

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keperawatan Keluarga

2.1.1 Definisi

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu – individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2012).

Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk, 2012).

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Lasmadasari & Sulastri, 2021).

Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik, dan dukungan ekonomi (Pakpahan, 2020)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan

perkawinan, darah atau adopsi dan hidup dalam satu rumah yang saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing – masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Baylon dan Maglaya, 2012).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes R.I,2012).

Keluarga menurut Stuart (2012), meliputi 5 sifat yaitu :

1. Keluarga merupakan unit suatu sistem.
2. Setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap.
3. Keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak.
4. Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga.

2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut Maclin (2012), pembagian tipe keluarga :

1. Keluarga Tradisional
 - 1) Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak – anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama.
 - 2) Keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.
 - 3) Pasangan inti, hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka

- 4) Bujang dewasa yang tinggal sendirian.
- 5) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal di rumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
- 6) Jaringan keluarga besar: terdiri dari dua keluarga inti atau lebih atau anggota keluarga yang tidak menikah hidup berdekatan dalam daerah geografis.

2. Keluarga non – tradisional

- 1) Keluarga dengan orang tua yang mempunyai anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja).
- 2) Pasangan suami istri yang tidak menikah dan telah mempunyai anak.
- 3) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 4) Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Pranata, 2016) yaitu :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan peneliharaan 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.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin 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. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam rumah keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

3. Fungsi perawatan kesehatan

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

4. Fungsi ekonomi

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

5. Fungsi biologis

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

6. Fungsi psikologis

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

7. 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.

2.1.4 Tahapan dan Tugas Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall dan Miller (2012) ;Carter dan Mc Goldrick (2012), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti berikut :

1. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membinahubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan

jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

2. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan enek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing – masing pasangan. Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua bayi berumur 2 – 6 tahun) Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan pada anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

3. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6 – 13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

4. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13 – 20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak – anak, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

5. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak – anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit – sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

6. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing – masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak – anak.

7. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang

menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

2.1.5 Level Pencegahan Perawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan keluarga, berfokus pada tiga level prevensi yaitu :

1. Pencegahan primer (*primary prevention*), merupakan tahap pencegahan yang dilakukan sebelum masalah timbul, kegiatannya berupa pencegahan spesifik (*specific protection*) dan promosi kesehatan (*health promotion*) seperti pemberian pendidikan kesehatan, kebersihan diri, penggunaan sanitasi lingkungan yang bersih, olah raga, imunisasi, perubahan gaya hidup. Perawat keluarga harus membantu keluarga untuk memiliki tanggung jawab kesehatan mereka sendiri, keluarga tetap mempunyai peran penting dalam membantu anggota keluarga untuk mencapai kehidupan yang lebih baik.
2. Pencegahan sekunder (*secondary prevention*), yaitu tahap pencegahan kedua yang dilakukan pada awal masalah timbul maupun saat masalah berlangsung, dengan melakukan deteksi dini (*early diagnosis*) dan melakukan tindakan penyembuhan (*prompt treatment*) seperti screening kesehatan, deteksi dini adanya gangguan kesehatan
3. Pencegahan tersier (*tertiary prevention*), merupakan pencegahan yang dilakukan pada saat masalah kesehatan telah selesai, selain mencegah komplikasi juga meminimalkan keterbatasan (*disability limitation*) dan memaksimalkan fungsi melalui rehabilitasi (*rehabilitation*) seperti

melakukan rujukan kesehatan, melakukan konseling kesehatan bagi yang bermasalah, memfasilitasi ketidakmampuan dan mencegah kematian. Rehabilitasi meliputi upaya pemulihan terhadap penyakit atau luka hingga pada tingkat fungsi yang optimal secara fisik, mental, sosial dan emosional.

