

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes Melitus adalah penyakit metabolic yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Hiperglikemia kronis pada diabetes melitus dikaitkan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi, dan kegagalan beberapa fungsi organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (ADA, 2018)

Diabetes melitus adalah penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan (Kemenkes RI,2019)

2.1.2 Etiologi

Penyebab diabetes melitus berdasarkan klasifikasi menurut WHO sebagai berikut (Infodatin, 2018)

a. DM Tipe 1 (IDDM : DM Tergantung insulin)

1) Faktor genetic/herediter

Faktor herediter menyebabkan timbulnya DM melalui kerentanan sel-sel beta terhadap penghancuran oleh virus atau mempermudah perkembangan antibody autoimun melawan sel-sel beta, jadi mengarah pada penghancuran sel-sel beta.

2) Faktor infeksi virus

Berupa infeksi virus *coxakie* dan gondogen yang merupakan pemicu yang menentukan proses autoimun pada individu yang peka secara genetic.

3) Faktor usia

-

b. DM Tipe II (NIDMM = DM tidak tergantung insulin atau muncul akibat dari gaya hidup)

Terjadinya paling sering pada orang dewasa, di mana terjadi obesitas pada individu yang dapat menurunkan jumlah reseptor insulin dari dalam sel target insulin di seluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia jadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolic yang biasa.

c. DM malnutrisi

1) *Fibro Calcous Pancreatic DM* (FDPD)

Terjadi karena mengkonsumsi makanan rendah kalori dan rendah protein sehingga kalsifikasi pankreas melalui proses mekanik (Fibrosis) atau toksik (cyanide) yang menyebabkan sel-sel beta menjadi rusak.

2) *Protein Defisiensi Pancreatic DM* (PDPD)

Karena kekurangan protein yang kronis menyebabkan hipofungsi sel beta pankreas.

d. DM Tipe lain

1) penyakit pankreas seperti : pancreatitis, Ca Pancreas dll

2) Penyakit hormonal seperti : Acromegali yang meningkatkan GH (*Growth Hormon*) yang merangsang sel-sel beta pankreas sehingga menyebabkan sel-sel hiperaktif dan rusak.

3) Obat-obatan

a) Bersifat sitotoksin terhadap sel-sel seperti aloxan dan streptozerin

b) Yang mengurangi produksi insulin seperti defirat thiazide, plenothiazine, dll

2.1.3 Patofisiologi

Menurut Williams & Hopper (2015), Jaringan tubuh, dan sel-sel yang menyusunnya, menggunakan glukosa sebagai enetgy. Glukosa adalah gula sesderhana yang disediakan oleh makanan yang dikonsumsi oleh manusia. Ketika karbohidrat masuk ke dalam tubuh, maka akan dicerna menjadi gula, termasuk glukosa, yang kemudian diserap ke dalam aliran darah. Karbohidrat menyediakan sebagian besar glukosa yang digunakan oleh tubuh, protein dan lemak secara tidak langsung dapat memberikan glukosa dalam jumlah yang kecil.

Glukosa dapat masuk ke dalam sel hanya dengan bantuan insulin, yaitu hormone yang diproduksi oleh sel beta di pulau-pulau Langerhans pankreas. Saat ini insulin masuk dan kontak dengan membrane sel, insulin bergabung dengan reseptor yang memungkinkan aktivitas transporter glukosa khusus di selaput. Dengan membantu glukosa memasuki sel-sel tubuh, insulin akan menurunkan kadar glukosa dalam darah. Insulin juga membantu tubuh menyimpan kelebihan glukosa di dalam hati dalam bentuk glukagen. Hormone glucagon meningkat darah glukosa bila diperlukan dengan melepaskan glukosa yang disimpan dari hati dan otot, insulin dan glukagon bekerja sama untuk menjaga glukosa darah pada tingkat yang konstan (William & hopper, 2015).

Diabetes melitus terjadi kekurangan produksi insulin oleh sel beta di pankreas, atau dari ketidak mampuan sel-sel tubuh untuk menggunakan insulin. Ketika glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tubuh dan tetap dalam aliran darah, maka akan mengakibatkan

terjadinya hiperglikemia. Sekresi glucagon abnormal mungkin juga berperan dalam diabetes melitus tipe 2 (Willams & Hopper,2015).

2.1.4 Etiologi

Etiologi dari penyakit Diabetes Melitus merupakan gabungan faktor genetik dan faktor lingkungan, selain itu juga akibat sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa (Lestari dkk., 2021).

