berpendidikan tinggi dan sudah bekerja. Tingginya pravelensi Diabetes Mellitus type 2 disebabkan oleh faktor resiko misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor risiko yang dapat diubah seperti kebiasaan merokok, tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan obesitas. Hasil Surveilans Terpadu Penyakit (STP) puskesmas menunjukkan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit terbanyak nomer 4 di Yogyakarta pada tahun 2017 dengan jumlah 8.321 kasus(Profil Kesehatan DIY, 2017). Dalam profil kesehatan Kabupaten sleman tahun 2018, penyakit Diabetes Mellitus termasuk pada sepuluh besar penyakit yang terjadi atau dilaporkan oleh puskesmas. Jumlah kasus yang dilaporkan sebanyak 29.079 kasus (*Journal* Sahayati, 2019).

Diabetes Mellitus merupakan penyakit kronis yang membutuhkan penyembuhan terus-menerus dan kontrol manajemen penderita serta membutuhkan dukungan orang sekitar untuk mencegah komplikasi akut dan untuk mengurangi resiko komplikasi jangka panjang. Orang dengan diabetes sangat rentan mengalami masalah kaki dengan komplikasi diabetes yaitu kerusakan saraf (neuropati) dan sirkulasi darah yang buruk.

Berbagai upaya kesehatan sudah banyak dilakukan untuk menekan angka kejadian Diabetes Mellitus di masyarakat. Salah satunya pelaksanaan posbindu yang terpantau oleh puskesmas maupun perawat yang ada dimasyarakat. Perawat berperan untuk melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya yang harus difokuskan dalam masyarakat adalah upaya promotif dan preventif untuk mecegah bertambahnya penderita, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Ketidakefektifan regimen teraupetik pada salah satu anggota keluarga menderita diabetes mellitus dapat dilihat dari kegagalan menyertakan program terapi ke dalam rutinitas sehari-hari, kurangnya pengetahuan pada keluarga serta kurangnya dukungan keluarga dalam mengikuti aturan yang dianjurkan untuk mencapai keberhasilan.

Dalam hal ini perawat memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satunya perawat berperan sebagai *educator*, dimana perawat memberikan pendidikan tentang *Healt Education* sebagai dasar tahap kesehatan dan pencegahan. Perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dalam hal pencegahan penyakit, pemulihan dari penyakit, memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan pada penderita Diabetes Mellitus. Manfaat pendidikan kesehatan bagi keluarga antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang sakitnya hingga pada akhirnya akan meningkatkan kemandirian keluarga (Deswani, 2011).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan studi dokumentasi Ketidakefektifan Regimen Teraupetuk Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus. Alasan penulis mengambil kasus ini karena penyakit ini sering ditemukan pada masyarakat terutama lansia yang tidak memperhatikan pola makan dan gaya hidup yang sehat.

1. **Rumusan Masalah Penelitian**

Bagaimana Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2 ?

1. **Tujuan Penelitian**
2. Tujuan Umum

Mengetahui gamabaran asuhan keperawatan Ketidakefektifan Regimen Teraupetik dengan salah satu anggota keluarga dengan salah satu anggota keluarga penderita Diabetes Mellitus Type 2 .

1. Tujuan Khusus
2. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian gambaran masalah keperawatan dengan diagnosa Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2.
3. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai diagnosa asuhan keperawatan dengan diagnosa Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2.
4. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type.
5. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai implementasi asuhan keperawatan dengan diagnosa Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2.
6. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai pelaksaan evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2 .
7. Diketahui gambaran hasil studi dokumentasi mengenai peran keluarga dalam penangan anggota yang sakit.
8. **Ruang lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Keluarga. Materi yang dibahas dalam Ketidakefektifan Regimen Teraupetuk Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawtan pada KTI mahasiswa yang telah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

1. **Manfaat Studi Kasus**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat berguna dan bermanfaat baik secara teori maupun secara praktis sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

Menambahkan keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2.

1. Manfaat Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi dokumentasi tentang pelaksanaan Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2 .

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. **Diabetes Mellitus**
3. **Pengertian**

Diabetes Mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Pada Diabetes Mellitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau prankeas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Brunner and Suddarth,2013).

Diabetes mellitus adalah suatu keadaan tubuh mengalami hiperglikemia kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes mellitus klinis adalah suatu gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduannya (Rendi & Margareth,2012)

Dalam Riskesdas 2018 diabetes mellitus ditegakkan bila kadar glukosa darahpuas (GDP) ≥ 126 mg/dL, atau glukosa darah 2 jam pasca pembedahan (GDPP) ≥ 200mg/dL, dan glukosa darah sewaktu (GDS) ≥ 200mg/dL dengan gejala sering lapar, sering haus, sering buang air kecil dalam jumlah banyak, dan berat badan menurun.

Diabetes mellitus type 2 adalah kondisi dimana insulin yang dihasilkan oleh pankreas tidak dapat berfungsi dan merangsang reseptor dengan benar. Diabetes mellitus type 2 terjadi lebih umum dan menyumbang 90% dari semua kasus diabetes di dunia. Hal ini terjadi paling sering pada orang dewasa. Diabetes ini disebabkan karena sel-sel tubuh kurang sensitif terhadap insulin, sehingga insulin yang dihasilkan tidak bisa dipergunakan dengan baik (resistensi sel tubuh terhaddap insulin). Hampir sebagian besar pengidap diabetes mengalami diabetes type 2.

1. **Etiologi Diabetes Mellitus type 2**
2. Faktor Genetik

Faktor genetik diabetes type 2 karena terjadinya disfungsi sel-sel B prankeas dan resistensi insulin. Orang yang memiliki defek gen autosom dominan akan mengalami diabetes mellitus type 2 pada usia muda.

1. Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup

Faktor lingkungan dan gaya hidup merupakan salah satu penyebab semakin meningkatnya diabetes mellitus type 2. Gaya hidup dengan asupan karbohidrat yang tinggi serta aktivitas yang inadekuat ketika digabungkan dengan faktor genetik akan menyebabkan terjadinya diabetes mellitus type 2.

1. Faktor Resiko
2. Mengalami obesitas atau kelebihan berat badan
3. Memiliki riwayat keluarga dengan diabetes type 2
4. Kurang aktif bergerak. Aktivitas fisik bisa membantu seseorang untuk mengontrol berat badan, membakar glukosa sebagai energi, dan membuat sel tubuh lebih sensitif terhadap insulin.
5. Usia
6. Mengidap diabetes mellitus type 2
7. Memiliki kadar gula darah yang tidak normal.
8. **Manisfestasi Klinis**

Menurut Perkeni (2011) beberapa gejala umum yang dapat ditimbulkan oleh penyakit DM diantaranya :

1. Pengeluaran urin (Poliuria)

Poliuria adalah keadaan dimana volume air kemih dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala DM dikarenakan kadar gula dalam tubuh relatif tinggi sehingga tubuh tidak sanggup untuk mengurainya dan berusaha untuk mengeluarkannya.

1. Timbul rasa haus (Polidipsia)

Polidipsia adalah rasa haus karena reaksi tubuh banyak mengeluarkan urine.

1. Timbul rasa lapar (Polifagia)

Pasien DM akan merasa cepat lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi.

1. Penyusutan berat badan

Penyusutan berat badan pada pasien DM disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi.

1. Gangguan Penglihatan

Diabetes Mellitus type 2 yang sudah parah bisa menimbulkan gejala berupa masalah pada mata. Kondisi ini mengarah pada retinopati diabetik, katarak, atau glaukoma yang bisa membuat penglihatan jadi buram.

