

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengertian

Definisi menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2020 dikutip dalam (Warsono, 2022), *Diabetes Mellitus* merupakan suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Keadaan hiperglikemia kronik pada diabetes dapat berdampak kerusakan jangka panjang, disfungsi beberapa organ tubuh pada mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah yang menyebabkan komplikasi gangguan penglihatan, gagal ginjal, penyakit kardiovaskuler maupun neuropati.

Menurut Menurut WHO, *Diabetes Melitus* (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat dari insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi insulin dapat disebabkan oleh gangguan produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (Depkes, 2008).

Diabetes Mellitus merupakan suatu keadaan ketika tubuh mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel – sel dan menyimpannya sebagai glikogen).

Dengan demikian, terjadi hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolic akibat gangguan hormonal, melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak serta menimbulkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh (Nur & Ardiana, 2016).

Diabetes Mellitus merupakan sekelompok kelainan metabolic yang diakibatkan oleh adanya kenaikan kadar glukosa darah dalam tubuh / hiperglikemia. Kadar glukosa darah secara normal berkisaran antara 70 – 120 mg/dl. Diagnosis DM ditemukan apabila kadar glukosa sewaktu >200 g/dl, atau gula darah puasa >126 g/dl, atau tes toleransi glukosa oral >200 mg/Dl disertai gejala klasik *Diabetes Mellitus* yaitu *polyuria*, *polydipsia*, dan *polifagia* (Yasmara, et al., 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi *Diabetes Mellitus* menurut Perkeni (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia tahun 2006 dalam (Aini & Aridiana, 2016), dibagi menjadi 4 jenis :

- 1). *Diabetes Mellitus* tipe -1 (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus* [IDDM])

Diabetes Mellitus tipe 1 terjadi karena adanya kerusakan sel beta pankreas karena sebab autoimun. Pada tipe ini sistem imun menyerang dan merusak sel – sel penghasil insulin yang terdapat pada pankreas. Bukti yang menunjukkan bahwa faktor genetik dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam terjadinya *Diabetes Mellitus* Tipe-1. Sekitar 70-80% sel beta hancur sebelum timbul gejala klinik pasien *Diabetes Mellitus*

tipe-1 harus menggunakan injeksi insulin dan menjalankan diet secara ketat.

2). *Diabetes Mellitus* tipe-2 (*Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* [NIDDM])

Pada penderita DM tipe terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk kedalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang merupakan turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Oleh karena terjadinya resistensi insulin (reseptor insulin sudah tidak aktif karena dianggap kadarnya masih tinggi dalam darah) akan mengakibatkan defisiensi relatif insulin. Hal tersebut dapat mengakibatkan berkurangnya sekresi insulin pada adanya glukosa bersama bahan sekresi insulin lain sehingga sel beta pankreas akan mengalami desensitisasi terhadap adanya glukosa. Onset DM tipe ini terjadi perlahan-lahan karena itu gejalanya asimtomatik. Adanya resistensi insulin yang terjadi perlahan-lahan akan mengakibatkan sensitivitas reseptor akan glukosa berkurang. DM tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi.

3). *Diabetes Mellitus* Gestational (DMG)

Diabetes gestasional ditandai dengan intoleransi glukosa yang muncul selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga. Risiko diabetes gestasional disebabkan obesitas, riwayat

pernah mengalami diabetes gestasional, glikosuria, atau riwayat keluarga yang pernah mengalami diabetes.

4). *Diabetes Mellitus* Tipe lain

Diabetes tipe lain merupakan diabetes yang disebabkan oleh gangguan endokrin yang mengakibatkan peningkatan glukosa hati dan penurunan penggunaan glukosa oleh sel sehingga menimbulkan hiperglikemi. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pancreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali atau syndrome chusing, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati (Santi Damayanti, 2016).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit Diabetes Mellitus belum diketahui secara lengkap dan kemungkinan faktor penyebab dan faktor risiko penyakit Diabetes Mellitus diantaranya :

1) Faktor Genetik (Keturunan)

Keturunan merupakan faktor yang tidak dapat diubah. Bila ada anggota keluarga anda yang terkena diabetes, maka anda juga dapat beresiko menjadi penderita diabetes (Tandra, H, 2013). Faktor genetik dapat langsung mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan rangsang sekretoris insulin. Keadaan ini meningkatkan kerentanan individu

terhadap faktor - faktor lingkungan yang dapat mengubah integritas dan fungsi sel beta pankreas (Santi Damayanti, 2016).

2) Obesitas

Obesitas atau kegemukan adalah kondisi di mana tubuh seseorang memiliki kadar lemak tinggi. Kadar lemak yang tinggi dalam tubuh dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan. Salah satu resiko yang dihadapi pada orang obesitas adalah penyakit Diabetes Mellitus. Kegemukan menyebabkan reseptor insulin yang bekerja dalam sel di seluruh tubuh termasuk pada otot, skeletal, atau jaringan dapat berkurang jumlah dan keaktifannya. Kegemukan juga dapat merusak kemampuan sel beta untuk melepaskan insulin saat meningkatkan kadar glukosa dalam darah (Santi Damayanti, 2016).

3) Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin (Aini & Aridiana, 2016). Pada Diabetes Mellitus tipe 2, usia diatas 40 tahun kadar glukosa darah naik 1 - 28 % setiap tahunnya saat puasa dan akan naik 6 - 13% pada 2 jam setelah makan (Santi Damayanti, 2016).

4) Stres

Stres merupakan situasi dimana individu harus berespon atau melakukan tindakan karena adanya tuntutan (Santi Damayanti, 2016). Stress dapat meningkatkan kerja metabolisme dan

meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin sehingga menimbulkan kenaikan kadar glukosa darah (hiperglikemi) (Aini & Aridiana, 2016).

5) Pola Makan

Tubuh secara umum membutuhkan diet seimbang untuk menghasilkan energi untuk melakukan fungsi - fungsi vital. Terlalu banyak makanan akan menghambat pankreas untuk menjalankan fungsi sekresi insulin. Jika sekresi insulin terhambat maka kadar gula dalam darah akan meningkat (Waspadji, 2014).

6) Infeksi

Virus dan bakteri yang masuk ke dalam pankreas akan merusak sel - sel beta pankreas sehingga terjadi penurunan fungsi pankreas dan juga bisa merusak imun dalam sel beta atau autoimun (Aini & Aridiana, 2016).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Manurung (2018), gangguan metabolisme karbohidrat menyebabkan tubuh kekurangan energi, itu sebabnya penderita Diabetes Mellitus umumnya terlihat lemas, lemah dan tidak bugar. Tanda dan gejala yang dirasakan oleh penderita Diabetes Mellitus adalah :

1) Diabetes Mellitus Tipe 1

a) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

Kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan sebagian glukosa harus dikeluarkan oleh ginjal bersama urin sebagai akibat dari kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi tubulus ginjal yang terbatas. Untuk memudahkan pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air sehingga frekuensi kencing/miksi menjadi meningkat (Tarwoto, 2012).

b) Polidipsi (Sering haus)

Meningkatnya frekuensi kencing/miksi pada klien Diabetes Mellitus menyebabkan tubuh mengalami dehidrasi yang merangsang tubuh untuk meningkatkan rasa haus (Tarwoto, 2012).

c) Polifagia (Mudah lapar)

Pada klien Diabetes Mellitus terjadi peningkatan katabolisme, pemecahan glikogen untuk energi yang mengakibatkan cadangan energi pada tubuh berkurang sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar (Tarwoto, 2012).

d) Penurunan berat badan dan kelemahan

Pada klien Diabetes Mellitus glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan energi. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot yang mengakibatkan tubuh kehilangan potassium sehingga klien menjadi kurus dan mudah lelah (Tholib, 2016).