Diabetes melitus tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin yang melibatkan faktor metabolik, lingkungan, dan gaya hidup sedentary yang saling berkaitan satu sama lain. Faktor risiko untuk diabetes melitus tipe 2 bersifat multifaktorial yang meliputi faktor genetik, ras, dan usia. Faktor genetik memegang peranan penting dalam faktor risiko diabetes melitus tipe 2. Selain itu, kebiasaan merokok, stress psikososial, dan depresi juga berperan dalam kejadian resistensi insulin dan diabetes melitus tipe 2. Penyakit kronik dan sindrom metabolik seperti obesitas, obesitas sentral, hipertensi, dislipidemia, dan sindrom ovarium polikistik juga berperan dalam diabetes melitus tipe 2. Diabetes melitus tipe 1 disebabkan oleh kerusakan atau destruksi sel beta di pankreas yang menghasilkan insulin. Diabetes melitus tipe lain disebabkan oleh efek genetik fungsi sel beta, efek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati pankreas, obat, zat kimia, infeksi, kelainan imunologi, dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan diabetes melitus.(alomedika, 2023)

2.1.5 Tanda Dan Gejala

Peningkatan kadar glukosa darah, disebut hiperglikemia mengarah kepada manifestasi klinis mungkin tidak kentara dengan kemungkinan situasi yang mengancam hidup yang biasanya terjadi (misal, ketoasidosis diabetikum). Pada DM tipe 2, *onset* manifestasi klinis mungkin berkembang secara bertahap yang mungkin klien rasakan atau tanpa manifestasi klinis selama beberapa tahun (Black & Hawks, 2014).

Manifestasi klinis DM adalah peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuri), peningkatan rasa haus dan minum (polidipsi) dan karena penyakit berkembang, penurunan berat badan meskipun lapar dan peningkatan makan (polifagi). (black &hawks, 2014)

Tabel 2.1

Manifestasi klinis terpilih dm saat diagnosis

Manifestasi klinis	Dasar patofisiologi
Poliuri*(sering BAK)	Air tidak diserap kembali oleh tubulus ginjal sekunder untuk aktivasi osmotik glukosa, mengarah kepada kehilangan air, glukosa dan elektrolit.
Polidipsi*(haus berlebihan)	Dehidrasi sekunder terhadap poliuri menyebabkan haus
Polifagi*(lapar berlebihan)	Kelaparan sekunder terhadap katabolisme jaringan menyebabkan rasa lapar
Penurunan berat badan	Kehilangan awal sekunder terhadap penipisan simpanan air, glukosa, dan trigliserid, kehilangan kronis sekunder terhadap penurunan massa otot, karena

	asam amino dialihkan untuk membentuk glukosa dan keton
Pandangan kabur berulang	Sekunder terhadap paparan kronis retina dan lensa mata terhadap cairan hyperosmolar
Ketonuria	Ketika glukosa tidak dapat digunakan untuk energy oleh sel tergantung insulin, asam lemak digunakan untuk energy; asam lemak akan dipecah menjadi keton dalam darah dan dieksresikan oleh ginjal; pada DM tipe 2, insulin cukup untuk menekan berlebihan penggunaan asam lemak tapi tidak cukup untuk penggunaan glukosa
Lemah, dan letih, pusing	Penurunan isi plasma mengarah kepada postural hipertensi, kehilangan kalium dan katabolisme protein berkontribusi terhadap kelemahan
Sering asimtomatik	Tubuh dapat “beradaptasi” terhadap peningkatan pelan-pelan kadar glukosa darah sampai tingkat lebih besar dibandingkan peningkatan yang cepat

Sumber : Black & Hawks, 2014.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi diabetes melitus yang berkaitan dengan kedua tipe DM digolongkan akut dan kronis sebagai berikut (Dwinanjar, 2018)

a. Komplikasi Akut

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah yang abnormal rendah yang terjadi apabila glukosa darah turun dibawah 50 – 60 mg/dl terjadi akibat penurunan insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit.