1. **Penatalaksanaan**

Menurut Devi (2017) secara umum ada 4 pilar penatalaksanaan DM yaitu : edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani serta insulin. Penatalaksanaan DM bertujuan untuk menghilangkan keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah. Penatalaksanaan DM memerlukan kolaborasi antara dokter, perawat, ahli gizi, tim kesehatan lainnya. Selain itu, peran keluarga juga membantu dalam perawatan pasien Diabetes Mellitus (Susanti,2013)

Berdasarkan tujuannya, penatalaksanaan diabetes mellitus dibagi menjadi dua :

* 1. Jangka panjang : mencegah komplikasi
  2. Jangka pendek : menghilangkan keluhan/gejala DM

Pentalaksanaan Diabtes Mellitis :

1. Diet

Diet yang baik merupakan kunci keberhasilan penatalaksanaan diabetes. Diet ini dianjurkan diberikan pada setiap orang yang mempunyai resiko DM. Jumlah asupan kalori ditujukkan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan. Pengaturan pola makan dapat dilakukan berdasarkan 3J yaitu Jumlah, Jadwal, dan Jenis.

1. jumlah yaitu jumlah kalori setiap hari yang diperlukan oleh seseorang untuk memenuhi kebutuhan energi. Jumlah kalori ditentukan sesuai IMT ( Indeks Massa Tubuh) dan ditentukan dengan satuan kilo kalori (kkal).

IMT = BB (kg)/TB (m2)

Setelah itu kalori dapat ditentukan dengan melihat indikator berat badan ideal yaitu :

Tabel 2.1 Kisaran Kalori tubuh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indikator | Berat badan ideal | Kalori |
| Kurus | <18,5 | 2.300 – 2.500 kkal |
| Normal | 18,5-22,9 | 1.700 – 2.100 kkal |
| Gemuk | >23 | * 1. – 1.500 kkal |

1. jadwal makan diatur untuk mencapai berat badan ideal. Sebaiknya jadwal makannya diatur dengan interval 3 jam sekali dengan 3x makan besar dan 3x makan selingan dan tidak menunda jadwal makan sehari-hari.

Tabel 2.2 Jadwal makan pencegahan DM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Jadwal | Waktu |
| 1 | Makan Besar I | Pukul 07.00 |
| 2 | Selingan I | Pukul 10.00 |
| 3 | Makan Besar II | Pukul 13.00 |
| 4 | Selingan II | Pukul 16.00 |
| 5 | Makan Besar III | Pukul 19.00 |
| 6 | Selingan III | Pukul 22.00 |

1. jenis adalah jenis makanan yang sebaiknya dikonsumsi untuk pencegahan DM, antara lain :
   * 1. Karbohidrat : 60-70%
     2. Protein : 12-20%
     3. Lemak : 20-30%
2. Olahraga

Berolahraga secara teratur dapat menurunkan dan menjaga kadar gula darah tetap normal.

1. Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri diharapkan pada penderita diabetes dapat mengatur terapinya secara optimal.

1. Terapi (jika diperlukan)

Penyuntikan insulin sering dilakukan dua kali perhari untuk mengendalikan kenaikan kadar glukosa darah sesudah makan dan pada malam hari.

1. Pendidikan.

Tujuan dari pendidikan adalah supaya pasien dapat mempelajari keterampilan dalam melakukan penatalaksanaan diabetes yang mandiri dan mampu menghindari komplikasi dari diabetes itu sendiri.

1. **Konsep Keluarga**
2. **Definisi keluarga**

Keluarga adalah unit yang terdiri dari individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal di dalam satu rumah tangga yang sama (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Depkes RI (1998) dalam Maria (2018) Keluarga adalah unit terkecil dari suatu masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan .

Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (1999) dalam Sudiharto (2012), keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup sppiritual dan materik yang layak, bertakwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungan.

1. **Tipe Keluarga**

Menurut Mubarak (2011), keluarga dibagi beberapa tipe yaitu :

1. Secara Tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu :
2. Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
3. Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi)
4. Secara Modern Berkembangnya peran individu dan meningkatnya ras individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain di atas adalah :
5. *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti ( ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

1. *Reconstitude Nuclear*

Pembetukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukkan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

1. *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meinti karier.

1. *Dyadle Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya hidup dalam satu rumah.

1. *Single Parent*

Suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang dewasa dan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

1. *Dual Carrier*

*S*uami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

1. *Commuter married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

1. *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

1. *Three Generation*

Tiga generasi atau lebih tinggi dalam satu rumah.

1. *Institusional*

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

1. *Comunal*

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami degan anak-anaknya dan bersaasma-sama dalam penyediaan fasilitas.

1. *Group Marriage*

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

1. *Unmaried Parent and Child*

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

1. *Cohabiating Couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

1. *Gay and Lesbian Family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

1. **Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dalam Komang (2012) yaitu :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

1. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercemin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

1. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjami pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

1. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

1. Fungsi biologis

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

1. Fungsi psikologis

Fungsi psikologis terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

1. Fungsi pendidikan

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

1. **Struktur Keluarga**

Struktur dan fungsi merupakan hal yang berhubungan erat dan terus menerus berinteraksi satu sama lain. Struktur didasarkan pada organisasi, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungan dalam keluarga. Hubungan yang ada dapat bersifat kompleks, misalnya seorang wanita bisa sebagai istri, sebagi ibu, sebagi menantu, dan lain-lain yang semua itu mempunyai kebutuhan, peran dan harapan yang berbeda. Menurut Friedman (2002) dalam Muhlisin.A (2012) struktur keluarga terdiri atas:

1. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi :

1. Bersifat terbuka dan jujur
2. Selalu menyelesaikan konflik keluarga
3. Berfikir positif
4. Tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri.
5. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat misalnya status sebagai istri/suami atau anak. Perilaku peran anggota keluarga :

1. Peranan ayah : pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungannya.
2. Peranan ibu : mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, serta bisa berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
3. Peranan anak : melaksanakan peranan psiko sosia; sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik,mental sosial dan spiritual.
4. Struktur Kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain kearah positif.

1. Nilai-Nilai Keluarga

Nilai keluarga merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pendoman perilaku dan pendoman bagi perkembangan norma peraturan.

Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

1. **Perkembangan Keluarga**

Perkembangan keluarga adalah sebuah proses perubahan sistem keluarga yang bergerak bertahap dari waktu ke waktu. Setiap tahapan umumnya memiliki tugas dan risiko kesehatan yang berbeda beda . Menurut viaDion dan Betan (2013), keluarga terbagi dalam 8 tahap perkembangan, yaitu :

1. Tahap I : Keluarga baru (Bergaining Family)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan. Pada tahap ini, pasangan baru memiliki tugas perkembangan untuk membina hubungan intim yang memuaskan didalam keluarga, membuat berbagai kesepakatan untuk mencapai tujuan bersama.

1. Tahap II : Keluarga dengan Anak Pertama <30 bulan (*Child Bearing*)

Tahap keluarga dengan anak pertamalah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lair sampai berusia kurang dari 30 bulan. Pada masa ini sering timbul konflik yang dipicu kecemburuan pasangan akan perhatian yang lebih ditunjukkan kepada anggota keluarga baru.

1. Tahap III : Keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosisalisasi dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri, pasangan dan anak.

1. Tahap IV : Keluarga dengan Anak usia sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung sejak anak pertama menginjak sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja. Dalam hal ini, sosialisasi anak semakin melebar. Tidak hanya dilingkungan rumah, melainkan juga di sekolah dan lingkungan yang lebih luas lagi.

1. Tahap V : Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orang tua perlu memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab. Hal ini mengingat bahwa remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi.

1. Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri. Dalam hal ini, orang tua mesti merelakan anak untuk pergi jauh daru rumahnya demi tujuan tertentu. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan mempersiapkan anak untuk hidup mandiri, menjaga keharmonisan dengan pasangan, memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, bersiap mengurusi keluarga besar (orang tua pasangan ) memasuki masa tua, dan memberikan contoh kepada anak-anak mengenai lingkungan rumah yang positif.