2.1.6 Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi / penyebab masalah dan biasanya dikaji bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tandan dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sekitarnya, sifat dan

perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber – sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

4. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
5. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

2.2 Konsep Diabetes Mellitus

2.2.1 Definisi

Diabetes mellitus (DM) Tipe II adalah penyakit Hiperglikemia akibat insensitivitas sel-sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin (PERKENI, 2015 dan ADA, 2017).

Diabetes Mellitus tipe II adalah kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Hiperglikemia kronik pada DM berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ tubuh,

terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (Hermayudi dan Ariani,2017).

Diabetes melitus tipe 2 (DM tipe 2) atau disebut sebagai Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) merupakan salah satu tipe DM akibat dari insensitivitas sel terhadap insulin (resistensi insulin) serta defisiensi insulin relatif yang menyebabkan hiperglikemia (American Diabetes Association, 2017).

2.2.2 Kasifikasi

Diabetes Melitus diklasifikasikan menjadi beberapa jenis antara lain (Tandra, 2017) :

1. DM Tipe 1

DM tipe 1 atau disebut juga sebagai Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) merupakan keadaan dimana penderita DM sangat bergantung pada insulin. Pada DM tipe 1 pankreas tidak dapat memproduksi insulin atau insulin yang diproduksi kurang, hal tersebut mengakibatkan penderita memerlukan suntikan insulin dari luar. DM tipe 1 merupakan penyakit autoimun, yaitu penyakit yang disebabkan oleh gangguan sistem imun atau kekebalan tubuh pasien sehingga mengakibatkan rusaknya sel – sel dalam pankreas yang merupakan tempat memproduksi insulin (Tandra, 2017).

2. DM Tipe 2

DM tipe 2 adalah kondisi dimana pankreas masih bisa memproduksi insulin, tetapi kualitas insulinnya buruk, tidak dapat berfungsi dengan baik sebagai kunci untuk memasukkan gula ke dalam sel. Akibatnya, gula dalam darah meningkat. Kemungkinan lain timbulnya diabetes adalah sel- sel jaringan tubuh dan otot tidak peka atau resisten terhadap insulin (resistensi

insulin) sehingga gula tidak dapat masuk ke dalam sel dan akhirnya tertimbun dalam peredaran darah. Sekitar 90-95% penderita diabetes adalah diabetes tipe 2. DM ini bisa dicegah dengan upaya preventif, yaitu mengendalikan faktor- faktor risiko penyebab DM (Tandra, 2017).

Diabetes Gestational Diabetes Mellitus (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan dengan ditandai dengan hiperglikemia Tabel (kadar glukosa darah di atas normal). Wanita dengan diabetes gestational memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan (kadar glukosa darah di atas normal). Wanita dengan diabetes gestational memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan (Tandra, 2017)

3. DM Tipe lainnya

DM tipe lain atau diabetes sekunder adalah diabetes sebagai akibat dari penyakit lain. Diabetes sekunder muncul setelah adanya suatu penyakit yang mengganggu produksi insulin atau memengaruhi kerja insulin (Tandra, 2017). Faktor risiko timbulnya DM adalah hal- hal yang bisa menimbulkan risiko terjadinya DM, antara lain keturunan, ras, obesitas, dan sindrom metabolik (Tandra, 2017). Dari faktor- faktor tersebut, obesitas dan sindroma metabolik merupakan faktor yang dapat dikendalikan

2.2.3 Etiologi Diabetes Mellitus Tipe II

Diabetes Mellitus tipe II disebabkan oleh kegagalan relatif sel dan resistensi insulin. Resistensi Insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk

merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperglikemia kronik dan dalam jangka panjang dapat terjadi komplikasi yang serius. Secara keseluruhan gangguan ini bersifat merusak dan memburuk secara progresif dengan berjalannya waktu (Raymond, 2016).

Sel β yang tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada ransangan glukosa, keadaan inilah yang menyebabkan adanya keterlambatan sekresi insulin yang cukup untuk menurunkan kadar glukosa postprandial pada jaringan perifer seperti jaringan lemak dan jaringan otot (Raymond, 2016).