Hipoglikemia ada 3 tingkat :

- a) Hipoglikemia ringan ; ketika kadar glukosa darah menurun yang menyebabkan saraf simpatik terangsang pelimpahan adrenalin ke dalam darah yang mengakibatkan gejala prespirasi, tremor, takikardi, kegelisahan, dan rasa lapar.
- b) Hipoglikemia sedang : penurunan kadar glukosa dalam darah yang menyebabkan sel-sel otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja. Yang mengakibatkan ketidakmampuan berkonsentrasi, sakit kepala, vertigo, penurunan daya ingat, mati rasa di daerah bibir serta lidah, bicara tidak jelas, perubahan emosional, dan penglihatan ganda.
- c) Hipoglikemia berat: fungsi sara pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga klien memerlukan bantuan orang lain untuk mengatasi hipoglikemianya. Gejalanya adalah seperti kejang, sulit dibangunkan dari tidur, sehingga kehilangan kesadaran.

2) Ketoasidosis (DKA)

Ketoasidosis terjadi di mana tidak adanya insulin atau insulin tidak cukup. Gambaran klinis ketoasidosis;

a) Dehidrasi

b) Kehilangan elektrolit

c) Asidosis

3) Sindrom HHNK (disebut juga koma *hiperglikemik hiperosmoler nonketotik*) atau bisa juga disebut HONK (*hiperosmoler nonketotik*) adalah keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia klien menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit.

b. Komplikasi kronis

Komplikasi kronis diabetes melitus dapat menyerang semua sistem organ dalam tubuh seperti :

1) Makrovaskuler (penyakit pembuluh darah besar) lebih sering dijumpai pada Diabetes Melitus tipe 2 yang lebih tua, berbagai tipe penyakit makrovaskuler dapat terjadi pada pasien diabetes maupun non diabetes.

2) Mikrovaskululer (penyakit pembuluh darah kecil) lebih sering dijumpai pada DM tipe 1. Mikrovaskuler merupakan komplikasi yang unik yang hanya terjadi pada pasien DM, penyakit ini ditandai oleh penebalan membrane basalis pembuluh darah kapiler. Ada dua tempat dimana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius yaitu mikro sirkulasi pada retina mata dan ginjal yang mengakibatkan kebutaan.

3) Neuropati sensorik juga menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan stabilitas tekanan, sedangkan neuropati otonom menimbulkan peningkatan kekeringan dan pembentukan fisura pada kulit (yang terjadi akibat penurunan perspirasi) penyakit vaskuler perifer karena sirkulasi ekstremitas bawah yang buruk akan menyebabkan gangrene.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan infodatin tahun 2020, penegakan diagnosis diabetes melitus dilakukan dengan pengukuran glukosa darah. Pemeriksaan gula darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan secara enzimatis dengan menggunakan bahan plasma darah vena. Kriteria diagnosis mellitus meliputi 4 hal, yaitu :

- a. pemeriksaan glukosa plasma puasa >126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
- b. pemeriksaan glukosa plasma >200 mg/dl 2 jam setelah tes toleransi glukosa oral (TTGO) dengan beban glukosa 75g.
- c. pemeriksaan glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl dengan keluhan klasik (poliuri, polidipsi, polifagi dan berat badan menurun yang tidak bisa dijelaskan sebabnya).
- d. pemeriksaan HbA1c $>6,5\%$ National glycohaemoglobin Standarization Program (NGSP)

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal maupun kriteria diabetes maka digolongkan ke dalam kelompok prediabetes yang terdiri dari Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) dan Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT). GDPT terjadi ketika hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa 2 jam <140 mg/dl. TGT terpenuhi jika hasil pemeriksaan diagnose plasma 2 jam setelah TTGO antara 140-199 mg/dl dan glukosa plasma puasa <100 mg/dl (infodatin, 2020).

Tabel 2.2

Kriteria Diabetes, Pre Diabetes, dan Normal

	HbA1c	Glukosa Darah	Glukosa plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dl)
Diabetes	> 6,5	> 126	> 200
Pre Diabetes	5,7-6,4	100-125	140-199
Normal	< 5,7	< 100	< 140

Sumber : Konseus pengelolaan dan pencegahan DM Tipe-2 di Indonesia 2015 dalam Infodatin, 2020.