1. Tahap VII : Kelurga usia pertengahan (*Midle Age Family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasnagan bersiap negativ atau meninggal. Tugas perkembangan keluarganya yaitu, menjaga kesehatan, meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak dan teman sebaya.

1. Tahap VIII : Keluarga lanjut usia

Masa usia lanjut adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara.

1. **Kemandirian Keluarga**
2. Tingkat Keamanan Keluarga
3. Keluarga sejahtera

Keluarga sejahtera tidak selalu diukur dengan rujukan ekonomi yang baik. Namun, lebih dari itu. Dikatakan sebagai keluarga sejahtera apabila keluarga tersebut dibentuk melalui perkawinan yang sah, tingkat spiritual yang mapan, dan mampu membina hubungan seimbang, selaras dan serasi antara anggota keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

1. Keluarga berencana

Keluarga berencana dapat tercapai jika sebuah keluarga telah melalui usia pendewasaan perkawinan dengan perencanaan-perencanaan matang seperti pengaturan kelahiran dan peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

1. Keluarga berkualitas

Keluarga berkualitas adalah keluarga yang telah memiliki kemapanan dari mulai aspek kesehatan, pendidikan, sosial budaya, ekonomi, kemandirian keluarga, hingga mental spiritual dan nilai-nilai agama yang merupakan dasar untuk mencapai keluarga sejahtera.

1. Kemandirian Keluarga

Kemandirian adalah perilaku mampu membuat inisiatif dan mengatasi berbagai hambatan atau masalah. Dengan memiliki perilaku yang demikian, rasa percaya diri akan tumbuh pada diri seseorang dan pada akhirnya akan mencoba menyelesaikan berbagai masalah atau pekerjaan tanpa berusaha merepotkan orang lain.

1. Ketahanan Keluarga

Ada beberapa faktor yang perlu dicermati dalam melihat ketahanan sebuah keluarga yaitu aspek kemampuan fisik, material, psikis, dan mental spiritual. Empat aspek ini akan mendorong seseorang memiliki ketahanan secara pribadi yang pada akhirnya akan mampu membangun keluarga yang kuat pula.

1. **Asuhan Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Secara terperinci asuhan keperawatan yaitu:

1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan, agar memperoleh data maka pengkajian harus akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Data yang diperoleh dari pengkajian meliputi :

1. Berkaitan dengan keluarga
2. Data demografi dan sosiokultural
3. Data lingkungan
4. Struktur dan fungsi keluarga
5. Perkembangan keluarga
6. Berkaitan dengan individu sebagai anggota keluarga
7. Fisik
8. Mental
9. Emosi
10. Sosio
11. Spiritual
12. Tugas keluarga di bidang kesehatan
13. Mengetahui Kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan. Hal ini yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui fakta dari masalah kesehatan, meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan faktor yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan terutama yang dialami anggota keluarga.
14. Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji tentang :

Kemampuan keluarga memahami sifat dan luasnya masalah.

1. Apakah masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga?
2. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami?
3. Apakah keluarga merasa takut terhadap akibat dari masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga?
4. Apakah keluarga mempunyai sikap yang tidak mendukung (*negative*) terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga?
5. Apakah kelarga mempunyai kemampuan untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan?
6. Apakah keluarga mempunyai kepercayaan terhadap tenaga keshatan?
7. Apakah keluarga telah memperoleh informasi tentang kesehatan yang tepat untuk melakukan tindakan dalam rangka mengatasi masalah kesehatan?
8. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, perlu dikaji tentang :
9. Pengetahuan keluarga tentang penyakit yang dialami anggota keluarga (sifat, penyebaran, komplikasi, kemungkinan setelah tindakan, dan cara perawatannya)
10. Pemahaman keluarga tentang perawatan yang perlu dilakukan anggota keluarga
11. Pengetahuan keluarga tentang peralatan, cara, dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
12. Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga (anggota keluarga yang mampu dan dapat bertanggung jawab, sumber keuangan/financial, fasilitas fisik, dukungan psikososial).
13. Bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit atau membutuhkan bantuan kesehatan.
14. Untuk mengetahui kemampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan rumah sehat yang sehat, perlu dikaji tentang :
15. Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga disekitar lingkungan rumah.
16. Kemampuan keluarga melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan.
17. Pengetahuan keluarga tentang pentingnya dan sikap keluarga terhadap sanitasi lingkungan yang higienis sesuai syarat kesehatan
18. Pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan keluarga
19. Kebersamaan anggota keluarga untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga.
20. Untuk mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, perlu dikaji tentang:
21. Pengetahuan keluarga tentang keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau keluarga.
22. Pemahaman keluarga tentang keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.
23. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas dan petugas kesehatan melayani.
24. Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan tentang fasilitas dan petugas kesehatan yang melayani?
25. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan dan bila tidak dapat apakah penyebabnya?

Dari pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga di atas maka masalah keluarga yang mungkin muncul pada kasus Diabetes Mellitus dengan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga yang meliputi :

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM yang terjadi pada keluarga berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang arti, tanda atau gejala penyakit Diabetes Mellitus.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi penyakit Diabetes Mellitus berhubungan dengan keluarga tidak memahami mengenai sifat, berat dan luasnya masalah Diabetes Melitus.
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan Diabetes Mellitus berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang cara pencegahan dan perawatan Diabetes Mellitus.
4. Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara atau memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi penyakit Diabetes Mellitus berhubungan dengan kurangnya pemahaman keluarga tentang pengaruh lingkungan terhadap faktor pencetus Diabetes Melitus.
5. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna perawatan dan pengobatan DM berhubungan dengan sikap keluarga yang kurang tepat terhadap pelayanan atau petugas kesehatan atau kurangnya pengetahuan keluarga tentang pentingnya segera datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk pengobatan penyakit Diabetes Mellitus.
6. **Diagnosa keperawatan Keluarga**

Diagnosa 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 di mana perawat bertanggung jawab melaksanakannya. Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga,  struktur keluarga, 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 sumber daya keluarga.

1. **Perencanaan**

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

1. Menetapkan prioritas masalah

menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009).

Tabel 2.3 Skala untuk menentukan prioritas (Maglaya, 2009)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Kriteria | Skor | Bobot |
| 1.  2.  3.  4. | Sifat masalah  Skala: Wellness  Aktual  Risiko  Potensial  Kemungkinan masalah dapat diubah  Skala: Mudah  Sebagian  Tidak dapat  Potensi masalah untuk dicegah  Skala: Tinggi  Cukup  Rendah  Menonjolnya masalah  Skala: Segera  Tidak perlu  Tidakdirasakan | 3  3  2  1  2  1  0  3  2  1  2  1  0 | 1  2  1  1 |

Sumber: Riasmini dkk, 2017

 Cara skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.
3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria.
4. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas :
5. Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
6. Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
   1. Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
   2. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
   3. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
   4. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dorongan masyarakat.
7. Kriteria ketiga,  yaitu potensi masalah dapat dicegah.  Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah :
8. Kepedulian dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
9. Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
10. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
11. Adanya kelompok *high risk*.
12. Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga.
13. **Pelaksanaan**

Implementasi keperawatan yang ditunjukkan pada keluarga dengan menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkan melalui implementasi yang bersifat :

* 1. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
  2. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
  3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah,  mengawasi keluarga melakukan perawatan.
  4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
  5. Motivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

1. **Evaluasi**

Evaluasi keperawatan keluarga merupakan proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai titik semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Kegiatan evaluasi meliputi 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 (Sudiharto, 2012).

1. **Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga**
2. **Pengertian Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga**

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk tindakan terapeutik terhadap penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik ( Nanda, 2018-2020).