2.2.4 Patofisiologi

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin. Pada diabetes mellitus tipe II jumlah insulin kurang (Defisiensi Insulin) dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang. Sehingga jumlah glukosa yang masuk ke dalam sel berkurang (Resistensi insulin). Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia. Ginjal tidak dapat menahan keadaan hiperglikemi ini, karena ambang batas reabsorpsi ginjal untuk gula darah adalah 180 mg/dL bila melebihi ambang batas ini, ginjal tidak bisa menyaring dan mereabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria.

Glukosuria menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (poliuria). Poliuria pada pasien DM

mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasakan haus terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (Polidipsia). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah menjadi energi sehingga menimbulkan rasa lapar yang menyebabkan pasien DM banyak makan (Polifagia) sebagai kompensasi terhadap kebutuhan energi, pasien akan merasa mudah lelah dan mengantuk jika tidak ada kompensasi terhadap kebutuhan energi. Menurunnya transport glukosa ke sel menyebabkan terjadinya katabolisme glikogen, lemak dan protein yang menyebabkan pasien DM sering mengalami kelelahan dan kelemahan otot, terlalu banyak pemecahan lemak dapat meningkatkan produksi keton yang menyebabkan peningkatan keasaman darah (Asidosis). Defisiensi insulin mempengaruhi sintesis protein menyebabkan penurunan anabolisme protein sehingga menurunkan sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan resiko infeksi pada pasien dengan diabetes melitus. Keadaan hiperglikemia dapat juga menyebabkan peningkatan viskositas darah dan angiopati diabetik sehingga suplai O₂ dan nutrisi ke jaringan akan berkurang menyebabkan terjadinya komplikasi kronik diabetik, mikroangiopati dan makroangiopati. Terjadinya komplikasi pada pasien diabetes melitus dipengaruhi oleh dua hal, ketidaktahuan pasien dalam pencegahan maupun perawatan dan ketidakpatuhan pasien dalam menjalankan terapi yang dibeikan oeh tenaga kesehatan, seperti diit, latihan fisik, pengobatan dan monitoring kadar glukosa darah (Nanda, 2017).

2.2.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala DM Tipe II antara lain:

1. Poliuri (Peningkatan pengeluaran urin)

Peningkatan pengeluaran urine mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai kadar “ambang ginjal”, yaitu 180 mg/dL pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa darah 180 mg/dL, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuresis akan terjadi mengakibatkan poliuria (Anggit, 2017).

2. Polidipsia (Peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urine yang sangat besar dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonic (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (Antidiuretic Hormone) dan menimbulkan rasa haus (Dika, 2020).

3. Polifagia (Peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar sehingga pasien merasa sering lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi (PERKENI, 2021).

4. Rasa lelah dan kelemahan otot

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena katabolisme protein diotot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energy sehingga hal ini membuat pasien dengan diabetes mellitus sering merasa lelah (Dika, 2020).

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan bertujuan untuk mengurangi gejala-gejala, mengusahakan keadaan gizi dimana berat badan ideal dan mencegah terjadinya komplikasi.

Secara garis besar penatalaksanaan dilakukan dengan :

2.3 Pengelolaan makan

Diet yang dianjurkan yaitu diet rendah kalori, rendah lemak, rendah lemak jenuh, dan tinggi serat. Jumlah asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat kompleks merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang sehingga tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan. Pengaturan pola makan dapat dilakukan berdasarkan 3J yaitu jumlah, jadwal dan jenis diet

2.4 Latihan Fisik

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani teratur (3-4 kali seminggu kurang lebih selama 30 menit), jeda antar latihan jasmani tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes tipe II. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin, sehingga memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dimaksud adalah jalan, bersepeda santai, jogging atau berenang. Sebelum melakukan latihan jasmani dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah. Apabila kadar glukosa darah <100 mg/dL pasien harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan jasmani.