2.1.7 Penatalaksanaan

PERKENI (2015) menyebutkan bahwa tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes melitus. Tujuan penatalaksanaan meliputi (Sundari, 2018):

- a. Tujuan jangka pendek : menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi risiko komplikasi akut.
- b. Tujuan jangka panjang: mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengeloaan adalah turunnya morbiditas dan mortalitas DM

Lebih lanjut PERKENI menjelaskan bahwa ada empat pilar penatalaksanaan pada penderita diabetes melitus yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan terapi farmakologis, selengkapnya sebagai berikut (Sundari,2018)

a. Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selasu dilakukan sebagai bagian dari upaya dari cara pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari

pengelolaan DM secara holistic. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi pada tingkat awal dilaksanakan di pelayanan kesehatan primer yang meliputi: Materi Tentang perjalanan penyakit DM, penyulit DM dan risikonya, interaksi antara asupan makanan, aktivitas, dll, materi edukasi pada tingkat lanjut dilaksanakan di pelayanan kesehatan sekunder atau tersier yang meliputi: penatalaksanaan DM selama menderita penyakit lain, Pemeliharaan atau perawatan kaki, dll.

b. Terapi nutrisi medis (TNM)

Kunci keberhasilan TNM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain serta pasien dan keluarganya). Guna mencapai sasaran terapi TNM sebaiknya diberikan sesuai dengan kebutuhan setiap penyandang DM.

Prinsip pengaturan makan pada penderita DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri

Accepted Daily Intake (ADI) menyebutkan bahwa komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45 – 65 % total asupan energi terutama karbohidrat yang berserat tinggi, asupan lemak dianjurkan sekitar 20 - 25% kebutuhan kalori, protein dibutuhkan sebesar 10-20% total asupan energi, anjuran asupan natrium untuk penyandang DM sama dengan orang sehat yaitu <2300 mg/hari, penyandang DM dianjurkan mengkonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber

karbohidrat yang tinggi serat, pemanis aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman

c. Latihan jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3 - 5 kali per minggu selama sekitar 30 - 35 menit, dengan total 150 menit per minggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari dua hari berturut-turut. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah sebelum latihan jasmani. Apabila kadar glukosa darah < 100 mg/dl pasien harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila > 250 mg/dl dianjurkan untuk menunda latihan jasmani. Kegiatan sehari-hari atau aktivitas sehari-hari bukan termasuk dalam latihan jasmani meskipun dianjurkan untuk selalu aktif setiap hari.

Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat *aerobik* dengan intensitas sedang (50-70% denyut jantung maksimal) seperti: jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang denyut jantung maksimal dihitung dengan cara mengurangi angka 220 dengan usia pasien. Latihan jasmani sebaiknya dilakukan dengan umur dan status kesegaran jasmani.

d. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat) terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Obat antihiperqlikemia oral dibagi menjadi 5 golongan, yaitu:

- 1) Peningkatan sensitivitas terhadap insulin, seperti *Metformin* dan *tiazolizindion* (TZD)

- 2) Penghambat absorpsi glukosa di saluran pencernaan seperti penghambat *alfa glukosinade*.
- 3) Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*), seperti sitagpilin dan linagtiptin.
- 4) Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Co-Transporte 2*) Seperti *Canaglifozin* dan *empaglifozin*.

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga (Rahmawati & Rosyidah, 2020).

Menurut ahli terkait pengertian dan definisi keluarga terdapat dua atau lebih tahapan pribadi yang digabungkan menjadi suatu ikatan hubungan darah, hubungan perkawinan dan hidup dalam satu rumah tangga yang saling berinteraksi satu sama lainnya, serta di dalamnya memiliki peranan fungsi masing-masing (Friedman and Bowden, 2020)

2.2.2 Struktur Keluarga

Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat adapun macam-macam struktur keluarga diantaranya adalah:

- a. *Patrilineal* adalah keluarga saudara yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. *Matrilineal* adalah keluarga saudara yang terdiri dari sanak saudara-saudara dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. *Matrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga saudara istri.
- d. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- e. Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.2.3 Tipe Keluarga

Menurut (Rahmawati & Rosyidah, 2020) tipe keluarga terbagi menjadi dua kelompok besar yaitu:

- a. Keluarga tradisional

Keluarga tradisional dikelompokkan menjadi dua yaitu :

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) pada keluarga inti terdiri dari suami istri dan anak diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) pada keluarga besar terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lain seperti Paman, bibi, kakek, nenek, keponakan yang masih memiliki hubungan darah.