1. **Batasan Karakteristik (Nanda, 2018-2020)**
2. Tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
3. Tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat
4. Ketidakmampuan bertanggung jawab unntuk memenuhi praktik kesehatan dasar
5. Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar
6. Kurang dukungan sosial
7. Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan
8. **Faktor yang berhubungan (Nanda, 2018-2020)**
9. Berduka tidak tuntas
10. Hambatan pengambilan keputusan
11. Keterampilan komunikasi efektif
12. Strategi koping tidak efektif
13. Sumber daya tidak cukup
14. Distres spiritual
15. **Menurut Nursing Outcomes Classification (NOC, 2013) kriteria hasil dari ketidakefektifan majanemen kesehatan keluarga sebagai berikut :**

Tabel 2.4 Kriteria hasil Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

|  |  |
| --- | --- |
| NOC ( Nursing Outcomes Classification) | Indikator |
| Kinerja Caregiver: Perawatan tidak Langsung | 1. Kepercayaan diri dalam memecahkan masalah 2. Mengenali perubahan status kesehatan penerima perawatan 3. Pengadaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan bagi penerima rawatan 4. Keterampilan dalam mengawasi penyediaan perawatan 5. Perhatian yang tulus bagi penerima perawatan 6. Keterampilan dalam mengikuti masalah keperawatan dengan penyedia perawatan langsung |
| Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional | 1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan 2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan 3. Menyediakan informasi yang relevan 4. Memperoleh informasi yang diperlukan 5. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan 6. Mengidentifikasikan kebutuhan dan masalah yang relevan untuk perawatan 7. Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukannya 8. Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien 9. Berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan |
| Dukungan keluarga selama perawatan | 1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota yang sakit 2. Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit 3. Anggota keluarga mempertaahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit 4. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit |
| Normalisasi keluarga | 1. Mengakui kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga 2. Mempertahankan rutinitas keluarga seperti biasanya 3. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat 4. Mempertahankan harapan untuk anggota keluarga seperti biasanya 5. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak 6. Menggunakan kelompok dukungan masyarakat |

1. **Menurut Nursing Interventions Classification (NIC, 2013)**

Perencanaan dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.5 perencanaan ketidakefektifan manajemen keluarga

|  |  |
| --- | --- |
| NIC (Nursing Interventions Classification) | Indikator |
| Dukungan Pengambilan Keputusan | 1. Bantu pasien untuk mengklarifikasi nilai dan harapan yang mungkin akan membantu dalam membuat pilihan yang penting dalam hidup. 2. Informasikan pada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung 3. Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif pilihan 4. Bangun komunikasi dengan pasien sedini mungkin 5. Hormati hak-hak pasien untuk menerima atau tidak menerima informasi 6. Berikan informasi sesuai permintaan pasien 7. Jadilah sebagai penghubung antara pasien dan keluarga 8. Jadilah sebagi penghubung antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan |
| Dukungan Pengasuhan (Caregiver Support) | 1. yaitu kaji tingkat pengetahuan caregiver 2. kaji tingkat penerimaan caregiver terkait dengan peranannya (terkait perawatan) 3. ajarkan caregiver mengenai pemberian terapi bagi pasien 4. memberikan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang keinginan pasien 5. ajarkan caregiver mengenai cara menjaga kesehatan fisik dan mental |
| Dukungan Keluarga | 1. Dukung harapan yang realitis 2. Fasilitasi komunikasi akan kekhawatiran/ perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga 3. Tingkatkan hubungan saling percaya dengan keluarga 4. Identifikasi sifat dan dukungan spiritual bagi keluarga 5. Identifikasi kesepakan terkait harapan antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan 6. Bantu anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan memecahakan konflik nilai-nilai keluarga |
| Peningkatan Integritas Keluarga | 1. Jadilah pendengar(yang baik) bagi anggota keluarga 2. Bina hubungan saling percaya dengan anggota keluarga 3. Pertimbangkan perasaan keluarga terhadap kondisi yang ada 4. Pertimbangkan pemahaman keluarga terhadap kondisi yang ada 5. Bantu keluarga untuk mengatasi perasaan bersalah dan tanggung jawab yang tidak realitis, seperti yang pernah disampaikan 6. Tentukan tipe hubungan kelluarga yang ada 7. Identifikasi prioritas konflik yang ada diantara anggota keluarga 8. Bantu keluarga dalam mengatasi konflik 9. Beritahu anggota keluarga mengenai keterampilan koping yang efektif untuk merka gunakan 10. Beritahu anggota keluarga bahwa boleh dan ijinkan untuk menggunakan ekspresi kasih sayang tertentu ketika berada di lingkungan rumah 11. Fasilitasi suasana kebersamaan diantara anggota keluarga 12. Sediakan informassi bagi anggota keluarga mengenai kondisi pasien secara teratur, sesuai keinginan pasien 13. Sediakan informassi bagi anggota keluarga mengenai kondisi pasien secara teratur, sesuai keinginan pasien 14. Dukung keluarga untuk meningkatkan hubungan yang positif |
| Pengajaran prosedur perawatan | * 1. Informasikan pada pasien atau orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan di lakukan   2. Kaji pengalaman pasien sebelum dan tingkat pengetahuan pasien terkait tindakan yang akan di lakukan   3. Ajarkan pada pasien bilaharus berpatisipasi dalam kegiatan tersebut   4. Diskusikan pilihan tindakan yang memungkinkan   5. Libatkan keluarga jika memungkinkan |

**Kerangka Teori**

Gambar 1.1

Peningkatan kemandirian keluarga

Masalah Keperawatan keluarga

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

Intervensi :

1. Edukasi keluarga tentang DM
2. Motivasi keluarga untuk menghindari faktor resiko
3. Mengajarkan keluarga tentang diet, obat, aktivitas yang tepat untuk DM
4. Mengajarkan keluarga tentang cara menjaga lingkungan fisik dan psikologi untuk DM
5. Mengajarkan keluarga tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan

Dampak DM pada keluarga : fisik, psikologi, sosial dan ekonomi

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah DM
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dalam menanggulangi DM
3. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Keluarga

Etiologi Diabetes Mellitus :

1. Faktor genetik
2. Faktor lingkungan dan gaya hidup
3. Faktor resiko

Diabetes Mellitus

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deksriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Menderita Diabetes Mellitus Type 2.

1. **Subyek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa Akper YKY yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai 2019.

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah) pada Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Regimen Teraupetik pada Salah Satu Anggota Keluarga yang menderita Diabetes Mellitus Type 2.

1. **Definisi Operasinonal**

Tabel 2.6 Definisi operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Definisi Operasional** |
|  | Diabetes Mellitus | Kelainan heterogen yang ditandai naiknya kadar gula darah atau hiperglikemia lebih dari 200 mg/dL |
|  | Keluarga | unit terkecil yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang yang hidup bersama didalam satu rumah yang sama. |
|  | Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan | pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk tindakan terapeutik terhadap penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik seperti kurangnya pengetahuan keluarga, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya informasi tentang perawatan pada keluarga yang sakit. |

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi intrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai human instrumen berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informasi sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan dan membuat kesimpulan atas semuanya.

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data berupa studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebuut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta sudah lulus pada tahun antara tahun 2010 sampai dengan tahun 2019.

1. **Analisa Data**

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deksriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi yang dilakukan.

1. **Etika Penelitian**

Peneliti ini dilakukan dengan memperhatikan dan menjunjung tinggi kode dan prinsip etik penelitian. Kode etik adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmojo, 2010). Perinsip etik meliputi *anonmyt,confidentiality,* dan *autonomy*:

1. *Anonmity* ( tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan indetitas subjek, peneliti tidak mencantumkan nama subjek pada lembar asuhan keperawatan, lembar tersebut hanya akan memakai inisial nama awal.

1. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari klien dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan di sajikan, informasi akan untuk pendidikan dan apabila di perlukan untuk proses hukum.

1. *Autonomy* (menghargai otonomi)

Peneliti mempersiapkan formulir persetujuan( *infromed concent*) untuk di isi oleh klien. Peneliti menjelaskan kepada klien tentang prosedur penelitian. Responden di beri kebebasan untuk memberikan informasi.

1. **Kerangka Alur Penelitian**

Membandingkan teori dan hasil

Analisa Data

Surat Izin

(Administrasi)

Pemilihan data berupa dokumen

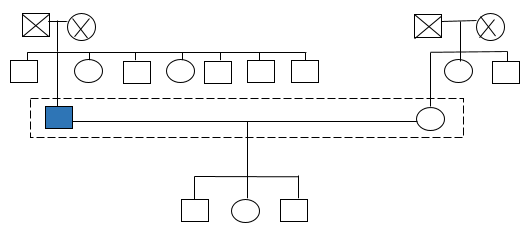
Gambar 1.2 Kerangka Alur

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil** 
     1. **Gambaran Asuhan Keperawatan**

Pada pengkajian Keluarga Tn.M yang dilakukan pada hari Rabu, 20 Juli 2016 di Depok Rt 01/Rw 29, Ambarketawang, Gamping, Sleman yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman. Partisipan yaitu Tn.M berperan sebagai kepala keluarga dan suami Ny.M . Tn.M bekerja sebagai sopir. Umur Tn.M yaitu 62 tahun dan Ny.M 62 tahun. Pendidikan terakhir Tn.M dan Ny.M yaitu SMP. Tipe keluarga Tn.M termasuk *nuclear family* yaitu keluarga yang tinggal dalam satu rumah adalah keluarga inti yaitu ayah dan ibu. Dalam mengambil keputusan keluarga Tn.M mengatakan bermusyawarah secara bersama. Tahap perkembangan keluarga saat ini berada pada tahap VIII yaitu usia lanjut, dimana tugas perkembangan saat ini adalah menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat dan menentukan arti hidup. Untuk tahap yang belum terpenuhi yaitu Tn.M dan Ny.M dalam penghasilan tercukupi karena Tn.M masih bekerja sebagai sopir dan Ny.M masih bekerja di pasar, kemudian dalam menerima kehilangan pasangan dalam hal ini belum terjadi. Dan tahap perkembangan yang sudah terpenuhi yaitu mempertahankan kontak dengan masyarakat baik tidak ada masalah. Berikut adalah genogram keluarga Tn.M

Gambar 1.3

Keterangan :

: laki-laki : perempuan

: meninggal : tinggal serumah

: pasien : garis pernikahan

: garis keturunan

Dari hasil pengkajian Tn.M menderita diabetes mellitus kurang lebih 15 tahun yang lalu. Awal mengetahui bahwa menderita penyakit diabetes mellitus Tn.M mengatakan kaki kram pada kaki kiri dari panggul sampai lutut dan terdapat luka kering dibagian jari manis. Tn.M mengatakan penyakit diabetes mellitus adalah penyakit turunan. Didalam keluarga ada yang menderita sakit diabetes mellitus yaitu kakaknya. Ny.M mengatakan bahwa dirinya juga menderita penyakit diabetes mellitus kurang lebih satu tahun yang lalu. Tn.M dan Ny.M mengatakan sudah tahu tentang penyakit diabetes mellitus. Tn.M mengatakan sudah rutin kontrol 2 minggu sekali. Keluarga Tn.M sudah mampu mengambil keputusan tentang penyakit diabetes mellitus dengan membawa Ny.M untuk rutin kontrol 1 bulan sekali. Jarak rumah dengan fasilitas kesehatan kurang lebih 1 km. Keluarga Tn.M mengatakan belum mampu merawat Tn.M dan Ny.M yang menderita diabetes mellitus, hal ini dibuktikkan dengan Tn.M mengatakan rutin minum obat Metformin 500mg 3x1 sehari secara teratur tetapi tidak sama waktunya dan Glibenclamide 5mg 1x1 dari puskesmas. Tn.M mengatakan berusaha untuk mengurangi makanan yang manis-manis tetapi terkadang masih mengkonsumsi makanan yang manis. Tn.M mengatakan tidak mengetahui diit yang benar untuk penderita diabetes mellitus. Tn.M mengatakan belum pernah dilatih untuk senam kaki diabetes mellitus. Dan untuk Ny.M mengatakan selalu minum obat Metformin 500mg 3x1 dan Glibenclamide 5mg 1x1 dari klinik sumberwaras dua kali sehari secara teratur. Ny.M mengatakan terkadang tidak minum obat glibenclamide karena lupa. Ny.M berusaha mengurangi mengkonsumsi makanan yang manis karena keinginan yang kuat dan tidak mengetahui makanan apa saja yang dianjurkan untuk penderita diabetes mellitus. Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik dengan skor 4 2/3 .

Rencana keperawatan dengan tujuan untuk mencapai ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik dengan tujuan panjang manajemen regimen teraupetik dengan salah anggota menderita diabetes mellitus pada keluarga Tn.M efektif dan tujuan pendek diharapan keluarga Tn.M mampu merawat keluarga yang sakit dengan kriteria hasil keluarga Tn.M mampu melakukan aktivitas fisik seperti senam kaki diabetik minimal 1 kali sehari, keluarga Tn.M mampu mendemonstrasikan ulang senam kaki DM dengan benar, keluarga mampu menyebutkan 2 dari 5 makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes mellitus , keluarga mampu menyebutkan makanan yang tidak dianjurkan untuk diabetes mellitus. Diharapkan tujuan tersebut tercapai dengan dilakukan rencana keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu kontrak waktu dengan keluarga Tn.M, Berikan pendidikan kesehatan tentang diit makanan pada penderita diabetes mellitus, Ajarkan keluarga Tn.M tentang senam kaki Diabetes Mellitus, Beri informasi tentang manfaat senam kaki Diabetes Mellitus, Motivasi keluarga Tn.M untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus minimal sekali dalam sehari, Evaluasi keluarga tentang cara perawatan diit makanan pada penderita diabetes mellitus, Evaluasi respon keluarga untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus aktif. Setelah perencanaan dibuat berdasarkan kondisi keluarga.

Implementasi yang dilakukan pada hari Rabu, 20 Juli 2016 adalah melakukan kontrak waktu dengan keluarga untuk senam kaki DM. Implementasi pada hari kedua pada hari Kamis, 21 Juli 2016 yaitu mengajarkan keluarga Tn.M senam kaki Diabetes Mellitus, Memotivasi keluarga Tn.M untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus minimal sekali dalam sehari, Memberikan informasi tentang manfaat senam kaki Diabetes Mellitus, dan mengevaluasi respon keluarga untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus aktif. Implementasi pada hari Jum’at 22 Juli 2016 yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang diit makanan pada penderita DM, mengevaluasi keluarga Tn.M tentang cara perawatan diit makanan pada penderita DM.

Evaluasi hasil pada hari Rabu, 20 Juli 2016 yaitu keluarga Tn.M mengatakan mau melakukan senam kaki DM. Pada hari kedua Kamis, 21 Juli 2016 keluarga Tn.M mengatakan mau melakukan senam kaki Dm, keluarga Tn.M mengatakan akan melakukan senam kaki DM sehari sekali, keluarga Tn.M mengatakan mengerti tentang manfaat senam kaki DM. pada hari ketiga hari Jum’at 22 Juli 2016 yaitu keluarga Tn.M mengatakan sudah melakukan senam kaki DM tadi pagi pukul 06.00 WIB, keluarga mengatakan akan menyiapkan makanan dan mengkonsumsi makanan yang sesuai untuk penderita DM. Evaluasi hasil dari tindakan keperawatan dengan masalah ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik pada keluarga dengan diabetes mellitus tercapai sebagian dengan hasil keluarga mampu melakukan senam kaki DM dengan benar, keluarga Tn.M kooperatif dan bertanya jika ada yang kurang jelas, keluarga Tn.M mampu menyebutkan 2 dari 5 makanan yang dianjurkan untuk penderita DM, keluarga mampu menyebutkan 2 dari 5 makanan yang tidak dianjurkan untuk penderita DM. lanjutkan Intervensi selanjutkan akan dilanjutkan oleh pihak puskesmas Gamping I yaitu Evaluasi pelaksanaan senam kaki SM pada keluarga Tn.M dan motivasi ulang untuk mematuhi diit DM dengan tepat.