2.5 Monitor Kadar Gula Darah

Pemantauan DM merupakan pengendalian kadar gula darah mencapai kondisi senormal mungkin. Dengan terkendalinya kadar glukosa darah maka akan terhindar dari keadaan hiperglikemia dan hipoglikemia serta mencegah terjadinya komplikasi. Hasil Diabetes Control And Complication Trial (DCCT) menunjukkan bahwa pengendalian diabetes yang baik dapat mengurangi komplikasi diabetes antara 20-30%. Prosedur pemantauan glukosa darah adalah:

- 2.5.1 Tergantung dari tujuan pemeriksaan tes dilakukan pada waktu
 - 2.5.1.1 Sebelum makan.
 - 2.5.1.2 2 jam sesudah makan (postpradial).
 - 2.5.1.3 Sebelum tidur malam (pada jam 22.00).
- 2.5.2 Pasien dengan kendali buruk atau tidak stabil dilakukan tes setiap hari.
- 2.5.3 Pasien dengan kendali baik atau stabil sebaiknya tes tetap dilakukan secara rutin. Pemantauan dapat dilakukan lebih jarang (minggu sampai bulan) apabila pasien terkontrol baik secara konsisten.
- 2.5.4 Pemantauan glukosa darah pada pasien yang mendapat terapi insulin, ditujukan juga untuk penyesuaian dosis insulin dan memantau timbulnya hipoglikemia.
- 2.5.5 Tes lebih sering dilakukan pada pasien yang melakukan aktivitas tinggi, pada keadaan krisis atau pada pasien yang sulit mencapai target terapi (selalu tinggi atau sering mengalami hipoglikemia), juga pada saat perubahan dosis terapi (PERKENI, 2021)

2.6 Terapi

Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM, namun bila diperlukan dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian obat antihiperqlikemia oral tunggal atau kombinasi. Pemberian obat antihiperqlikemia oral maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respons kadar glukosa darah (PERKENI, 2021).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Pemeriksaan gula darah terkait DM Tipe II menurut Black & Jane (2014) adalah sebagai berikut:

1. Kadar Glukosa Darah Puasa

Sampel kadar glukosa darah puasa diambil saat klien tidak makan makanan selain minum air paling tidak 8 jam. Sampel darah ini secara umum mencerminkan kadar glukosa dari produksi hati. Jika klien mendapatkan cairan dektrosa intravena (IV), hasil pemeriksaan darah harus di analisis dengan hati-hati. Pada klien yang diketahui memiliki DM Tipe II, makanan dan insulin tidak diberikan sampai sampel diperoleh. Nilai normal antara 110-125 mg/dl mengindikasikan intoleransi glukosa puasa, pengukuran kadar glukosa darah puasa memberikan indikasi paling baik dari keseluruhan homeostatis glukosa dan metode terpilih.

2. Kadar Glukosa Darah Sewaktu

Klien mungkin juga juga didiagnosis DM Tipe II berdasarkan manifestasi klinis dan kadar glukosa darah sewaktu $>200\text{mg/dl}$. Sampel glukosa darah sewaktu-waktu tanpa puasa, peningkatan kadar glukosa darah

mungkin terjadi setelah makan, situasi penuh stress, dan dalam sampel yang diambil dari lokasi IV atau dalam kasus DM.

3. Kadar Glukosa Darah Setelah Puasa

Kadar glukosa darah setelah makan dapat juga diambil dan digunakan untuk mendiagnosis DM Tipe II. Kadar glukosa darah setelah makan diambil setelah 2 jam makan standar dan mencerminkan efisiensi glukosa yang diperantarai insulin oleh jaringan perifer. Secara normal, kadar glukosa darah seharusnya kembali ke kadar puasa setelah 2 jam. Kadar glukosa darah 2 jam setelah makan $>200\text{mg/dl}$ selama tes toleransi glukosa oral (OGTT) memperkuat diagnosis DM.