2) Diabetes Mellitus Tipe 2

Menurut Lemone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM tipe 2 antara lain :

- a) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)
- b) Polidipsi (Sering minum)
- c) Perubahan Penglihatan Secara Mendadak (Kabur)

Pada kondisi kronis, peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) menyebabkan aliran darah menjadi lambat dan sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa yang mengakibatkan penglihatan menjadi kabur bahkan sampai mengalami kebutaan (Tarwoto, 2012).

- d) Keletihan/kelemahan
- e) Parestesia/rasa kebas pada tangan dan kaki (Santi Damayanti, 2016).
- f) Infeksi kulit.

- g) Adanya lesi atau luka yang sulit sembuh (Santi Damayanti, 2016).

3). Diabetes Mellitus Gestasional

Menurut Lemone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM gestasional antara lain :

- a) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)
- b) Polidipsi (Sering minum)
- c) Keletihan/kelemahan
- d) Mual
- e) Rasa Gatal dan Infeksi Kulit Peningkatan glukosa darah mengakibatkan penumpukan gula pada kulit sehingga timbul rasa gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit. Rasa gatal biasanya terjadi pada area sekitar kulit, penis dan vagina (Tarwoto, 2012).
- f) Perubahan penglihatan secara mendadak (kabur).
- g) Ditemukan kandungan glukosa pada urin.

4) Diabetes Mellitus Tipe Lain

Menurut Lemone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM tipe lain antara lain :

- a) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)
- b) Polidipsi (Sering minum)
- c) Polifagia (Mudah lapar)
- d) Keletihan/kelemahan
- e) Infeksi pada kulit

- f) Nyeri abdomen.
- g) Parestesia/rasa kebas pada tangan dan kaki.
- h) Timbul gejala ketoasidosis (mual, muntah, dan nafas bau keton).

2.1.5 Komplikasi

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, antara lain:

1) Komplikasi metabolik akut

Kompikasi metabolik akut pada penyakit *Diabetes Mellitus* ada tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, yaitu :

a). Hipoglikemia

Hipoglikemia (kadar gula darah yang abnormal rendah) terjadi ketika kadar glukosa darah turun di bawah 50 hingga 60 mg/dL (2,7 hingga 3,3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat (Brunner & Suddart, 2015).

b). Ketoasidosis Diabetik (KAD).

Ketoasidosis diabetik (KAD) yang disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat menurun hingga mengakibatkan terjadinya pemecahan lemak yang menyebabkan peningkatan kadar keton dalam tubuh, KAD ditandai dengan

trias hiperglikemia, dehidrasi, kehilangan elektrolit dan asidosis (Brunner & Suddart, 2015).

- c). Sindrom HHNK (Koma Hiperglikemia Hiperosmolar Nonketotik). Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketonik (HHNK) yang merupakan komplikasi diabetes melitus yang ditandai dengan hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dL (Brunner & Suddart, 2015).

- d). Efek *somogy*

Efek somogy adalah penurunan unik kadar glukosa darah pada malam hari, diikuti oleh peningkatan rebound pada paginya. Ditemukan oleh ilmuwan Hongaria, Michael Somogyi pada tahun 1949. Penyebab hipoglikemia malam hari kemungkinan besar berkaitan dengan penyuntikan insulin di sore harinya. Hipoglikemia itu sendiri kemudian menyebabkan peningkatan glukagon, katekolamin, kortisol, dan hormon pertumbuhan. Hormon-hormon ini merangsang glukoneogenesis sehingga pada pagi harinya terjadi hiperglikemia. Risiko terjadinya efek Somogyi juga meningkat dengan menggunakan insulin NPH dalam terapi diabetes. Oleh karena penyebab utama efek Somogyi adalah dosis insulin yang berlebihan.

e). Fenomena Fajar (*down phenomenon*)

Fenomena fajar adalah hiperglikemia pada pagi hari (antara jam 5 dan 9, referensi lainnya menyebutkan antara jam 3 dan 5 pagi) yang tampaknya disebabkan oleh peningkatan sirkadian kadar glukosa pada pagi hari. Ada 2 tipe dawn phenomenon, yaitu fisiologis dan patologis (kedua tipe ini terjadi pada saat yang sama yaitu antara jam 3 dan 5 pagi). Dawn phenomenon fisiologis terjadi karena penurunan alami sekresi insulin yang terjadi antara 3 dan 5 dikombinasikan dengan ketinggian kadar glukosa darah yang tersisa sampai dengan standar. Pasien diabetes mengalami dawn phenomenon patologis dengan tingkat glukosa plasma pagi abnormal atau tinggi karena gangguan sekresi insulin ditambah efek dari sekresi hormon pertumbuhan (growth hormone [GH]) nokturnal. Hormon pertumbuhan (GH) menyebabkan penguraian lemak dan penggunaan lebih lanjut asam-asam lemak sebagai sumber energi (merangsang glukoneogenesis) sehingga akan terjadi peningkatan glukosa darah (Corwin, E. J., 2001).

2) Komplikasi metabolik kronik

Komplikasi metabolik kronik pada pasien DM menurut Price dan Wilson (2012), dapat berupa kerusakan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) dan komplikasi pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) diantaranya :

a) Komplikasi pembuluh darah kecil (mikrovaskuler)

Komplikasi pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) yaitu :

(1). Kerusakan retina mata (Retinopati)

Kerusakan retina mata (Retinopati) adalah suatu mikroangiopati ditandai dengan kerusakan dan sumbatan pembuluh darah kecil (Pandelaki, 2009).

(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 terminal.

(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 (Subekti, 2009)

b) Komplikasi pembuluh darah besar (makrovaskuler)

Komplikasi pada pembuluh darah besar pada pasien diabetes yaitu stroke dan risiko jantung koroner.

(1). Penyakit jantung koroner

Komplikasi 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) (Widiastuti, 2012).

(2). Penyakit serebrovaskuler

Pasien DM 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 pelo (Smeltzer & Bare, 2008).

(3). Penyakit Aterosklerosis

Pembuluh darah normal memiliki lapisan dalam yang disebut endotelium. Lapisan dalam pembuluh darah ini membuat sirkulasi darah mengalir lancar. Untuk mencapai kelancaran ini, endotelium memproduksi Nitrous Oksida lokal (NO). NO berfungsi untuk melemaskan otot polos di

dinding pembuluh dan mencegah sel-sel darah menempel ke dinding.

Mekanisme gangguan ini diduga berpusat di jantung, dan gangguan meningkat dengan pembentukan plak. Gula darah tinggi, asam lemak tinggi dan trigliserida tinggi pada diabetes menyebabkan lengket di dinding endotelium, mendorong proses keterikatan sel yang menghasilkan reaksi jaringan lokal. Reaksi jaringan lokal menghasilkan partikel dan sel-sel darah yang berbeda, menyebabkan penumpukan dan pengerasan di dinding pembuluh (arteri). Reaksi jaringan lokal ini menghasilkan sebuah plak, disebut plak aterosklerosis.

Pada penderita diabetes, mereka resisten terhadap tindakan insulin, dengan kata lain tubuh penderita diabetes kurang sensitif dgn insulin. Akibatnya, efek stimulasi ini hilang dan mengakibatkan peningkatan kecenderungan terhadap pembentukan plak aterosklerosis. Plak pada pembuluh darah ini lah yang nantinya akan menyumbat pembuluh darah di otak dan mengakibatkan stroke.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan penyakit DM, selain dikaji tanda dan gejala juga penting dilakukan tes diagnostik (Tarwoto, 2012).

- 1). Tes gula darah acak atau sewaktu (GDS). Sampel darah akan diambil pada waktu acak. Terlepas dari kapan seseorang terakhir

makan, kadar gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L) sudah dapat digunakan untuk menyatakan seseorang menderita diabetes, terutama bila digabungkan dengan gejala khas dan tidak khas dari diabetes.

2). Pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP) atau *Fasting Blood Sugar* (FOS)

Pembatasan : tidak makan selama 8 – 12 sebelum test, tetapi diperbolehkan untuk minum.

Prosedur : darah diambil dari vena kemudian dikirim ke laboratorium.

Hasil : normal < 100 mg/dl, gangguan gula darah puasa 110 – 125 mg/dl (prediabetes), dan diagnosis *diabetes mellitus* >126 mg/dl.

7) Pemeriksaan gula darah postpadial

Pembatasan : tidak ada

Prosedur : dilakukan 2 jam setelah makan terakhir.

Hasil : normal <140 mg/dl, gangguan toleransi 140 – 199 mg/dl (prediabetes, dan diagnosis *diabetes mellitus* >200 mg/dl.

8) Pemeriksaan toleransi glukosa oral / *Oral Glukosa Tolerance Test* (TTGO)

Pembatasan : pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selama test, boleh minum air putih, tidak merokok,

ngopi, atau minum teh selama pemeriksaan, sedikit aktivitas, serta kurangi stress.

Prosedur : pasien diberi makan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum test, kemudian puasa selama 12 jam, ambil darah puasa dan urin untuk pemeriksaan. Berikan 100 gr glukosa ditambah juice lemon peroral, periksa darah dan urine 30 menit, 1, 2, 3, 4, dan 5 jam setelah pemberian glukosa.

Hasil : Normal : puncaknya jam pertama 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian.

Abnormal : peningkatan glukosa pada jam pertama dan tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positif glukosa.

9) Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

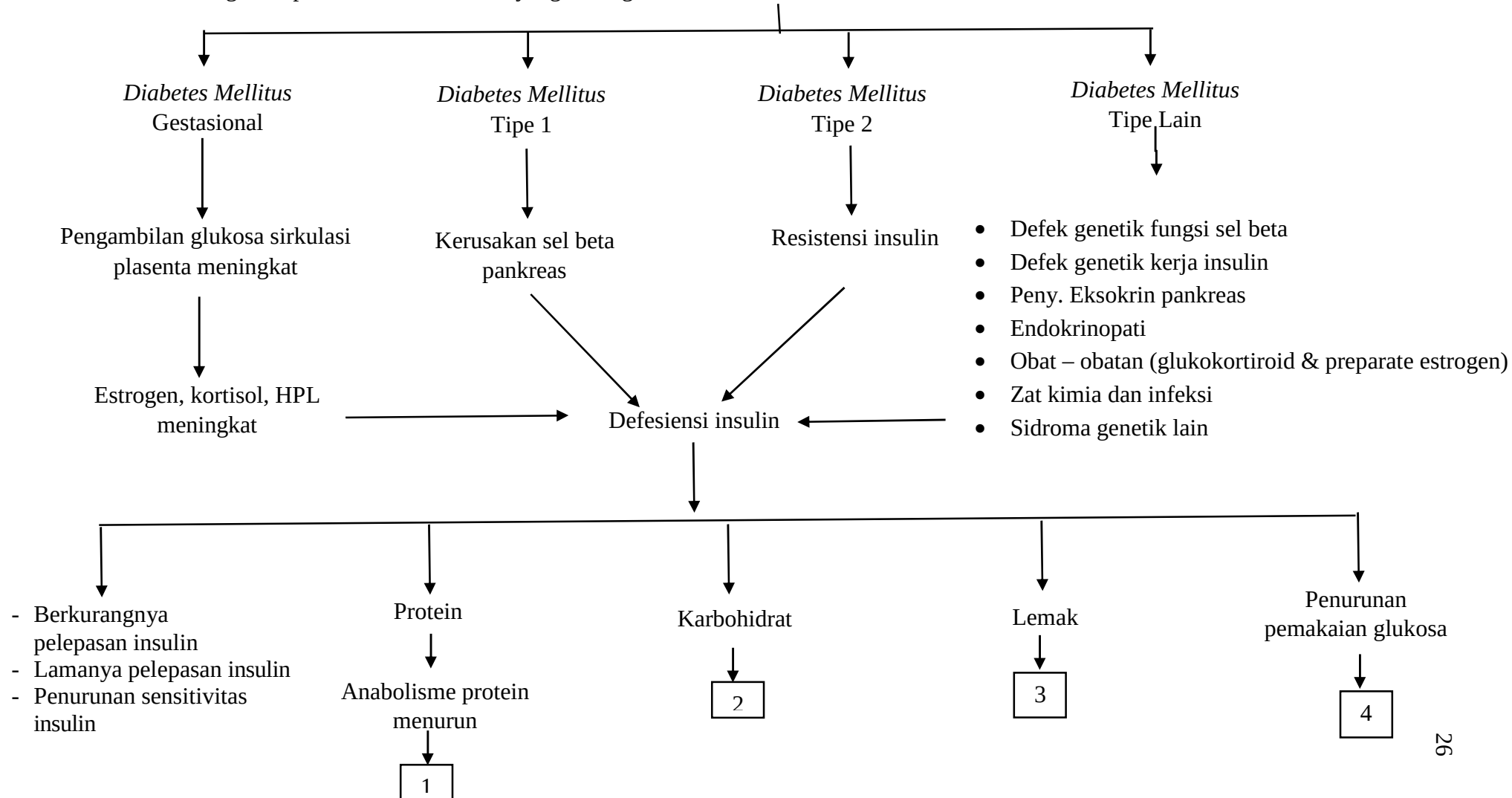
Test ini mengukur presentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin.