- b. Keluarga modern

Pada tipe keluarga modern terbagi menjadi bermacam-macam tipe kecil, misalnya :

- 1) Tradisional *nuclear* yang merupakan keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh saksi-saksi legal dalam satu ikatan perkawinan.
- 2) *Dual carrier* merupakan suami istri yang sama-sama berkarir atau mencari nafkah tanpa mempunyai anak.
- 3) *Single parent* merupakan keluarga di mana terdapat salah satu orang tua yang diakibatkan karena perceraian atau kematian pasangan dan anak-anaknya tinggal di rumah atau di luar rumah.
- 4) *Dyadic nuclear* merupakan keluarga suami istri yang sudah berumur dan tidak memiliki anak dari hubungan perkawinan atau adopsi, yang salah satu atau keduanya bekerja di luar rumah.
- 5) *Three generation* merupakan tiga generasi yang tinggal di dalam satu rumah.
- 6) *Cohibing couple* merupakan dua orang merupakan dua orang yang tinggal merupakan dua orang yang tinggal dalam satu rumah tanpa adanya ikatan perkawinan yang sah.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga di Indonesia, dirumuskan dalam undang-undang nomor 10 tahun 1992, dan peraturan pemerintah nomor 21 tahun 1994 meliputi:

- a. Fungsi keagamaan
- b. Fungsi sosial budaya
- c. Fungsi kasih sayang

- d. Fungsi perlindungan
- e. Fungsi reproduksi
- f. Fungsi pendidikan dan sosial
- g. Fungsi ekonomi
- h. Fungsi pembinaan lingkungan.

Berdasarkan 8 fungsi keluarga yang dirumuskan pemerintah tersebut secara signifikan fungsi keluarga di Indonesia harus memenuhi aspek-aspek:

- 1) Asih, ya itu memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, hangat kepada keluarga anggota keluarga sehingga setiap anggota keluarga berkembang dan bertumbuh secara optimal sesuai dengan tahap usia dan kebutuhannya.
- 2) Asah, diwujudkan dengan memenuhi kebutuhan pendidikan anggota keluarga terutama anak sehingga mereka siap menjadi manusia dewasa mandiri dan dapat memenuhi kebutuhannya.
- 3) Asuh, di mana keluarga mampu memelihara dan merawat seluruh anggota keluarganya sehingga tercapai kondisi kesehatan secara fisik mental sosial dan spiritual secara optimal.

Friedman (2010) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut penjelasan mengenai fungsi-fungsi dalam keluarga (Friedman *et al.*, 2014):

1) Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan fungsi paling mendasar dan utama dalam keluarga dalam hal ini apakah masing-masing anggota keluarga saling memberikan cinta kasih sayang dan pengertian satu sama lain serta kepedulian terhadap kebutuhan sosial emosional masing-masing anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Fungsi ini menjabarkan tentang bagaimana keluarga mengajarkan anggotanya untuk saling bersosialisasi dalam masyarakat penanaman nilai tanggung jawab dan kedisiplinan terhadap anggota keluarga.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi ini menjelaskan tentang bagaimana keluarga menjamin kontinuitas antar generasi dalam masyarakat hal yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak mengikuti program keluarga berencana atau tidak memiliki masalah dengan reproduksi atau tidak.

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan hal yang penting juga untuk dikaji yang meliputi bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota keluarganya pekerjaan penghasilan dan pengeluaran dalam keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Pada fungsi perawatan kesehatan hal yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keyakinan keluarga dan upaya keluarga terhadap kesehatan pengkajian fungsi perawatan kesehatan juga mencakup pada tugas kesehatan keluarga menurut Friedmam (2014) yang meliputi:

- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat
- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat
- e) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

2.2.5 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Peran keluarga merupakan tingkah laku spesifik yang ditunjukkan setiap anggota keluarga lain dan masyarakat tugas keluarga berisi seperangkat perilaku interpersonal sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga kelompok dan masyarakat terkait dengan status kesehatan individu dan anggota keluarganya tugas dan peran yang harus dilakukan keluarga meliputi :

- a. Menenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya tugas ini meliputi menenal penyebab tanda dan gejala dampak dan persepsi keluarga terhadap penyakit ataupun masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga maka dalam hal ini keluarga harus bisa mengakses dan memanfaatkan sumber pelayanan kesehatan sehingga bisa mengambil tindakan yang tepat berdasarkan pertimbangan profesional pada saat akan mengambil keputusan terkait status kesehatan anggota keluarganya.
- c. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau karena usianya yang terlalu muda dalam hal ini keluarga harus memiliki pengetahuan mengenai keadaan dan perkembangan penyakit fasilitas yang akan digunakan sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan sikap keluarga terhadap penyakit.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang kondusif bagi kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya menciptakan dan mempertahankan rumah dalam keadaan kondusif meski ada anggota keluarga yang sakit perlu dilakukan keluarga karena kondisi ini akan mempengaruhi tidak hanya yang sakit tetapi juga yang sehat termasuk diantaranya meliputi kegiatan memelihara kesehatan lingkungan dan higienitas keluarga.