1. Uji Laboratorium Terkait DM

2.2.7 Kadar Hemoglobin Glikosilase

Glukosa secara normal melekat dengan sendirinya pada molekul hemoglobin dalam sel darah merah. Sekali melekat, glukosa ini tidak dapat dipisahkan, oleh karena itu lebih tinggi kadar glukosa darah, kadar hemoglobin glikosilase juga lebih tinggi rendah palsu. Kadar Albumin Glikosilase.

Glukosa juga melekat pada protein, albumin secara primer. Konsentrasi albumin glikosilase (fruktosamin) mencerminkan kadar glukosa darah rata-rata lebih dari 7-10 hari sebelumnya. Pengukuran ini bermanfaat ketika penentuan glukosa darah rata-rata jangka pendek diperlukan.

2.2.7.1.1 Kadar Connecting Peptide (C-Peptide)

Ketika proinsulin diproduksi oleh sel beta pankreas sebagian dipecah oleh enzim, 2 produk terbentuk, insulin dan C-peptide. Oleh karena itu C-peptide dan insulin dibentuk dalam jumlah yang sama, pemeriksaan ini mengidentifikasi jumlah produksi insulin endogen. Klien dengan DM tipe 1 biasanya memiliki konsentrasi C-peptide rendah atau tidak ada, klien dengan DM tipe 2 cenderung memiliki kadar normal atau peningkatan C-peptide.

2.2.7.1.2 Ketonuria

Kadar keton urine dapat dites dengan tablet atau dipstrip oleh klien. Adanya keton dalam urine disebut ketonuria. Mengidentifikasi bahwa tubuh memakai lemak sebagai cadangan utama energi, yang mungkin menyebabkan ketoasidosis. Hasil pemeriksaan yang menunjukkan perubahan warna, mengindikasikan adanya keton. Semua klien dengan DM seharusnya memeriksa keton selama sakit atau stress, ketika kadar glukosa darah naik >20mg/dl, dan ketika hamil atau memiliki bukti ketoasidosis misalnya mual, muntah, atau nyeri perut.

2.2.7.1.3 Proteinuria

Mikroalbuminuria mengukur jumlah protein di dalam urine (proteinuria) secara mikroskopis. Adanya protein (mikroalbuminuria) dalam urine adalah gejala awal dari penyakit ginjal. Pemeriksaan urine untuk albuminuria menunjukkan

nefropati awal, lama sebelum hal ini akan terbukti pada pemeriksaan urine rutin.

2.2.7.1.4 Pemeriksaan Gula Darah Sendiri (PGDS)

Kunci manajemen DM adalah menjaga kadar glukosa darah sedekat mungkin ke normal atau dengan jarak target yang disepakati oleh klien dan penyedia pelayanan kesehatan. Pemantauan glukosa darah sendiri memberikan umpan balik segera dan data pada kadar glukosa darah. PGDS direkomendasikan untuk semua klien DM, tanpa memperhatikan apakah klien dengan DM tipe 1, tipe 2, dan DM gestasional. PGDS sebuah cara untuk mengetahui bagaimana tubuh berespon terhadap makanan, insulin, aktivitas, dan stress. Bagi kebanyakan DM tipe 1 dan perempuan hamil yang mendapat insulin, PGDS direkomendasikan >3 hari sekali. Tes seharusnya dilakukan sebelum tidur dan sebelum makan dan mungkin pada pertengahan malam (jam 3 pagi). Bagi DM tipe 2, frekuensi dan waktu PGDS disepakati bersama antara klien dan penyedia pelayanan kesehatan. Jika

klien dengan DM tipe 2 mendapat obat-obatan oral, PGDS tidak dimonitor sesering klien DM tipe 1 yang mendapat insulin. Waktu ekstra untuk PGDS seharusnya ketika memulai obat baru atau insulin, ketika memulai obat yang mempengaruhi kadar glukosa darah (steroid), ketika sakit atau dibawah stress/tekanan, ketika menduga bahwa kadar glukosa terlalu tinggi/sebaliknya, ketika

kehilangan atau penambahan berat badan, ketika ada perubahan dosis obat, rencana diet, rencana aktivitas fisik.