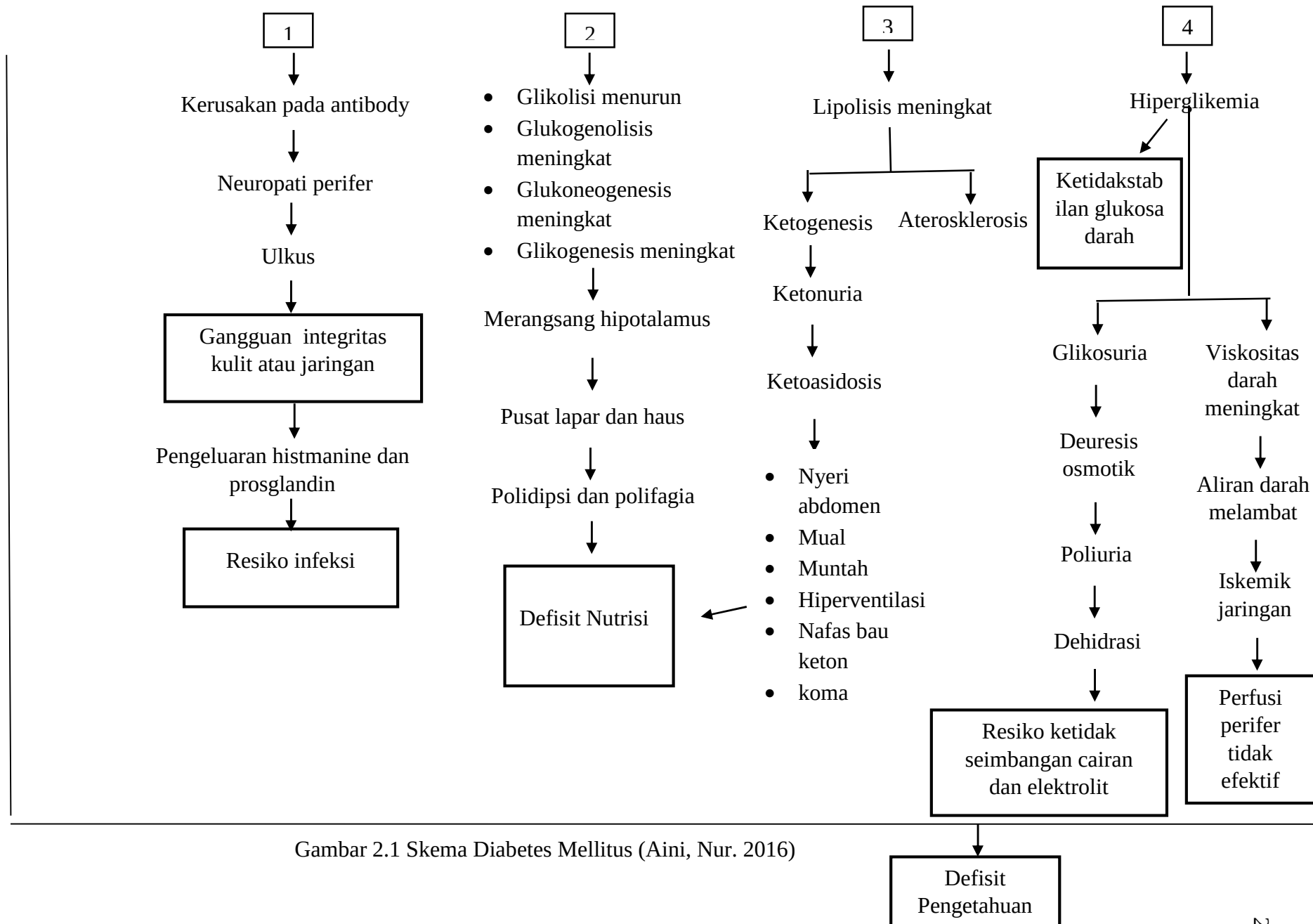
2.1.7 Patofisiologi

1) Pathway

Faktor yang mempengaruhi *Diabetes Mellitus* meliputi riwayat keturunan, obesitas atau kegemukan, kadar HDL kolesterol $\leq$

35 mg/dl, hipertensi, aktivitas fisik yang kurang, faktor usia, stress.





Gambar 2.1 Skema Diabetes Mellitus (Aini, Nur. 2016)

2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi Diabetes Mellitus adalah riwayat keturunan, obesitas atau kegemukan, kadar HDL kolesterol ≤ 35 mg/dl, hipertensi, aktivitas fisik yang kurang, faktor usia, stress. Diabetes Mellitus adalah penyakit metabolik yang terjadi karena kerusakan sel beta pankreas dan berakibat defisiensi insulin. Diabetes dibedakan menjadi 4 yaitu diabetes tipe 1, diabetes tipe 2, diabetes gestasional dan diabetes tipe lain. Pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel - sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Pada Diabetes tipe 2 disebabkan oleh faktor genetik, obesitas, usia, hipertensi, aktivitas fisik yang kurang, kadar HDL kolesterol ≤ 35 mg/dL, kebiasaan diet, serta riwayat diabetes gestasional. Pada Diabetes Gestasional saat pengambilan glukosa sirkulasi plasenta meningkat dan berakibat pada estrogen, kortisol, HPL meningkat dan terjadinya defisiensi insulin. Pada Diabetes Mellitus Tipe Lain terjadi karena defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, obat – obatan. Akibat dari defisiensi insulin yaitu dengan berkurangnya pelepasan insulin, lamanya pelepasan insulin serta menurunnya sensitivitas insulin, terganggunya metabolisme karbohidrat, lemak, protein, serta dapat mengakibatkan hiperglikemia. Pada metabolisme protein terjadi penurunan anabolisme protein kemudian terjadi kerusakan vaskuler pada neuropati perifer yang dapat mengakibatkan ulkus dan muncul masalah keperawatan Gangguan integritas kulit atau jaringan. Adanya

luka pada permukaan kaki akan mengeluarkan histamine dan prostaglandin sehingga terjadi masalah keperawatan Resiko Infeksi. Menurunnya produksi insulin pada metabolisme karbohidrat akan menurunkan proses glikolisis. Glikolisis ini terjadi penurunan karena enzim yang berperan dalam glikolisis di inaktivasi tanpa adanya insulin. Karena glikolisis mengalami penurunan, guna mencukupi kebutuhan energi maka terjadi peningkatan proses glikogenolisis. Glikogenolisis merupakan proses pemecahan glikogen yang disimpan sel untuk menghasilkan kembali glukosa di dalam sel. Namun apabila simpanan glukosa dalam tubuh tetap berkurang dan dibawah normal, cukup banyak proses pembentukan glukosa dari asam amino dan dari gugus glisterol lemak yang disebut proses glukoneogenesis. Proses tersebut akan merangsang hipotalamus untuk merangsang pusat lapar dan haus yang mengakibatkan polidipsi dan polifagia. Tetapi karena glukosa sendiri tidak mampu diserap oleh tubuh maka polidipsia dan polifagia tidak berefek pada metabolisme tubuh akibatnya muncul masalah keperawatan defisit nutrisi. Pada metabolisme lemak, lipolisis akan meningkat dan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak yang disebut ketogenesis. Ketoasidosis yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda - tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas bau keton dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian. Penderita Diabetes Mellitus baik tipe 1 atau tipe 2

kurang dapat menggunakan glukosa yang diperolehnya melalui makanan karena glukosa akan terakumulasi dalam plasma darah dan apabila melebihi batas normal terjadi hiperglikemia dan muncul masalah keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah. Jika konsentrasi glukosa dalam plasma darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebih diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan, klien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dapat menyebabkan dehidrasi dan muncul masalah keperawatan Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Selain itu, hiperglikemia juga dan berakibat viskositas meningkat dan terjadilah aliran darah melambat pada iskemik jaringan dan memunculkan masalah keperawatan Perfusi perifer tidak efektif dan dari semua masalah keperawatan yang muncul dikarenakan kurangnya pengetahuan maka muncul masalah keperawatan yang baru yaitu Defisit pengetahuan.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DM menurut PERKENI tahun 2015, dimulai dengan pola hidup sehat, dan bila perlu dilakukan intervensi farmakologis dengan obat antihiperglikemia secara oral dan/atau suntikan.

1) Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM secara holistik.

2) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

3) Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3- 5 hari seminggu selama sekitar 30-45 menit , dengan total 150 menit perminggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. 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 = 220 - usia pasien.

4) Intervensi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat).

Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

a) Obat Anti Hiperglikemia Oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat anti hiperglikemia oral dibagi menjadi 5 golongan :

(1) Pemacu sekresi insulin (Insulin Scretagogue) :

Sulfonilurea dan Glinid.

(a) Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama memacu sekresi insulin oleh sel beta pankreas.

(b) Glinid

Glinid merupakan obat yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama. Obat ini dapat mengatasi hiperglikemia post prandial.

(2) Peningkatan sensitivitas terhadap insulin : metformin dan Tiazolidindion (TZD)

(a) Metformin mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis), dan memperbaiki ambilan glukosa perifer. Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM2.

(b) Tiazolidindion (TZD) merupakan agonis dari Peroxisome Proliferator Activated Receptor Gamma (PPAR- γ), suatu reseptor inti termasuk di sel otot, lemak, dan hati. Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di perifer. Obat ini dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung (NYHA FC IIIIV) karena dapat memperberat edema/retensi cairan. Hati-hati pada gangguan faal hati, dan bila diberikan perlu pemantauan faal hati secara berkala. Obat yang masuk dalam golongan ini adalah Pioglitazone.

(3) Penghambat absorpsi glukosa : penghambat Glukosidase Alfa.

Obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan. Penghambat glukosidase alfa tidak digunakan bila $GFR \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, gangguan faal hati yang berat, irritable bowel syndrome.

(4) Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*)

Obat golongan penghambat DPP-IV menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (Glucose Like Peptide-1) tetap dalam konsentrasi yang tinggi dalam bentuk

aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon bergantung kadar glukosa darah (glucose dependent).