* 1. **Pembahasan** 
     + 1. Pembahasan pengkajian studi kasus di dapatkan karakteristik Tn.M merupakan seorang kepala keluarga. Tn.M menderita penyakit diabetes mellitus. Istri Tn.M adalah Ny.M . Umur Tn.M yaitu 62 tahun. Hal itu didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Kekenusa, Ratag, & Wuwungan (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara umur dengan kejadian diabetes mellitus dimana orang berusia ≥ 45 tahun mempunyai resiko 8 kali untuk terjadinya diabetes mellitus dibanding usia dibawah 45 tahun. Pendidikan terakhir Tn.M dan Ny.M yaitu SMP. Hal itu didukung dengan penelitian Prabowo dan Hastuti (2015) yang mengatakan bahwa pasien diabetes dengan tingkat pendidikan yang rendah tidak dapat mengubah kebiasaan makan yang salah yang ada di budaya masyarakat. Keluarga ini merupakan keluarga inti *(nuclear family)* yang terdiri dari seorang ayah, ibu dan anak. Keluarga Tn.M beragama Islam. Tn.M hanya tinggal dengan istrinya karena anaknya sudah menikah. Pendapatan keluarga Tn.M dalam sebulan yaitu 1.800.000/bulan. Untuk tahap perkembangan pada keluarga Tn.M saat ini pada tahap VIII yaitu tahap usia lanjut, dimana tugas perkembangan saat ini adalah menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat dan menentukan arti hidup. Tn.M menderita diabetes mellitus kurang lebih 15 tahun yang lalu. Tn.M mengatakan awal mengetahui bahwa menderita penyakit diabetes mellitus mengeluh kram pada kaki kiri dari panggul sampai ke lutut dan terdapat luka kering dibagian jari manis . Hal itu di dukung dengan penelitian Handayani (2016) yang mengatakan bahwa luka kaki diabetes disebabkan oleh beberapa faktor yaitu neuropati, trauma, deformitas kaki, tekanan tinggi pada telapak kaki dan penyakit perifer. Tn.M mengatakan penyakit diabetes adalah penyakit turunan yaitu kakaknya. Ny.M mengatakan bahwa dirinya juga menderita diabetes mellitus 1 tahun yang lalu dan sering mengeluh cepat lelah setelah berjualan di pasar gamping.

Pada fungsi perawaran dalam kemampuan mengenal masalah Tn.M dan Ny.M mengatakan dirinya sudah tahu tentang penyakit diabetes mellitus. Tn.M mengatakan sudah mengambil keputusan tentang pentakitnya yang diderita dengan membawa ruti kontrol 2 minggu sekali. Untuk kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit Tn.M mengatakan rutin minum obat dari puskesmas tiga kali sehari secara teratur tetapi tidak sama waktunya karena tidak ada yang mengingatkan dan kadang lupa untuk minum obat. Tn.M mengatakan berusaha mengurangi makanan yang manis-manis tetapi terkadang masih mengonsumsi makanan yang manis. Tn.M mengatakan tidak tahu diit yang benar untuk penderita diabetes mellitus dan belum pernah dilatih senam kaki diabetes.

Pada pengkajian Asuhan didapatkan data yang belum lengkap karena pada pasien diabetes mellitus ditegakkan apabila kadar gula darah sewaktu 200 mg/dL. Sedangkan pada pengkajian diatas untuk kadar gula darah tidak dikaji. Pada pengkajian juga tidak dijelaskan apakah pada generasi-generasi terdahulu adakah anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus atau tidak hanya dijelaskan bahwa penyakit diabetes mellitus adalah keturunan kakaknya. Hal itu juga didukung penelitian Kekenusa, Ratag, & Wuwungan (2013) bahwa bahwa penyakit dengan garis keturunan berisiko 5 kali lebih besar terkena DM yang dipengaruhi karena kebiasaan hidup. Hal itu juga didukung pada etiologi diabetes mellitus pada bab 2 bahwa terjadinya diabetes mellitus karena faktor lingkungan dan gaya hidup.

* + - 1. Pembahasan diagnosa dari hasil pengkajian studi dokumentasi didapatkan pada keluarga Tn.M tersebut dengan diagnosa ketidakefektifan regimen teraupetik sudah sesuai dengan batasan karakteristik pada NANDA (2018) yang sudah diperbarui menjadi diagnosa Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan batasan karakteristik kurangnya pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar yang dibuktikkan dengan data keluarga Tn.M tidak mengetahui diit bagi penderita diabetes mellitus, kurangnya kurangnya dukungan sosial dengan dibuktikkam Tn.M mengatakan sudah minum obat tetapi tidak tepat pada waktunya dan Tn.M mengatakan kadang tidak meminum obat karena lupa tidak ada yang mengingatkan. Ketidakmampuan bertanggung jawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar yang dibuktikan dengan Tn.M mengatakan berusaha mengurangi makanan yang manis-manis tetapi kadang masih makan yang manis-manis, tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat yang dibuktikkan dengan data keluarga Tn.M belum pernah dilatih senam kaki diabetes mellitus dalam hal pencegahan komplikasi
      2. Tahap penyusunan perencanaan yang pertama adalah menentukan prioritas diagnosa keperawatan dengan skoring. Menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala Maglaya (2009). Pada perencanaan keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik dengan skoring 4 2/3 sudah benar. Karena pada sifat masalah aktual dengan skor 3 sudah tepat karena keluarga Tn.M mengatakan belum pernah dilatih senam kaki diabetes mellitus, kemungkinan masalah dapat diubah dengan skor 1( sebagian) juga sudah tepat dengan faktor pendukung adalah jarak antara rumah ke puskemas bisa ditempuh dengan sepeda, keluarga juga mempunyai jamkesdas, faktor penghambatnya yaitu ada yang menghantar ke pelayanan kesehatan.. kemudian menonjolnya masalah dengan skor 2 ( masalah harus segera ditangani) juga sudah tepat karena keluarga Tn.M mengatakan masalah yang dialami adalah masalah yang serius dan harus segera ditangani. Dan untuk potensi masalah dapat dicegah dengan skor 2 juga sudah tepat karena penyakit diabetes mellitus tidak bisa disembuhkann tetapi bisa terkontrol dengan mengkonsumsi obat, diit makanan yang sesuai.

Perencanaan yang kedua adalah membuat tujuan dan kriteria hasil penyusunan tujuan pada kasus ini masih menggunakan tujuan panjang dan tujuan pendek dengan pendekatan tujuan yaitu 5 KMK , untuk penulisan tujuan saat ini menggunakan NOC label yaitu Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional dan Normalisasi Keluarga.

Perencanaan kriteria hasil yang dibuat ada yang terdapat di dalam NOC dan ada yang tidak terdapat, pada NOC yang dibuat adalah keluarga mampu melakukan aktivitas fisik seperti senam kaki DM minimal 1 kali sehari yang terdapat pada NOC label Normalisasi Keluarga yaitu keluarga mampu memenuhi kebutuhan fisik keluarga. Keluarga mampu menyebutkan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita diabetes mellitus yang terdapat pada NOC label Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional yaitu keluarga mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan.