2.2.8 Komplikasi

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi. Diabetes Mellitus Tipe II mengakibatkan komplikasi yang terbagi dalam 2 bagian berdasarkan dari proses terjadinya yaitu: komplikasi akut dan komplikasi kronik (PERKENI, 2021).

1. Komplikasi Akut

Kompikasi metabolik akut pada penyakit diabetes mellitus terdapat tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, diantaranya:

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia (kekurangan glukosa dalam darah) timbul sebagai komplikasi diabetes yang disebabkan karena pengobatan yang kurang tepat. Pasien yang tidak sadarkan diri kemungkinan mengalami hipoglikemia. Gejala hipoglikemia yaitu banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, rasa berdebar-debar dan penurunan kesadaran bahkan sampai koma.

2) Ketoasidosis diabetik

Ketoasidosis diabetik (KAD) disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat menurun sehingga mengakibatkan kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis dan ketosis.

2. Komplikasi kronik

Komplikasi metabolik kronik pada pasien DM dapat berupa kerusakan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) dan komplikasi pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) diantaranya:

1) Komplikasi pembuluh darah kecil (mikrovaskuler)

(1) Kerusakan retina mata (Retinopati)

Kerusakan retina mata (Retinopati) adalah suatu mikroangiopati ditandai dengan kerusakan dan sumbatan pembuluh darah kecil

(2) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)

Kerusakan ginjal pada pasien DM ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/24jam atau >200 ih/menit) minimal 2 kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3-6 bulan. Nefropati diabetik merupakan penyebab utama terjadinya gagal ginjal.

(3) Kerusakan syaraf (Neuropati diabetik)

Neuropati diabetik merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan pada pasien DM. Neuropati pada DM mengacau pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf.

2) Komplikasi pembuluh darah besar (makrovaskuler)

Komplikasi makrovaskuler pada penderita DM Tipe II terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak ateroma berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita DM meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi DM Tipe II pada pembuluh darah besar pasien yaitu stroke dan risiko jantung koroner. Penyakit jantung koroner pada

pasien DM disebabkan karena adanya iskemia atau infark miokard yang terkadang tidak disertai dengan nyeri dada atau disebut dengan SMI (Silent Myocardial Infarction).

Pasien yang menderita penyakit DM Tipe II berisiko 2 kali lipat dibandingkan dengan pasien non-DM untuk terkena penyakit serebrovaskuler. Gejala yang ditimbulkan menyerupai gejala pada komplikasi akut DM, seperti adanya keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, kelemahan dan bicara

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Proses keperawatan keluarga merupakan suatu proses yang kompleks dan bersifat dinamis, menggunakan pendekatan yang sistematis pada keluarga dan anggota keluarga dengan menggunakan metode ilmiah (Torres, 2017).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina (Torres, 2017).

Adapun data yang harus dikaji dalam keluarga yaitu :

- 1. Data umum keluarga**

Pengkajian data umum keluarga meliputi :

- 2. Nama Kepala Keluarga (KK)**

Data ini berisi siapa orang yang menjadi pemimpin dalam keluarga pasien yang menjadi responden.

- 1) Alamat dan telepon**

Data ini menjelaskan tentang dimana alamat rumah keluarga yang menjadi responden dalam penelitian yang dipakai, serta bagaimana cara pihak peneliti menghubungi pihak responden.

2) Pekerjaan KK

Data ini menjelaskan tentang apa pekerjaan sehari-hari dari kepala keluarga pihak responden.