(5) Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Co-transporter-2*)

Obat golongan penghambat SGLT-2 merupakan obat antidiabetes oral jenis baru yang menghambat reabsorpsi glukosa di tubuli distal ginjal dengan cara menghambat transporter glukosa SGLT-2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Ipragliflozin.

b) Obat Antihiperglikemia Suntik

(1) Insulin

(2) Agonis GLP-1/Incretin Mimetic

Pengobatan dengan dasar peningkatan GLP-1 merupakan pendekatan baru untuk pengobatan DM. Agonis GLP-1 dapat bekerja sebagai perangsang pelepasan insulin yang tidak menimbulkan hipoglikemia ataupun peningkatan berat badan yang biasanya terjadi pada pengobatan insulin ataupun sulfonilurea. Agonis GLP-1 bahkan mungkin menurunkan berat badan. Efek samping yang timbul pada pemberian obat ini antara lain rasa seba dan muntah.

c) Terapi Kombinasi

Terapi dengan obat antihiperglikemia oral kombinasi baik secara terpisah ataupun fixed dose combination dalam bentuk tablet tunggal, harus menggunakan dua macam obat dengan mekanisme kerja yang berbeda. Pada keadaan tertentu dapat terjadi sasaran kadar glukosa darah yang belum tercapai, sehingga perlu diberikan kombinasi tiga obat antihiperglikemia oral dari kelompok yang berbeda atau kombinasi obat antihiperglikemia oral dengan insulin. Pada pasien yang disertai dengan alasan klinis dimana insulin tidak memungkinkan untuk dipakai, terapi dengan kombinasi tiga obat antihiperglikemia oral dapat menjadi pilihan.

2.1 Konsep Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Ada beberapa pengertian keluarga diantaranya menurut Friedman (2010), Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalamnya perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang terhubung karena adanya perkawinan, adopsi dan kelahiran yang tujuannya untuk 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 (Komang, 2012).

Keluarga merupakan kumpulan dua individu atau lebih yang saling ketergantungan dan memiliki keterikatan antara satu dengan yang lain dalam hal emosional, fisik, dan dukungan ekonomi (Kaakinen et.al., 2015).

2.2.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu :

1) Tipe Keluarga Tradisional

a) Keluarga Inti

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung atau angkat.

b) Keluarga Besar

Keluarga inti ditambah dengan keluarga-keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, paman, bibi.

c) Keluarga Dyad

Keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangan

d) *Single parent*

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

e) *Single Adult*

Suatu rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa.

f) *Keluarga Usila*

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut. (Gusti, 2013).

2) *Tipe Keluarga Non Tradisional*

a) *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.

b) *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama namun tanpa adanya ikatan sebuah perkawinan.

c) *Gay and lesbian family* merupakan individu yang sejenis lalu tinggal dalam satu rumah tangga layaknya suami-istri.

d) *Nonmarital Hetesexual Cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tetapi tidak adanya pernikahan dan sering berganti pasangan.

e) *Faster family*, dalam keluarga tersebut menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara. (Widagdo, 2016).

2.2.3 Ciri – Ciri Keluarga

Adapun ciri – ciri keluarga menurut Padila (2012), yaitu :

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- 2) Keluarga terbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja di bentuk atau di pelihara.

- 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (nomenclature) termasuk perhitungan garis keturunan.
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya terkait dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
- 5) Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah, atau rumah tangga.

2.2.4 Struktur Keluarga

- 1) *Patrilineal*

Keluarga sedarah yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah.

- 2) *Matrilineal*

Keluarga sedarah yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis ibu.

- 3) *Matrilokal*

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah dari pihak istri.

- 4) *Patrilokal*

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah dari pihak suami.

- 5) **Keluarga Kawinan**

Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri. (Gusti, 2013).

2.2.5 Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu.

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, yaitu :

1) Ayah

Ayah berperan dalam memimpin keluarga, pencari nafkah, sebagai pendidik, pelindung atau pengayom, pemberi rasa aman kepada seluruh anggota keluarga, selain itu, sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.

2) Ibu

Ibu berperan dalam mengurus rumah tangga, sebagai pendidik anaka-nak, sebagai pengasuh, sebagai pelindung keluarga, disamping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, dan sebagai anggota masyarakat.

3) Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual. (Zaidin, Ali, 2010).

2.2.6 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan bagian penting yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh masing-masing anggotanya.

Menurut Friedman dalam Maria H. Bakri (2017), fungsi keluarga dibagi menjadi lima, yaitu :

1) Fungsi Afektif

Fungsi ini merupakan pemahaman keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga mempersiapkan anggota keluarga yang berhubungan dengan individu lain.

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan individu yang merupakan hasil dari adanya interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial. Fungsi ini melatih individu supaya dapat beradaptasi dengan kehidupan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga memiliki fungsi untuk meneruskan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Perawatan Keluarga

Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga.

2.2.7 Tugas Kesehatan 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 atau penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat peninjauan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga menurut (Achjar, 2010) adalah:

1) Mengetahui masalah

Ketidakmampuan keluarga mengetahui masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga

2) Mengambil keputusan

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) Merawat anggota yang sakit

Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Memodifikasi lingkungan

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 pada kesehatan keluarga.

5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Ketidakmapuan 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. (Achjar, 2010).

2.2.8 Tahap – tahap perkembangan keluarga

Tahap – tahap perkembangan keluarga menurut Gusti (2013), ditentukan oleh usia anak pertama.

1) Tahap I : Keluarga baru (Pasangan baru)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti sudah memiliki keluarga baru

2) Tahap II : Keluarga kelahiran anak pertama (*Child Bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan.

3) Tahap III : Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun.

5) Tahap V : Keluarga dengan anak usia remaja

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya.

6) Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan Tahap ini

dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal.

8) Tahap : VIII Keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal.

2.2.9 Tugas – tugas keluarga

Menurut Susanto (2012), setiap tahapan perkembangan keluarga memiliki tugas perkembangan masing- masing sesuai dengan tahapannya yang harus dipenuhi oleh setiap keluarga.

Adapun tugas perkembangan pada setiap tahapan keluarga adalah :

1) Tahap I : Keluarga baru (Pasangan baru)

Tugas perkembangan tahap I yaitu :

- a) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- b) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial.
- c) Mendiskusikan rencana memiliki anak.

2) Tahap II : Keluarga anak pertama (*Child Bearing*)

Tugas perkembangan tahap II yaitu :

- a) Persiapan menjadi orang tua.

- b) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan seksual, dan kegiatan.
- c) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

3) Tahap III : Keluarga Dengan Anak Pra-Sekolah

Tugas perkembangan tahap III yaitu :

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privacy, dan rasa aman.
- b) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam maupun diluar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitarnya)
- e) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.
- f) Pembagian tanggung jawab untuk tiap anggota keluarga.
- g) Kegiatan dan waktu untuk stimulus terhadap tumbuh kembang.

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangan tahap IV yaitu :

- a) Membantu sosialisasi anak terhadap tetangga, sekolah dan lingkungan disekitarnya.
- b) Mempertahankan keintiman pasangan.

- c) Memenuhi kebutuhan dan biaya untuk hidup yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan tiap anggota keluarga.

5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja

Tugas perkembangan tahap V yaitu :

- a) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab untuk mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkatkan kesehatan tiap anggota keluarga.
- b) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
- c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan..
- d) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

6) Tahap VI : Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

Tugas perkembangan tahap VI yaitu :

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- b) Mempertahankan keintiman pasangan.
- c) Membantu orang tua suami istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- d) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
- e) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.

7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan

Tugas perkembangan tahap VII yaitu :

- a) Mempertahankan kesadaran.
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
- c) Meningkatkan keakraban pasangan.