Pada tahap perencanaan intervensi yang terdapat pad NIC dan tidak, yang terdapat pada NIC adalah kontrak waktu dengan keluarga Tn.M yang terdapat pada NIC yaitu bangun hubungan dengan keluarga dalam perawatan. Beri pendidikan kesehatan tentang diit makanan pada penderita diabetes mellitus dan beri informasi tentang manfaat senam kaki DM yang terdapat pada NIC label Dukungan Pengasuhan yaitu menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang dibutuhkan. Ajarkan keluarga Tn.M tentang senam kaki DM yang terdapat pada NIC label Dukungan Pengasuhan yaitu ajarkan *carrgiver* mengenai cara menjaga kesehatan fisik dan mental. Motivasi keluarga Tn.M melakukan senam kaki DM minimal sehari sekali yang terdapat pada NIC label Pengajaran prosedur perawatan yaitu ajarkan pada pasien bila harus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. Evaluasi respon keluarga untuk melakukan senam kaki diabetes mellitus aktif.

* + - 1. Pelaksanaan keperawatan dari keluarga Tn.M dengan melakukan kontrak waktu dengan keluarga, mengajarkan keluarga Tn.M senam kaki Diabetes Mellitus, Memotivasi keluarga Tn.M untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus minimal sekali dalam sehari, Memberikan informasi tentang manfaat senam kaki Diabetes Mellitus, dan mengevaluasi respon keluarga untuk melakukan senam kaki Diabetes Mellitus aktif. Pada pelakasanaan sudah sesuai dengan perencanaan yang mengacu pada NIC.
      2. Evaluasi hasil dari tindakan keperawatan dengan masalah ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik pada keluarga dengan diabetes mellitus tercapai sebagian dengan hasil keluarga mampu melakukan senam kaki DM dengan benar, keluarga Tn.M kooperatif dan bertanya jika ada yang kurang jelas, keluarga Tn.M mampu menyebutkan 2 dari 5 makanan yang dianjurkan untuk penderita DM, keluarga mampu menyebutkan 2 dari 5 makanan yang tidak dianjurkan untuk penderita DM. lanjutkan Intervensi selanjutkan akan dilanjutkan oleh pihak puskesmas Gamping I yaitu, Evaluasi pelaksanaan senam kaki SM pada keluarga Tn.M dan motivasi ulang untuk mematuhi diit DM dengan tepat.

Menurut saya pada studi asuhan asuhan keperawatan untuk evaluasi proses pada setiap tindakan yang sudah dilakukan tidak dijelaskan tetapi langsung ditulis pada evaluasi hasil. Evaluasi hasil ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik teratasi sebagian karena pada rencana tindakan yang sudah dilakukan keluarga mengatakan akan melakukan senam kaki diabetik sehari sekali. Keluarga sudah mampu menyebutkan makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan bagi penderita diabetes mellitus dan keluarga sudah mampu untuk melakukan senam diabetik sesuai pada tujuan yang sudah direncanakan.

* + - 1. Peran keluarga pada keluarga Tn.M sudah mengenal tentang penyakit diabetes mellitus dan sudah mampu untuk mengambil keputusan dengan rutin kontrol ke puskesmas 2 minggu sekali. Tetapi dalam merawat keluarga yang sakit Keluarga Tn.M belum mampu untuk merawat Tn.M dan Ny.M yang menderita diabetes mellitus dengan dibuktikkan dengan Tn.M sudah rutin minum obat tetapi tidak tepat pada waktunya , Tn.M dan Ny.M mengatakan kadang-kadang masih mengonsumsi makanan yang manis-manis serta belum mengetahui diit yang baik bagi penderita diabetes mellitus karena kurangnya dukungan keluarga dalam mengetahui diit yang baik bagi penderita Diabetes melllitus. Hal ini didukung dengan teori Waspanjdi (2009) dalam penelitian Putri, Yeni & Handayani (2013) yang mengatakan bahwa pengawasan dan pemantaun dalam penatalaksanaan Diabetes mellitus pada setiap saat menjadi penting. Dimana peran keluarga diperlukan khususnya dalam hal pengontrolan kadar gula darah . Hal ini juga didukung dengan teori Friedman (2010) yang mengatakan bahwa pengelolaan pasien menderita Diabetes Mellitus keluarga sangat membutuhkan peran aktif dan petugas pelayanan kesehatan dalam memberikan edukasi, motivasi atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus. Tn.M juga mengatakan belum pernah dilatih untuk senam kaki diabetik . Sedangkan pada jurnal Hidayat & Nurhayati (2014) dinyatakan bahwa senam kaki diabetik dapat membantu memperbaiki peredaran darah yang terganggu dan memperkuat otot betis dan paha untuk mengatasi keterbatasan gerak sendi serta mencegah terjadinya deformitas.

**BAB V**

**PENUTUP**

* + 1. **Kesimpulan**

Setelah melakukan studi kasus dokumentasi pada asuhan keperawatan pada pengalaman yang didapat oleh peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.M dengan salah satu anggota keluarga menderita DM di Wilayah kerja Puskesmas Gamping I di SLeman, dengan smenggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

* + 1. Pengkajian dari keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita diaabetes mellitus diperoleh data bahwa keluarga yang menderita diabetes mellitus yaitu Tn.M dan Ny.M. Keluarga Tn.M mengatakan sudah tahu tentang penyakit diabetes mellitus. Tn.M mengatakan sudah mengambil keputusan tentang pentakitnya yang diderita dengan membawa rutin kontrol 2 minggu sekali. Tetapi untuk kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit Tn.M mengatakan rutin minum obat dari puskesmas tiga kali sehari secara teratur tetapi tidak sama waktunya karena tidak ada yang mengingatkan dan kadang lupa untuk minum obat. Tn.M mengatakan berusaha mengurangi makanan yang manis-manis tetapi terkadang masih mengonsumsi makanan yang manis. Tn.M mengatakan tidak tahu diit yang benar untuk penderita diabetes mellitus dan belum pernah dilatih senam kaki diabetes.
    2. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian didapat masalah keperawatan : ketidakefefektifan regimen teraupetik yang sudah diperbarui menjadi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan pada NANDA (2018) dan disesuaikan dengan batasan karakteristik yang ada pada ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan masalah partisipan pada keluarga Tn.M mengatakan sudah minum obat tetapi tidak tepat pada waktunya dan tidak ada yang mengingatkan, Tn.M mengatakan berusaha mengurangi makanan yang manis-manis terkadang masih makan yang manis-manis, tidak mengetahui diit bagi penderita diabetes mellitus, belum pernah dilatih senam kaki diabetes mellitus dalam hal pencegahan komplikasi, Tn.M mengatakan kadang tidak meminum obat karena lupa

* + 1. Perencanaan kriteria hasil yang dibuat ada yang terdapat di dalam NOC dan ada yang tidak terdapat, pada NOC yang dibuat adalah keluarga mampu melakukan aktivitas fisik seperti senam kaki DM minimal 1 kali sehari yang terdapat pada NOC label Normalisasi Keluarga yaitu keluarg mampu memenuhi kebutuhan fisik keluarga. Keluarga mampu menyebutkan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita diabetes mellitus yang terdapat pada NOC label Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional yaitu keluarga mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan.

Untuk tindakan perencanaanya pun sesuai dengan perencanaan NIC label kontrak waktu dengan keluarga Tn.M yang terdapat pada NIC yaitu bangun hubungan dengan keluarga dalam perawatan. Beri pendidikan kesehatan tentang diit makanan pada penderita diabetes mellitus dan beri informasi tentang manfaat senam kaki DM yang terdapat pada NIC label Dukungan Pengasuhan yaitu menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang dibutuhkan. Ajarkan keluarga Tn.M tentang senam kaki DM yang terdapat pada NIC label Dukungan Pengasuhan yaitu ajarkan *carrgiver* mengenai cara menjaga kesehatan fisik dan mental. Motivasi keluarga Tn.M melakukan senam kaki DM minimal sehari sekali yang terdapat pada NIC label Pengajaran prosedur perawatan yaitu ajarkan pada pasien bila harus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. Evaluasi respon keluarga untuk melakukan senam kaki diabetes mellitus aktif.

* + 1. Pelaksanaan Keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah diterapkan. Waktu pelaksanaan sesuai dengan kesanggupan partisipan dan keluarga partisipan. Dalam pelaksanaan diharapkan partisipan dapat melakukan senam kaki diabetes setiap pagi serta akan menyiapkan makanan dan mengonsumsi makanan yang sesuai bagi penderita diabetes mellitus. Tetapi dalam asuhan keperawatan setiap tindakan tidak diberikan evaluasi prosesnya.
    2. Evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan dari studi kasus dokumentasi dengan hasil sudah teratasi sebagian karena tindakan keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga Tn.M dapat terlaksana sesuai dengan proses keperawatan dengan hasil partisipan dapat melakukan senam kaki diabetes, partisipan mengatakan akan melakukan senam kaki diabetes setiap pagi serta akan menyiapkan makanan dan mengonsumsi makanan yang sesuai bagi penderita diabetes mellitus.

* + 1. Dokumentasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan di setiap proses keperawatan. Pada tahap ini peneliti mendokumentasikan setiap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diganosa keperawatan, perecanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
    2. Peran keluarga dalam perawatan anggota yang sakit yaitu keluarga sudah mampu mengenal penyakit diabetes mellitusdan sudah mampu mengambil keputusan dengan rutin kontrol ke puskesmas, tetapi dalam merawat keluarga yang sakit keluarga belum mampu untuk merawatnya karena kurangnya informasi tentang diit yang baik bagi penderita diabetes mellitus, kurangnya informasi tentaang senam kaki diabetik, dan kurangan dukungan keluarga.
    3. **Saran**

Berdasarkan pada studi kasus dokumentasi pada Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Regimen Teraupetik Pada Salah Satu Anggota Keluarga Yang Menderita Diabates Mellitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I, saran dapat saya sampaikan :

* + - * 1. Teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan dibindang keperawatan dalam ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik pada keluarga dengan diabetes mellitus dengan lebih bak.

* + - * 1. Praktis

Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengalaman dalam mengimplementasikan riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik pada keluarga dengan diabetes mellitus.

**DAFTAR PUSTAKA**

Achar, Komang Ayu Henny. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Cetakan Kedua. Jakarta : Cv Sagung Seto

*American Diabetes Association.2012. Defination of Diabetes Mellitus.*

<http://www.care.diabetesjournals.org.Accesed> Juni 10,2012

Azizah, A.N. Setiyobroto, I. Kurdanti, W. 2019. Konseling Gizi Menggunakan Media Aplikasi Nutri *Diabetic Care* Untuk Meningkatkan Pengetahuan Pasien Diabetes mellitus Tipe 2 di Puskesmas Gamping I.

<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1352/>

Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC

Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. 2017. Yogyakarrta : Profil Kesehatan Kabupaten Bantul.

Deswani. 2011. *Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis*. Jakarta: Salemba

Medika

Dion, Y & Betan, Y. 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik*.

Yogyakarta : Nuha Medika

Friedman, Marilyn M dkk. 2010. Buku Ajar : *Keperawatan Keluarga Riset, Teori*

*& Praktik*. Jakarta : EGC

Handayani, T.A. 2016. Studi Meta Analisis Perawatan Luka Kaki Diabetes Dengan Modern Dressing. *The Indonesian Journal Of Helath Science*. 6(2), Juni 2016

<http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/view/133>

Hidayat, R.A, Nurhayati, I. 2014. Perawatan Kaki pada Penderita Diabetes Mellitus di Rumah. *Jurnal Permata Indonesia*. 5(2), 49-54, 2014

[http://www.permataindonesia.ac.id/wp content/uploads/2015/07/201406.pdf](http://www.permataindonesia.ac.id/wp%20content/uploads/2015/07/201406.pdf)

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Pendoman umum program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga.* Jakarta: Kementrian Kesehatan RI

Kekenusa, S.J, Ratag, T.B, Wuwungan, G. 2013. Analisis Hubungan Antara Umur dan Riwayat Keluarga Menderita DM dengan Kejadian Penyakit DM tiper 2 pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam BLU RSUP PROF. RD Kandou Manado*, FKM Univ Sam Ratulangi*, 1(6), 2013

<http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2013/08/GLORIA-WUWUNGAN-091511080.pdf>

Lestari, D.D, winahyu, K.M, Anwar, S. 2018. Kepatuhan diet pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Ditinjau dari Dukungan Keluarga di Puskesmas Cipondoh Tanggerang. *Jurnal Ilmiah ,* 5(1), 2018

<http://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/article/download/1000/723>

Mubarak, IW. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Salemba. Medika. 6.

Muslimin, A. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Gosyen Publishing

NANDA. 2018-2020. Diagnosis Keperawatan : Definisi dan klasifikasi 2018-2020. Jakarta EGC

NANDA. 2015-2017. Diagnosis Keperawatan : Definisi dan klasifikasi 2015-2017. Jakarta EGC

PERKENI. 2011. *Konsesus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus*

*Tipe 2 Di Indonesia*. Jakarta.

Putri.H, Yeni.F, Handayani.T. 2013. Hubungan Peran keluarga Dengan Pengendalian Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Mellitus di wilayah Kerja Puskesmas Pauh Padang . *Ners Jurnal Keperawatan* . 9(2) 133-139. Oktober 2019

<https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=hubungan+pera+keluarga+dengan+pengendalian+kadar+gula+darah+pada+pasien+diabetes+mellotus+di+wilayah+kerja+puskesmas+pauh+padang&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DXsdsr502MioJ>

Riyadi. 2011. Keperawatan Medikal Bedah. Cetakan pertman. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Riskesdas. 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdas Nasional

Riskesdas. 2018. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdas Nasional

Rendy,Clevo M. Dan Margareth. (2012). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam. Yogyakarta : Nuha medika

SIMPUS (2020) Puskesmas Bantul II. Yogyakarta: Puskesmas Bantul II Tahun 2020

Susanti, L.M, Sulistyani, S. (2013) Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di Rumah Rawat Inap RS BAPTIS KEDIRI. *Jurnal Stikes*, 6(1) Juli 2013

<http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/stikes/article/downloadSuppFile/18840/96.pdf>

Sudiharto (2012) *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendektan*

*Keperawatan. Transkultural*. Jakarta : EGC

Diakses 20 Maret 2018, dari http/pbperkeni.or.id/doc/consesus.pdf

Muslimin, A (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Gosyen Publishing

NANDA. 2018-2020. Diagnosis Keperawatan : Definisi dan klasifikasi 2018-2020. Jakarta EGC

NANDA. 2015-2017. Diagnosis Keperawatan : Definisi dan klasifikasi 2015-2017. Jakarta EGC

PERKENI. (2011). *Konsesus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus*

*Tipe 2 Di Indonesia*. Jakarta.

**DAFTAR LAMPIRAN**

1. LAMPIRAN 1 Jadwal Kegiatan
2. LAMPIRAN 2 Data kasus Ketidakefektifan Manajemen regimen Teraupetik
3. LAMPIRAN 3 Lembar Bimbingan

**JADWAL KEGIATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | JENIS KEGIATAN | FEBRUARI | | | | MARET | | | | APRIL | | | | MEI | | | | JUNI | | | | JULI | | |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | Studi pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mengajukan judul proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Penyusunan proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Seminar Proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Penyusunan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Seminar Hasil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