3) Pendidikan KK

Data ini berisi tentang apa pendidikan terakhir dari kepala keluarga pihak responden :

(1) Komposisi keluarga dengan genogram

(2) Genogram/ Silsilah Keluarga :

Data genogram berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol atau sesuai format pengkajian yang dipakai.

(3) Tipe Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional.

(4) Suku Bangsa

Data ini menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti jiwa, sunda, batak, dan lain sebagainya.

(5) Agama

Data ini menjelaskan mengenai agama yang dianut masing-masing anggota keluarga serta aturan aturan agama yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan.

(6) Status Sosial Ekonomi

Data ini menjelaskan mengenai pendapatan KK maupun anggota keluarga yang sudah bekerja, kebutuhan sehari-hari serta harta kekayaan atau barang-barang yang dimilikikeluarga.

(7) Aktivitas Rekreasi Keluarga

(8) Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi atau refreshing. Rekreasi tidak harus ke tempat wisata, namun menonton TV, mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi keluarga.

4) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

(1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga yang saat ini.

(2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Data ini menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga yang saat ini belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

(3) Riwayat keluarga inti

Data ini menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi,

sumber kesehatan yang biasa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.

(4) Riwayat keluarga sebelumnya

Data ini menjelaskan riwayat kesehatan dari pihak suami istri.

1. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Data ini menjelaskan mengenai luas rumah, kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah (SPAL), air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/WC, denah rumah, serta jarak WC ke sumber air

2) Karakteristik tetangga dan komunitas setempat

Data ini menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat dan dampaknya terhadap kondisi keluarga.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Data ini menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauhmana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.

5) Sistem Pendukung Keluarga

6) Data ini menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya :

a) Struktur Komunikasi Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai cara komunikasi dengan keluarga serta cara keluarga memecahkan masalah.

b) Struktur Kekuatan Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai kemampuan keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah.

c) Struktur Pera

Data ini menjelaskan mengenai tentang menjelaskan peran anggota keluarga dalam keluarga dan masyarakat yang terbagi menjadi peran formal dan informal.

d) Nilai/Norma Keluarga

Data ini menjelaskan mengenai nilai atau norma yang dianut keluarga terkait dengan kesehatan

e) Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Perasaan memiliki, dukungan, kehangatan kasih sayang, saling menghargai dan lain sebagainya.

b. Fungsi Sosialisasi

Interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, disiplin, norma, budaya, perilaku.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998), terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu:

- a) Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b) Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c) Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d) Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan

individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:

(a) Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,

(b) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat

(c) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,

(d) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,

(e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

2.3.2 Diagnosis

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan diagnosis diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis kemudian penentuan prioritas

diagnosis. Analisis data dilakukan dengan mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subyektif dan data obyektif..

Rumusan masalah berdasarkan SDKI berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga terdiri dari Adapun beberapa dari masalah keperawatan keluarga adalah :

- 1) Ketidakefektifan perencanaan aktivitas.
- 2) Ketidakmampuan koping keluarga.
- 3) Penurunan koping keluarga.
- 4) Ketidakberdayaan.

2.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Tabel 2.3 intervensi penurunan koping keluarga

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>D.0097 Penurunan koping keluarga</p> <p>Definisi : ketidakadekuatan atau ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman bantuan, dan motivasi orang dekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatannya.</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situasi penyerta yang mempengaruhi orang dekat - Krisis perkembangan yang dihadapi orang dekat - Kelelahan orang dekat dalam memberikan dukungan - Disorganisasi keluarga - Perubahan peran - Tidak ada informasi bagi orang terdekat - Kurangnya saling 	<p>Status Keluarga</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perilaku anggota keluarga dalam mendukung, memberi rasa nyaman dan memotivasi keluarga membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan diabaikan menurun - Kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun - Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga menurun 	<p>Dukungan Koping Keluarga</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini ▪ Identifikasi beban prognosis secara psikologis ▪ Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga ▪ Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi ▪ Diskusikan rencana medis dan perawatan ▪ Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien ▪ Hargai dan dukung