8) Tahap VIII : Keluarga usia lanjut

Tugas perkembangan tahap VII yaitu :

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan.
- c) Mempertahankan keakraban suami / istri dan saling merawat.
- d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- e) Melakukan “ *Life Review*”

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian

Proses pengkajian keluarga dapat berasal dari berbagai sumber seperti wawancara, observasi rumah keluarga dan fasilitasnya, pengalaman yang dilaporkan anggota keluarga.

1) Data Umum

- a) Nama atau inisial kepala keluarga, umur, alamat, nomor telepon (jika ada), pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga.

Selanjutnya ada komposisi keluarga yang terdiri dari nama atau inisial, jenis kelamin, umur (menurut (Tarwoto, Wartonah, Taufiq, & Mulyati, 2012). Pada pengkajian pendidikan diketahui bahwa pendidikan berpengaruh pada kemampuan dalam mengatur pola makan dan kemampuan pasien dalam pengelolaan serta perawatan diabetes mellitus. Umur juga dikaji karena faktor usia berpengaruh terhadap terjadinya Diabetes mellitus dan usia dewasa tua (>40 tahun) adalah resiko tinggi diabetes mellitus (Harmoko, 2012).

b) Jenis Kelamin

Wanita pada umumnya cenderung mudah terserang Diabetes Mellitus bila dibandingkan dengan pria, hal ini dikarenakan wanita lebih banyak mempunyai faktor yang mendorong terjadinya diabetes mellitus seperti obesitas saat kehamilan, stres, kelelahan, serta makanan yang tidak terkontrol (Effendy, 2010).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi fungsi kognitif karena dengan pendidikan yang rendah, daya ingat klien, afektif dan psikomotorik dalam pengelolaan penderita Diabetes Mellitus, serta pentingnya fasilitas pelayanan kesehatan menjadi kurang (Effendy, 2010).

d) Pekerjaan

Penghasilan yang tidak seimbang mempengaruhi keluarga dalam melakukan perawatan dan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita Diabetes Mellitus. Salah satu penyebab ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan dan perawatan adalah tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada dalam keluarga, misalnya keuangan (Effendy, 2010).

e) Genogram

Dengan adanya genogram dapat diketahui adanya faktor genetik atau faktor keturunan untuk timbulnya *Diabetes Mellitus* pada pasien. Resiko terkena diabetes meningkat apabila ada anggota keluarga yang menderita diabetes. Resiko juga meningkat pada keadaan kembar monozigot dan autosomal dominan (Setiono, 2009).

f) Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai tipe atau jenis keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi pada keluarga tersebut. Biasanya dapat terjadi pada bentuk keluarga apapun.

g) Suku

Mengakaji asal usul suku bangsa keluarga serta mengidentifikasi budaya suku bangsa dan kebiasaan adat penderita tersebut terkait dengan penyakit *diabetes mellitus*.

h) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi terjadinya *diabetes melitus*.

i) Status Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi diketahui bahwa tingkat status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. *Diabetes Melitus* sering terjadi pada keluarga yang mempunyai status ekonomi menengah keatas. Karena faktor lingkungan dan gaya hidup yang sehat, seperti makan berlebihan, berlemak, kurang aktivitas fisik, dan stres berperan penting sebagai pemicu diabetes mellitus (Friedmann, 2010).

j) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga dapat dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, kegiatan menonton televisi serta mendengarkan radio.

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga ini. Diabetes mellitus sering terjadi pada laki-laki atau perempuan yang berusia > 40 tahun. Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah diabetes mellitus adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu suatu kemunduran fungsi sistem organ tubuh, termasuk penurunan fungsi dari sel beta pankreas.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Keluarga dengan *diabetes mellitus* kurang peduli terhadap pengontrolan kadar gula darah jika belum menimbulkan komplikasi lain.

c) Riwayat Keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang bias digunakan keluarga dan

pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Riwayat kesehatan pasien, biasanya klien dengan diabetes mellitus sering mengeluh kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh polifagia, poliuri, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur/istirahat, haus-haus, pusing-pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria (Noer, 2009 dalam Purwanto, 2016).

d) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri untuk mengetahui kemungkinan jika diabetes melitus yang terjadi pada pasien merupakan faktor keturunan (Susanto, 2012: 105).

3) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah (Friedman, 2010). Penataan lingkungan yang kurang pas dapat menimbulkan

suatu cidera, karena pada penderita *diabetes melitus* bila mengalami suatu cidera atau luka biasanya sulit sembuh.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan penderita *diabetes melitus*.

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat tinggal.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi antar masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat. Misalnya perkumpulan keluarga inti saat malam hari, karena saat malam hari orang tua sudah pulang bekerja dan anak-anak sudah pulang sekolah atau perkumpulan keluarga besar saat ada perayaan seperti hari raya. Interaksi dengan masyarakat bisa dilakukan dengan dilakukan kegiatan-kegiatan di lingkungan tempat tinggal seperti gotong royong dan arisan RT/RW.

e) Sistem pendukung keluarga

Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat terhadap pasien dengan diabetes mellitus. Pengelolaan pasien yang menderita diabetes mellitus di keluarga sangat membutuhkan peran keluarga.

4) Struktur Keluarga

- a) Menjelaskan mengenai pola interaksi antar keluarga.
- b) Struktur kekuatan keluarga yang berisi kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- c) Struktur peran yang menjelaskan peran formal dan informal dari masing-masing anggota keluarga serta,
- d) Nilai dan norma budaya yang menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan penyakit *diabetes mellitus*.

5) Fungsi Keluarga

Fungsi Keluarga Menurut Gusti (2013), yaitu :

a) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan

orang lain. Keluarga yang kurang memperhatikan keluarga yang menderita *diabetes mellitus* akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

b) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang menderita *diabetes mellitus* untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi tingkat stress keluarga. Penderita *diabetes mellitus* akan kehilangan semangat oleh karena merasa jenuh dengan pengobatan yang berlaku seumur hidup.

c) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Pada penderita diabetes mellitus yang laki-laki akan mengalami beberapa masalah seksual seperti disfungsi ereksi atau bahkan kehilangan gairah seksual sedangkan pada wanita biasanya akan mengalami radang vagina yang disebabkan infeksi jamur.

6) Fungsi Perawatan

a) Mengenal masalah

Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan pada pasien dengan diabetes mellitus termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga akan mengakibatkan terjadinya komplikasi.

b) Mengambil Keputusan

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. Penyakit diabetes mellitus yang tanpa penanganan akan mengakibatkan komplikasi.

c) Merawat anggota keluarga yang sakit

Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ini disebabkan karena tidak mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) Memodifikasi lingkungan

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 pada kesehatan keluarga.

e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

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. keluarga mengetahui ke fasilitas kesehatan mana anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus dibawa untuk melakukan pengontrolan rutin kadar gula darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. (Achjar, 2010).

7) Stress dan coping keluarga

a) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.

b) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Stressor dikaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

d) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

e) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress.

8) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga.

Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik klinik head to toe.