- e. Merujuk dan mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan institusi kesehatan peran ini meliputi mengetahui keberadaan fasilitas keuntungan memanfaatkan fasilitas menjaga kepercayaan anggota keluarga kepada petugas kesehatan sehingga mampu memanfaatkan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang tersedia dan terjangkau oleh keluarga jika dibutuhkan.

2.2.6 Peran Perawat Keluarga

Dan fungsi perawat dalam keluarga antara lain adalah sebagai berikut (Aiken, 2014, Ervin 2002, Lippincott Solution, 2017):

- a. Perawat sebagai pelaksana

Perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai pengkajian sampai evaluasi pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental keterbatasan pengetahuan serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri kegiatan yang dilakukan bersifat *promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitative*

- b. Perawat sebagai pendidik

Perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan menentukan tujuan mengembangkan merencanakan dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.

- c. Perawat sebagai konselor

Perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

d. Perawat sebagai kolaborator

Perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerjasama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan. Pengkajian keperawatan keluarga adalah tahapan awal yang dilakukan oleh perawat dalam menggali informasi tentang anggota keluarga yang diasuhnya berkaitan dengan kondisi kesehatan anggota keluarga tersebut (Riasmini et al., 2017)

Pengkajian adalah tindakan berupa pemupukan data yang berkaitan dengan kondisi klient maupun keluarganya untuk digunakan oleh perawat sebagai acuan dalam melakukan

proses keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan baik pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Menurut Riasmini *et al* (2017) pengkajian keperawatan dalam keluarga terdiri dari kategori pertanyaan-pertanyaan untuk keluarga dan anggotanya yang meliputi :

a. Data umum / Identitas keluarga

Data umum yang perlu dikaji meliputi nama kepala keluarga, alamat lengkap, identitas agama, latar belakang suku dan budaya, status kelas sosial, komposisi keluarga, tipe keluarga, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.

b. Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga

Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga yang perlu dikaji adalah nama seluruh anggota keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu atau protesa dan status kesehatan keluarga saat ini yang meliputi bagaimana kondisi umumnya dalam kondisi sedang sehat atau sedang sakit, dan riwayat penyakit atau alergi yang dialami oleh anggota keluarga.

c. Data riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Data yang dikaji meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini yang dapat dinilai dengan melihat anak pertama dalam keluarga tersebut, dan bagaimana tugas dalam tahap perkembangan keluarga tersebut apakah dapat dijalankan atau tidak.

d. Data kesehatan lingkungan

Data yang dikaji dan dihimpun dalam pengkajian lingkungan adalah bagaimana karakteristik rumah, tipe rumah, lantai, ventilasi dalam rumah, saluran limbah, sumber air bersih, tempat pembuangan sampah, dan kepemilikan jamban.

e. Data struktur keluarga

Data yang dihimpun dalam struktur keluarga meliputi bagaimana pola komunikasi dalam keluarga peran dalam keluarga serta nilai atau norma yang dianut oleh keluarga.

f. Data fungsi keluarga

Data fungsi keluarga yang dikumpulkan meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan.

g. Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

h. Fungsi sosialisasi

Hal yang perlu dikaji bagaimana arah interaksi atau hubungan dalam keluarga sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

i. Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji yaitu jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anak.

j. Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji berupa kemampuan keluarga dalam mendukung kesembuhan penyakit dengan memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi.

1) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenai sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga.

Apabila terjadi masalah dalam perawatan kesehatan keluarga akan mengungkapkan apabila tidak memahami masalah kesehatan yang diderita anggota keluarga, terjadinya kesulitan dalam menjalankan perawatan yang ditetapkan koma gejala penyakit anggota keluarga juga tampak semakin memberat dan aktivitas yang dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tanpa tidak tepat.

k. Data stress dan coping keluarga

Komponen yang dikumpulkan dalam pengkajian keluarga adalah data tentang coping keluarga yang meliputi apakah ada stressor yang dihadapi oleh keluarga yang berkaitan dengan masalah dalam keluarga misalnya masalah ekonomi, sosial dan lain sebagainya, serta apakah keluarga dapat menghadapi stressor tersebut dengan coping yang adaptif dan maladaptive

l. Pemeriksaan fisik

Data selanjutnya yang harus dikumpulkan oleh perawat adalah data tentang kesehatan fisik, tidak hanya kondisi pasien, melainkan kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga titik metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik yang meliputi pemeriksaan *head to toe* dan pemeriksaan penunjang. Pada pemeriksaan fisik penderita diabetes melitus meliputi:

1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Biasanya pada penderita diabetes didapatkan berat badan yang di atas normal atau obesitas.