<p>mendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada cukupnya dukungan yang diberikan klien pada orang terdekat - Orang terdekat kurang terpapar informasi - Salah atau tidak pahamnya informasi yang didapat orang terdekat - Orang terdekat terlalu fokus pada kondisi diluar keluarga - Penyakit kronis yang menghabiskan kemampuan dukungan orang terdekat - Krisis situasional yang dialami orang terdekat 	<ul style="list-style-type: none"> - Komitmen pada keperawatan/peng - Komunikasi antara anggota keluarga 	<p>mekanisme coping adaptif yang digunakan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasikan kemajuan pasien secara berkala ▪ Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu ▪ kepentingan dan tujuan yang sama ▪ Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu ▪ Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi ▪ Anjurkan keluarga terlibat ▪ Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik ▪ Anjurkan keluarga terlibat ▪ Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik ▪ Anjurkan cara memecahkan masalah secara konstruktif ▪ Latih penggunaan teknik relaksasi ▪ Latih kemampuan social, sesuai kebutuhan ▪ Latih mengembangkan penilaian objektif ▪ Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan ▪ Identifikasi kemampuan yang dimiliki ▪ Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan ▪ Identifikasi pemahaman proses penyakit ▪ Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan ▪ Identifikasi metode penyelesaian masalah dengan
<p>Gejala dan tanda mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektif Klien mengeluh/khawatir tentang respon orang terdekat 2. Objektif Orang terdekat menarik diri <p>Dari klien Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien</p>		
<p>Gejala dan tanda minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subjektif Orang terdekat menyatakan kurang terpapar informasi tentang upaya mengatasi klien 2. Objektif Bantuan yang dilakukan orang terdekat menunjukkan hasil tidak memuaskan Orang terdekat berperilaku protektif yang tidak sesuai dengan kemampuan/ 		

2.3.4 Implementasi

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan seperti ini, perawat seharusnya tidak boleh bekerja sendiri dan melibatkan keluarga serta disiplin ilmu lain.

1. Tahap-tahap tindakan

- 1) Persiapan alat: tugas perawat adalah mempersiapkan alat-alat apa saja yang di butuhkan selama melakukan perawatan.
- 2) Persiapan pasien: tugas perawat adalah melakukan kontrak dengan pasien dan/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan (waktu, jenis tindakan, dll).
- 3) Persiapan tempat: tugas perawat adalah mempersiapkan tempat yang aman bagi pasien jika melakukan tindakan yang perlu menjaga prifasi klien
- 4) Pelaksanaan tindakan : dalam melaksanakan tindakan, perawat harus benar-benar melibatkan klien dan/keluarga.
 - (1) Tipe tindaka
 - a) Tindakan diagnostic :
 - (a) Wawancara dengan klien;
 - (b) Observasi dan pemeriksaan fisik
 - (c) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana, misalnya :pemeriksaan Hb.

b) Tindakan terapeutik

Yang dimaksudkan adalah segala tindakan untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah klien. Misalnya : melakukan tindakan untuk tidak terjadi dehidrasi pada klien diare.

c) Tindakan edukatif

Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien, seperti : menjelaskan kepada klien tentang tata cara pengobatan pada pasien diare.

d) Tindakan merujuk

Yaitu tindakan yang didalamnya melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

Dokumentasi

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan seperti ini, perawat seharusnya tidak boleh bekerja sendiri dan melibatkan keluarga serta disiplin ilmu lain.

2.3.5 Evaluasi keperawatan keluarga

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Terdapat dua jenis evaluasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, yaitu sebagai berikut :

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan.

Ada beberapa metode yang perlu di laksanakan dalam melakukan evaluasi, di antaranya :

- 1) Observasi langsung
- 2) Wawancara
- 3) Memeriksa laporan
- 4) Latihan simulasi.