Untuk pemeriksaan fisik untuk diabetes mellitus adalah sebagai berikut :

a) Status kesehatan umum

b) Status kesehatan umum meliputi: keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Pada penderita diabetes mellitus didapatkan berat badan yang diatas normal / obesitas.

c) Kepala dan leher

Pada pemeriksaan kepala, rambut tipis dan mudah rontok, leher tidak ditemukan adanya gangguan. Ditemukan gangguan pada penglihatan yang disebabkan adanya katarak, glukoma (peningkatan tekanan bola mata), dan retinopati. Lidah klien dengan DM biasanya terasa membesar atau lebar dan kadang timbul gangguan rasa pengecap, mulut terasa kering karena ludah yang mngental, gigi pada klien DM mudah goyang dan lepas, gusi mudah mengalami infeksi, kadang-kadang bernanah dan bengkak serta bau mulut yang tidak sedap (Aini & Aridiana, 2016).

d) Sistem integument

Pada penderita diabetes mellitus akan ditemui turgor kulit menurun, kulit menjadi kering dan gatal. Jika ada luka atau maka warna sekitar luka akan memerah dan menjadi warna kehitaman jika sudah kering. Pada luka yang susah kering biasanya akan menjadi *ganggren* (Purwanto, 2016).

e) Sistem pernapasan

Menurut Tarwoto (2012) pada sistem pernafasan terdaat bau nafas seperti keton, adanya sesak nafas, batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung ada tidaknya infeksi), frekuensi pernafasan meningkat lebih dari 24x/menit.

f) Sistem kardiovaskuler

g) Pada penderita diabetes mellitus akan ditemui perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, terjadi takikardia atau nadi lemah bahkan tidak ada, tekanan darah mengalami perubahan, bisa terjadi Hipertensi (sistole ≥ 140 mmHg, diastole ≥ 90 mmHg) atau Hipotensi (sistole ≤ 110 mmHg, diastole ≤ 60 mmHg) (Purwanto, 2016). Sistem Gastrointestinal

Muntah, penurunan BB, kekakuan/distensi abdomen, asietas, wajah meringis pada palpitasi, bising usus lemah/menurun (Purwanto, 2016).

h) Sistem Perkemihan

Terdapat perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih (infeksi saluran kemih), rasa nyeri tekan yang ditandai dengan urine encer berwarna keruh, poliuri, bising usus lemah (Mansjoer, 2010).

i) Sistem Muskuloskeletal

Pada sistem Muskuloskeletal biasanya terjadi penurunan tonus otot, adanya kesemutan atau rasa berat pada 60 tungkai, dan terdapat ulkus/luka pada kaki (Purwanto, 2016).

j) Sistem Neurologis

Menurut Tarwoto (2012), pada pemeriksaan neurosensori terdapat disorientasi, terjadi penurunan kesadaran (mengantuk, gelisah, lateragi, stupor, sampai koma),

penurunan sensasi sensoris terutama pada penciuman dan pengecap, adanya rasa nyeri/pusing, rasa kesemutan, kelemahan otot, adanya gangguan penglihatan akibat retinopati, katarak, dan glukoma.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien serta penyebabnya yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Masalah-masalah yang tidak dapat dipecahkan atau diatasi perawat bukan diagnosa keperawatan walaupun masalah-masalah ini ditentukan dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh perawat (Manurung, 2018). Diagnosa keperawatan keluarga dengan *Diabetes Mellitus* adalah sebagai berikut:

- 1) Defisit nutrisi berhubungan dengan :
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan :
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan :
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 4) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan :
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 5) Resiko Infeksi Berhubungan dengan :
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 6) Resiko ketidak seimbangan cairan dan elektrolit :
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 7) Defisit Pengetahuan :
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

NO	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala : Tidak / kurang sehat Ancaman kesehatan	3	1
	sejahtera Keadaan	2	
		1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala : Mudah	2	2
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3.	Potensial masalah untuk dicegah		
	Skala : Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	2	
4.	Menonjolnya masalah		
	Skala : Masalah berat, harus, segera ditangani	2	1
	Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Rumus dalam menentukan prioritas masalah :

$$\frac{\text{Skor yang didapat}}{\text{Skor maksimal}} \times \text{Bobot}$$

2.3.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Langkah langkah dalam rencana keperawatan keluarga yaitu menentukan sasaran atau goal yang

bertujuan untuk akhir yang akan dicapai melalui segala upaya yang dimana masalah digunakan untuk merumuskan tujuan akhir, menentukan tujuan atau objektif diharapkan tindakan perawat yang akan dilakukan akan dilakukan dimana penyebab/ etiologi digunakan untuk merumuskan tujuan, menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan dengan bergantung kepada sifat masalah dan sumber sumber yang tersedia untuk memecahkan masalah, menentukan kriteria dan standart kriteria pencapaian (Gusti, 2013).

Diagnosa 1

- 1) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu : makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, rendah gula, menjaga lingkungan rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.
- c) Motivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara mandiri.
- d) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawat dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Intervensi :

a) Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat yang ditimbulkan bila pengobatan tidak teratur.

b) Diskusikan akibat yang ditimbulkan bersama keluarga sesuai standar.

c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.

d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

3) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.

b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu: makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, rendah gula, menjaga lingkungan

c) rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.

d) Mempraktekan cara perawatan yang tepat sesuai yang di ajarkan.

- e) Demonstrasikan cara perawatan pada pasien diabetes mellitus yang meliputi penyusunan menu makanan yang bergizi, memodifikasi nutrisi klien, mengikuti pedoman 3J, J1: jumlah kalori yang diberikan habis, J2: jadwal diet harus ikuti sesuai waktu, J3: jenis makanan manis harus dihindari.
 - f) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
 - g) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang sehat.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Lingkungan rumah yang sehat : cukup udara yang masuk dan keluar, cukup sinar matahari yang masuk, bersih dan teratur, kasur dijemur minimal 1 x seminggu, mempunyai tempat pembuangan sampah dan mempunyai jamban keluarga.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.

- d) Demonstrasikan cara memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan sesuai dengan kemampuan keluarga, seperti : gentengisasi yaitu cara menjaga ventilasi rumah sesuai dengan syarat kesehatan yakni dengan membuat beberapa atap genteng dengan sistem transparan dan cara pembuangan sampah tepat dan benar.
 - e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan.
 - f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.
- 5) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Diskusikan bersama keluarga manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

Diagnosa 2

- 1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit diabetes mellitus meliputi pengertian, tanda dan gejala dari gangguan perfusi jaringan pada diabetes mellitus.
- b) Berikan leaflet tentang pengertian gangguan perfusi jaringan perifer pada penderita diabetes mellitus.
- c) Diskusikan dengan keluarga dengan menggunakan leaflet tentang pengertian, tanda dan gejala penyakit diabetes mellitus.
- d) Diskusikan dengan keluarga tentang cara penanganan pertama diabetes mellitus.
- e) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali tentang pengertian, tanda dan gejala dan cara penanganan pertama diabetes mellitus.
- f) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya menjelaskan kembali.

- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Intervensi

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat yang ditimbulkan bila keluarga salah dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - b) Diskusikan akibat yang ditimbulkan bersama keluarga akibat dari gangguan perfusi jaringan perifer.
 - c) Beri motivasi pada keluarga agar segera mengambil keputusan yang tepat bila terjadi tanda dari gangguan perfusi jaringan perifer .
 - d) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - e) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.
- 3) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu: makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, rendah gula, menjaga lingkungan rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.

- d) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
 - e) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
- 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang sehat.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Lingkungan rumah yang sehat : cukup udara yang masuk dan keluar, cukup sinar matahari yang masuk, bersih dan teratur, kasur dijemur minimal 1 x seminggu, mempunyai tempat pembuangan sampah dan mempunyai jamban keluarga.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Demonstrasikan cara memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan sesuai dengan kemampuan keluarga, seperti : gentengisasi yaitu cara menjaga ventilasi rumah sesuai dengan syarat kesehatan yakni dengan membuat beberapa atap genteng dengan sistem transparan dan cara pembuangan sampah tepat dan benar.

- e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan.
 - f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.
- 5) Perfusi perifer tidak aktif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang ada.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Diskusikan bersama keluarga manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

Diagnosa 3

- 1) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang pengertian, tanda gejala, penyebab terjadinya gangguan integritas kulit.
- b) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyebab terjadinya gangguan integritas kulit.

- 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Intervensi :

- a) Kaji kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- b) Kaji tentang siapa yang berperan untuk mengambil keputusan.