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, apakah ada pembesaran pada leher kondisi mata, hidung mulut dan apakah ada kelainan pada pendengaran titik biasanya pada penderita diabetes melitus ditemui penglihatan yang kabur atau ganda serta diplopia dan lensa mata yang keruh, telinga kadang-kadang berdenging, lidah terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah gusi mudah bengkak dan berdarah.

3) Sistem integumen

Biasanya pada penderita diabetes melitus akan ditemui turgor kulit menurun. Kulit menjadi kering dan gatal jika ada luka atau maka warna di sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah mengering pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi ganggren.

4) Sistem pernafasan

Dikaji adakah sesak nafas, batuk sputum nyeri dada biasanya pada penderita diabetes melitus mudah terjadi infeksi pada sistem pernafasan.

5) Sistem kardiovaskuler

Pada penderita diabetes melitus biasanya akan ditemui perfusi jaringan menurun nadi perifer lemah atau berkurang takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, kardiomegali

6) Sistem gastrointestinal

Pada penderita diabetes melitus akan terjadi polifagi, polidipsi, mual muntah, diare, konstipasi, dehidrasi perubahan berat badan peningkatan tingkat abdomen dan obesitas.

7) Sistem perkemihan

Pada penderita diabetes melitus biasanya ditemui terjadinya poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

8) Sistem muskuloskeletal

Pada penderita diabetes melitus biasanya ditemui terjadinya penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas

9) Sistem neurologis

Pada penderita diabetes melitus biasanya terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anestesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi dan rasa kesemutan pada tangan atau kaki.

m. Harapan keluarga

Sarapan keluarga yang perlu dilakukan pada akhir pengkajian titik perlu dikaji harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi. Perawat dalam melakukan pengkajian data-data dalam keluarga juga melakukan pengkajian tingkat kemandirian dalam keluarga. Adapun tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat dari 7 kriteria (Friedman *et al.*, 2014)

Setelah perawat melakukan pengkajian pada keluarga, maka langkah selanjutnya adalah melakukan analisis data yang dikategorikan atau dikelompokkan sesuai dengan masalah yang didapatkan oleh perawat.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan sesuatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan hasil dari analisis data dari hasil pengkajian keluarga, yang di mana diagnosisnya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2012)

a. Jenis-jenis diagnosis keperawatan

Jenis diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua bagian yaitu:

1) Diagnosis positif

Diagnosis positif menunjukkan bahwa kelainan saat ini sedang berada dalam keadaan sehat dan dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih optimal dan diagnosis ini juga dapat disebut dengan diagnosa promosi kesehatan.

2) Diagnosis negatif

Hot atau sakit ataupun sedang beresik untuk mengalami sakit, sehingga dalam menegakkan diagnosis negatif ini penempatan intervensinya akan mengarah pada proses penyembuhan pemulihan dan pencegahan terhadap kondisi sakit yang sedang dialami oleh klien. Diagnosis negatif ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis resiko.

b. Komponen diagnosis keperawatan

1) Masalah atau label diagnostik

Masalah merupakan/label diagnostik keperawatan yang digunakan untuk menggambarkan inti dari respon kondisi yang sedang dialami klien pada kondisi kesehatan ataupun proses kehidupannya.

2) Indikator diagnostik

Indikator diagnostik dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang dimaksud di sini adalah terdiri dari penyebab tanda dan gejala dan faktor risiko yang merupakan keadaan yang dapat menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.

c. Perumusan diagnosis keperawatan

Merumuskan dan menuliskan diagnosis keperawatan harus disesuaikan dengan jenis diagnosa keperawatan yang diangkat oleh perawat terdapat dua metode dalam menuliskan dan merumuskan diagnosis keperawatan:

1) Penulisan tiga bagian

Metode penulisan ini terdiri dari atas masalah penyebab dan tanda gejala metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosa aktual.

2) Penulisan dua bagian

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan.

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan atau problem yang berkenaan pada individu dalam keluarga yang sakit berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi keperawatan keluarga (Muhlisin, 2012).

Diagnosa keperawatan mengacu pada PES (Problem, etiologi, dan symptom) di mana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari SDKI. Sedangkan untuk

etiologi dapat menggunakan pendekatan 5 tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2012).

d. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan atau skoring (Padila, 2012) proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut :

- 1) Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot yaitu 5).

Prioritas didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor tertinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah namun perawat perlu mempertimbangkan persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan yang perlu diatasi segera diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga dengan diabetes melitus adalah (SDKI, 2017):

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (D.0038)
- b. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan (D.0115)

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit mengenal masalah kesehatan (D.0111)
- d. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (D.0139)

2.3.3 Intervensi keperawatan

Setelah perawat melakukan pengkajian dan mendapatkan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah merumuskan intervensi keperawatan perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh tindakan, tahapan penyusunan intervensi keluarga sebagai berikut. (*Riasmini et.al, 2017*) perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan keluarga adalah upaya penyusunan strategi tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pada klien dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan yang lainnya (*Riasmini et al.,2017*) penyusunan perencanaan keperawatan keluarga mencakup penentuan prioritas masalah tujuan dan rencana tindakan. (*Riasmini et al.,2017*) :

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan Keluarga

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan ketidakmampuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.12111)	Edukasi diet (I.I2369) Observasi - Identifikasi kemampuan klien dan

keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (D.0027)	Kriteria hasil : - Kadar glukosa dalam darah membaik - Mengantuk menurun - Pusing menurun lelah/lesu menurun	keluarga menerima informasi - Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini - Identifikasi pola makan saat ini dan masa lalu - Identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet yang di programkan Teurapetik - Persiapkan materi media dan alat peraga - Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya - Sediakan rencana makanan tertulis, jike perlu Edukasi - Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan - Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenai masalah kesehatan (D.0115)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat (L.012105) Kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan tentang topik meningkat - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) Observasi - Identifikasi kebutuhan keluarga dan harapan keluarga tentang kesehatan - Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga - Identifikasi tindakan keluarga Teurapetik

				- Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
				Edukasi - Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga - Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit mengenal masalah kesehatan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keprawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi proses penyakit (I.1244) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi observasi - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala yang timbul oleh penyakit - Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi - Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan - Informasikan kondisi pasien saat ini - Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa
4.	Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (D.0032)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi meningkat (L.14128) Kriteria hasil :	Edukasi Nutrisi (I.12395) Observasi - Periksa status gizi, status alergi, program diet, kebutuhan dan kemampuan memenuhi gizi	

- Porsi makan yang dihabiskan meningkat - BB atau IMT meningkat - Nafsu makan meningkat	- Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi Teurapetik - Jelaskan kepada klien dan keluarga tentang jenis nutrisi, table makanan penukar, cara menakar makanan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya Edukasi - Jelaskan kepada klien dan keluarga mengenai makanan yang harus dihindari, kebutuhan jumlah kalori, jenis makanan yang dibutuhkan klien
---	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya (padila, 2012). Tindakan yang dilakukan perawat kepada keluarga berdasarkan perencanaan yang mengacu pada diagnosa yang telah ditegakkan dan dibuat sebelumnya implementasi pada keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga serta juga pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu (Riasmini *et al.*,2017) meliputi hal-hal berikut:

- Tindakan keperawatan secara langsung
- Tindakan keperawatan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan dasar

- c. Tindakan observasional
- d. Tindakan promosi kesehatan

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan dalam evaluasi terdapat dua jenis pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut :

- a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah melaksanakan tindakan keperawatan penulisannya adalah dengan menggunakan format SOAP.

- b. Evaluasi sumatif (hasil)

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan bila terdapat ketidak sesuaian dalam hasil yang dicapai keseluruhan proses dimulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali.

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun dan telah diimplementasikan kepada klien dan keluarganya apabila belum atau tidak berhasil maka perawat harus memikirkan dan memodifikasi tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien ataupun keluarganya semua rencana tindakan yang telah disusun tidak mungkin dapat diberikan dalam satu kali kunjungan oleh perawat untuk itu dapat dilakukan bertahap sesuai dengan kesepakatan kunjungan yang telah dibuat antara klien dan keluarga serta perawat (Riasmini *et al.*,2017)