- 3) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

- a) Kaji kemampuan keluarga tentang bagaimana cara merawat anggota keluarga .
- b) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang pentingnya merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- c) Berikan penjelasan kepada keluarga tentang pentingnya teknik aseptik dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

- 4) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi :

- a) Kaji kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat.
- b) Berikan penjelasan tentang pentingnya lingkungan yang sehat.

- c) Diskusikan tentang bagaimana menciptakan lingkungan yang sehat.
- 5) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
Intervensi :
 - a) Kaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b) Motivasi keluarga untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c) Diskusikan dengan keluarga tentang kepemilikan kartu pelayanan kesehatan.

Diagnosa 4

- 1) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
Intervensi:
 - a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.
 - b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar utamanya dalam pemberian nutrisi yang sesuai.
 - c) Motivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara mandiri.
 - d) Mempraktekkan cara perawatan yang tepat sesuai dengan yang diajarkan.

- e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
 - f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
- 2) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat yang ditimbulkan bila pengobatan tidak teratur.
- b) Diskusikan akibat yang dirimbulkan bersama keluarga sesuai standar.
- c) Beri motivasi kepada keluarga untuk segera mengambil keputusan yang tepat bila terjadi tanda: berat badan turun drastis dan nafsu makan bertambah, mudah merasa mengantuk dan lelah, penglihatan menjadi buram, sakit kepala, susah konsentrasi, kesemutan dan merasakan nyeri di bagian perut
- d) Motivasi keluarga untuk menjelaskna kembali.
- e) Berikan pujian atas kemmapuannya menjelaskan kembali.

- 3) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes melitus yang benar.
 - g) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu makan makanan yang bergizi, tinggi protein, tinggi kalori, rendah gula, menjaga lingkungan yang bersih, usahakan sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah.
 - b) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - c) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
 - d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita diabetes melitus.
- 4) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara modifikasi lingkungan yang sehat.
- b) Diskusikan dengan keluarga cara memodifikasi lingkungan yang sehat: cukup udara yang masuk dan keluar, cukup sinar

matahari yang masuk, bersih dan teratur, kasur dijemur minimal 1x dalam seminggu, mempunyai tempat pembuangan sampah dan jamban keluarga.

- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - d) Demonstrasikan cara mendemostrasikan lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan sesuai dengan kemampuan keluarga, seperti: gentengisasi yaitu cara menjaga ventilasi rumah sesuai dengan syarat kesehatan yakni dengan membuat beberapa atap genteng dengan sistem transparan dan cara pembuangan sampah yang tepat dan benar.
 - e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan.
 - f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.
- 5) Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Diskusikan bersama keluarga tentang manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

Diagnosa 5

- 1) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Intervensi:

- a) Identifikasi pengetahuan keluarga tentang proses infeksi yang mungkin terjadi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - b) Berikan informasi tentang proses penyebaran infeksi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Intervensi:

- a) Kaji kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - b) Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga tentang resiko infeksi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- a) Demonstrasikan cara perawatan pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.

- b) Gunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah dalam upaya pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - c) Awasi keluarga saat melakukan perawatan anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi:

- a) Kaji kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang aman bagi anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - b) Lakukan perubahan lingkungan bersama keluarga seoptimal mungkin dalam upaya pencegahan infeksi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
- 5) Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada. Intervensi:
- a) Gunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungan keluarga dalam upaya pencegahan infeksi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - b) Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dalam upaya untuk mencegah terjadinya infeksi pada anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.

Diagnosa 6

- 1) Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.
 - b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar utamanya dalam pemberian cairan yang sesuai.
 - c) Motivasi keluarga untuk melakukan perawatan secara mandiri mempraktekkan cara perawatan yang tepat sesuai dengan yang di ajarkan.
 - d) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian cairan pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
 - e) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.
- 2) Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang akibat yang ditimbulkan bila pengobatan tidak teratur.

- b) Diskusikan akibat yang ditimbulkan bersama keluarga sesuai standar.
 - c) Beri motivasi pada keluarga agar segera mengambil keputusan yang tepat bila terjadi tanda kekurangan cairan contohnya: mata cowong, bibir kering dan pecah-pecah, turgor kembali lebih dari dua detik.
 - d) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - e) Berikan pujian atas kemampuan menjelaskan kembali.
- 3) Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara merawat pasien diabetes mellitus yang benar.
- b) Diskusikan bersama keluarga cara perawatan yang benar sesuai standar yaitu: makan makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein, rendah gula, menjaga lingkungan rumah yang bersih, usahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Observasi tindakan keluarga dalam upaya perawatan dan pemberian nutrisi pada anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

e) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga dengan diabetes mellitus.

4) Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Intervensi :

a) Kaji pengetahuan keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang sehat.

b) Diskusikan bersama keluarga cara memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan. Lingkungan rumah yang sehat : cukup udara yang masuk dan keluar, cukup sinar matahari yang masuk, bersih dan teratur, kasur dijemur minimal 1x seminggu, mempunyai tempat pembuangan sampah dan mempunyai jamban keluarga.

c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.

d) Demonstrasikan cara memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan sesuai dengan kemampuan keluarga, seperti : gentengisasi yaitu cara menjaga ventilasi rumah sesuai dengan syarat kesehatan yakni dengan membuat beberapa atap genteng dengan sistem transparan dan cara pembuangan sampah tepat dan benar.

e) Observasi tindakan keluarga dalam upaya memodifikasi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan.

f) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

- 5) Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- b) Diskusikan bersama keluarga manfaat pemeriksaan kesehatan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
- d) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan kembali.

Diagnosa 7

- 1) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
 - a) Kaji pengetahuan keluarga tentang definisi, penyebab, tanda gejala, cara pengobatan diabetes mellitus.
 - b) Berikan penjelasan tentang definisi, penyebab, tanda gejala, cara pengobatan diabetes mellitus.
- 2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
 - a) Kaji kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - b) Diskusikan dengan keluarga tentang siapa yang harus mengambil keputusan.

- c) Diskusikan dengan keluarga baha keputusan yang tepat dapat menentukan perawatan yang tepat untuk penderita.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - a) Kaji bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita diabetes mellitus.
 - b) Kaji bagaimana cara keluarga merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus.
 - c) Berikan penjelasan tentang pentingnya merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
 - a) Kaji bagaimana karakteristik lingkungan yang ditempati oleh keluarga
 - b) Berikan penjelasan tentang pentingnya memnciptakan lingkungan yang sehat untuk penderita diabetes mellitus
 - c) Ajarkan pada keluarga tentang cara menciptakan lingkungan yang sehat
- 5) Kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan
 - a) Kaji tentang apakah keluarga sudah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

- b) Kaji jarak antara tempat tinggal keluarga dengan pusat pelayanan kesehatan terdekat.
- c) Diskusikan dengan keluarga tentang kepemilikan kartu pelayanan kesehatan

2.3.4 Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi guna memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk: mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Dalam kondisi ini untuk membangkitkan minat keluarga dalam berperilaku sehat, maka perawat harus memahami teknik- teknik observasi tindakan keperawatan keluarga. Menurut Padila (2012), tindakan perawatan yang dapat diberikan kepada keluarga, yaitu:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - a) Memberikan informasi, yang dapat berupa penyuluhan atau konseling.
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.

- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan.
- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan, dengan cara:
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
 - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan,

evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi (Sudiharto,2012).

Tahapan evaluasi menurut Gusti (2013), yaitu:

- 1) Evaluasi formatif adalah evaluasi yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan sesuai kontrak pelaksanaan.
- 2) Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang bertujuan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosis keperawatan apakah rencana diteruskan, diteruskan sebagian, diteruskan dengan perubahan intervensi atau dihentikan.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian:

S : Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi.

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

A : Analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standart yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa.