

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang umumnya terjadi pada dewasa yang membutuhkan supervise medis berkelanjutan dan edukasi perawatan mandiri pada pasien namun bergantung pada tipe diabetes mellitus dan usia pasien kebutuhan dan asuhan keperawatan pasien dapat sangat berbeda (LeMone Priscilla, 2016).

Diabetes mellitus adalah penyakit yang disebabkan tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat sehingga kadar glukosa (gula sederhana) di dalam darah tinggi 200mg/dl – 400mg/dl (Suryati, et al, 2019).

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang terjadi karena pancreas tidak cukup menghasilkan insulin, atau saat tubuh tidak efektif memanfaatkan insulin yang dihasilkan (WHO, 2017).

Berdasarkan dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang pada umumnya ditandai dengan kenaikan kadar gula dalam darah yang sering terjadi pada orang dewasa dan membutuhkan pengobatan medis serta edukasi perawatan mandiri pada pasien diabetes mellitus.

2. Klasifikasi Diabetes Mellitus

a. Diabetes Tipe I

Terjadi karena adanya kerusakan sel- β biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut yang disebabkan oleh proses autoimun atau idiopatik. Umumnya penyakit ini berkembang ke arah ketoasidosis diabetik yang menyebabkan kematian diabetes mellitus tipe I sebanyak 5-10 % dari semua diabetes mellitus,

diabetes tipe I dicirikan dengan onset yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Dito Anugroho, 2018).

b. Diabetes mellitus tipe II

Terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. Diabetes tipe II merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin ini jaringan tiakberespon terhadap insulin tersebut diabetes mellitus tipe II mengenai 90-95 % pasien dengan diabetes mellitus insiden terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan, diabetes mellitus tipe II ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Dito Anugroho, 2018).

c. Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes mellitus gestasional (2-5% dari semua kehamilan). Diabetes yang didiagnosis selama hamil diabetes mellitus gestasional merupakan diagnosis diabetes mellitus yang menerapkan untuk perempuan dengan intoleransi glukosa atau ditentukan pertama kali selama kehamilan diabetes mellitus gestasional terjadi pada 2-5% perempuan hamil namun menghilang Ketika kehamilannya berakhir (Black.M. Joyce, 2014).

d. Diabetes Mellitus Tipe Lainnya

Diabetes mellitus spesifik lain (1-2% kasus terdiagnosis), mungkin Sebagian akibat dari defek genetik fungsi sel beta penyakit pankreas (missal kistik fibrosis) atau penyakit yang diinduksi oleh obat-obatan (Black. M. Joy, 2014).

3. Etiologi

a. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya diabetes mellitus. Konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan

kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan diabetes mellitus.

b. Obesitas

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes mellitus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang diabetes mellitus.

c. Faktor genetik

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus, pewaris gen ini dapat sampai kecucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

d. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan-bahan kimia dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas, radang pada pancreas akan mengakibatkan fungsi pancreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormone-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama mengiritasi pancreas.

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pancreas juga dapat menyebabkan radang pancreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pancreas turun sehingga tidak ada sekresi hormone-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti ini kolestrol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan resiko terkena diabetes mellitus.

f. Pola hidup

Pola hidup juga dapat mempengaruhi factor penyebab diabetes mellitus. Jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes mellitus karena olahraga berfungsi

untuk membakar kalori yang tertibun didalam tubuh merupakan factor utama penyebab diabetes mellitus selain disfungsi pancreas

g. Kadar kortikosteroid yang tinggi (Smeltzer dan Bare, 2015).

4. Komplikasi

Komplikasi diabetes dapat terjadi diantaranya komplikasi akut dan kronis (Avind Yuda Wati, 2021) :

a. Komplikasi akut :

1) Hiperglikemia Diabetik

Hiperglikemia diabetik akibat saat glukosa tidak dapat diangkut kedalam sel karena kurangnya insulin.

2) Sindrom Hiperglikemia Hyperosmolar Nonketosis

Sindrom Hiperglikemia Hyperosmolar Nonketosis adalah varian ketoasidosis diabetik yang ditandai dengan hiperglikemia ekstrem (600-2000 mg/dl).

3) Hipoglikemia

Hipoglikemia (juga dikenal sebagai reaksi insulin atau hipoglikemia) adalah ciri umum dari diabetes mellitus tipe II yang diobati dengan insulin atau oral. Kadar glukosa darah yang tepat pada klien mempunyai gejala hipoglikemia bervariasi tanpa gejala ini tidak terjadi sampai kadar glukosa darah <50-60 mg/dl.

b. Komplikasi Kronis

1) Komplikasi makrovaskuler

Yaitu penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit pembuluh darah perifer adalah lebih umum, cenderung terjadi pada usia lebih awal dan lebih luas dan berat pada diabetes mellitus. Penyakit makrovaskuler (penyakit pembuluh darah besar) mencerminkan aterosklerosis dengan penumpukan lemak pada lapisan dalam dinding pembuluh darah, resiko berkembangnya komplikasi makrovaskular lebih tinggi pada diabetes mellitus tipe I

dari pada tipe II penyakit makrovaskuler khususnya penyakit pembuluh korener paling umum menyebabkan kematian pasien diabetes terhitung 40-60% dari semua kasus penyakit makrovaskuler terkait diabetes mellitus.

2) Retinopati Diabetik

Adalah penyebab utama kebutaan diantara pasien diabetes mellitus sekitar 80% memiliki beberapa bentuk retinopati 15 tahun setelah diagnosis penyebab pasti retinopati tidak di pahami baik tapi kemungkinan multifactor dan berhubungan dengan glikosilasi protein, iskemik, dan mekanisme hemodinamik. Stress dari peningkatan kekentalan darah adalah sebuah mekanisme hemodinamik yang meningkatkan permeabilitas dan penurunan elastisitas kapiler.

3) Nefropati

Adalah penyebab tunggal paling sering dari penyakit ginjal kronis sekitar 35-45% pasien dengan diabetes mellitus tipe I ditemukan memiliki nefropati 15-20 tahun setelah diagnosis sekitar 20% pasien dengan diabetes tipe II ditemukan memiliki 5-10 tahun setelah diagnosis sebuah konsekuensi nefropati melibatkan kerusakan terhadap dan akhirnya kehilangan kapiler yang menyuplai glomerulus ginjal.

4) Neurofati

Adalah komplikasi kronis paling sering dari diabetes mellitus hampir 60% pasien diabetes mellitus mengalaminya. Oleh karena itu serabut saraf tidak memiliki suplai darah sendiri, saraf bergantung pada saraf difusi zat gizi dan oksigen lintas membrane, Ketika akson dan dendrit tidak mendapatkan zat gizi saraf mentransmisikan impuls pelan-pelan, selain itu akumulasi sorbitol di jaringan saraf selanjutnya mengurangi fungsi sensoris motoris, kedua masalah neurlogis permanen maupun sementara mungkin berkembang pada pasien dengan diabetes mellitus selama perjalanan penyakit.

5. Patofisiologi

a. Diabetes Mellitus Tipe I

Kekurang insulin untuk menghantarkan glukosa menembus membran sel ke dalam sel, molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah mengakibatkan hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum yang menarik air dalam ruang intraseluler ke dalam sirkulasi, peningkatan volume dalam darah meningkatkan aliran darah ginjal dan hiperglikemia bertindak sebagai diuretik osmosis yang menghasilkan peningkatan aliran urin, Ketika kadar glukosa melebihi ambang batas glukosa biasanya 180mg/dl glukosa diekskresikan ke dalam urin kondisi disebut glukosuria, penurunan volume intraseluler dan peningkatan haluaran urin menyebabkan dehidrasi mulut menjadi kering dan sensor haus diaktifkan yang menyebabkan orang tersebut minum jumlah air yang banyak (LeMone, Priscilla, 2016).

b. Diabetes Mellitus Tipe II

Suatu kondisi hiperglikemia yang terjadi meski tersedia insulin endogen, kadar insulin yang dihasilkan pada diabetes mellitus tipe II berbeda-beda dan meski ada, fungsinya dirusak oleh resistensi insulin di jaringan perifer, hati memproduksi glukosa lebih dari normal, karbohidrat dalam makanan tidak dimetabolisme dengan baik, dan akhirnya pankreas mengeluarkan jumlah insulin yang kurang dari yang dibutuhkan (LeMone. Priscilla, 2016).

6. Manifestasi klinis

a. Tanda Dan Gejala Akut :

Yaitu banyak makan (poliphgia), banyak minum (polydipsia), banyak kencing/sering kencing di malam hari (polyuria), mudah lelah dan nafsu makan bertambah tetapi berat badan turun drastis (5-10 kg dalam waktu 2 sampai 3 minggu).

b. Tanda Dan Gejala Kronik

Yaitu kesemutan, rasa kebas di kulit, keram, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk oleh jarum, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah atau mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria tidak bisa ereksi (impotensi), dan ibu hamil sering mengalami keguguran atau intrauterine fetal death/TUFD (kematian janin dalam kandungan) atau bayi yang memiliki berat badan lahir lebih dari 4 kg (Fatimah, 2015).

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostic (Hasdianah, 2014). :

1. Glukosa darah sewaktu
2. Kadar glukosa darah puasa
3. Tes toleransi glukosa darah.

Kriteria diagnostik pemeriksaan :

1. Glukosa plasma sewaktu $>200\text{mg/dl}$, ($11,1\text{ mmol/L}$).
2. Glukosa plasma puasa $> 140\text{ mg/dl}$ ($7,8\text{ mmol/L}$).
3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) $> 200\text{ mg/dl}$.

8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan diabetes mellitus (Ernawati, 2013) yaitu :

a. Edukasi

Tim Kesehatan mendampingi pasien dalam perubahan perilaku sehat yang memerlukan partisipasi efektif dari pasien dan keluarga pasien. Tujuan utama dari pemberian edukasi pada pasien diabetes mellitus dan juga pada keluarga adalah harapan dimana pasien dan keluarga akan mengerti bagaimana cara penanganan yang tepat dilakukan pada pasien diabetes mellitus. Edukasi pada pasien bisa dilakukan meliputi pemantauan kadar gula darah, perawatan luka, kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, peningkatan aktivitas fisik,

pengurangan asap kalori dan juga pengertian serta komplikasi dari penyakit tersebut.

b. Terapi gizi medis

Pasien diabetes mellitus harus mampu memenuhi prinsip 3J pada dietnya, meliputi (jumlah makanan yang dikonsumsi, jadwal diet yang ketat dan juga jenis makanan apa yang dianjurkan dan pantangan makanannya).

c. Olahraga

Olahraga teratur 3-4 kali dalam seminggu kurang lebih 30 menit.

d. Intervensi farmakologis

Berupa pemberian obat hipoglikemik oral (sulfonilurea, bigguanid/metformin, inhibitor alfa glukosidase dan insulin).

B. Konsep Jus Pare Dengan Daun Stevia

1. Pengertian Pare dan Daun Stevia

Pare merupakan buah yang mengandung banyak air dan mempunyai citra rasa pait bentuk pare bulat memanjang panjang 3,5-8,5 cm lebar 4 cm. pangkal berbentuk jantung, warna hijau tua (Murdiati dan Amaliah, 2013).

Pare (*Momordica charantia* L) termasuk kedalam familia cucurbitaceae. Nama lokalnya antara lain paria (sunda), paria (bugis), papareh (madura), kambah (minangkabau), paya (nusa tenggara), dan sebagainya (Sulihandari, 2013).

pare memiliki senyawa saponin, flavonoid dan polifenol (antioksidan kuat), serta glikosida cucurbitacin, momordicin dan dapat digunakan sebagai menurunkan kadar gula darah (Herbie, 2015).

Gambar 2.1

Pare



Stevia rebaudiana bertonii adalah tanaman dari family *compositae* yang berasal dari Paraguay, daunnya telah digunakan selama berabad-abad sebagai pemanis.

Daun berbentuk lonjong langsing sampai oval, bergerigi halus terletak berhadapan Panjang 2-4 cm, lebar 1-5 cm, dan tulang daun menyirip (Talha, 2013).

Daun *Stevia* mengandung diterpene steviol glikosida, seperti steviosida, rebaudiosida A, isosteviol dan dihydroisosteviol karena memiliki tingkat kemanisan 300 kali lebih manis dibandingkan gula.

Daun *Stevia* semak parenal (tanaman perdu) yang telah digunakan selama ratusan tahun sebagai pemanis, *stevia* alami non kalori tanaman yang terkenal dengan rasa manisnya tanpa meninggalkan rasa pait (Rossita, 2014).

Gambar2.2

Daun *Stevia*



Jadi dari definisi-definis diatas dapat disimpulkan jus pare dengan daun *stevia* adalah yang bersifat herbal pare untuk menurunkan kadar gula darah dan daun *stevia* pemanis alami untuk menghilangkan

rasa pait pada pare jadi jus pare dengan daun stevia baik untuk diminum secara rutin pada penderita diabetes mellitus.

2. Tujuan diberikan

Tujuan pengobatan herbal pemberian jus pare dengan daun stevia (Andreas Wilson: 2014) yaitu :

- a. Memperbaiki respon sel tubuh terhadap insulin
- b. Membentuk agen hipoglikemik
- c. Menurunkan kadar gula darah
- d. Membantu sintesis glikogen darah
- e. Mampu mencegah penumpukkan glukosa dalam darah dan memindahkannya ke hati, otot, dan jaringan.

3. Manfaat jus pare

- a. Sebagai antoksidan
- b. Mengontrol gula darah
- c. Mengurangi keluhan kolestrol
- d. Menyehatkan kulit

4. Proses kerja

zat Charatin dan polypeptide-P insulin yang memiliki komponen yang menstimulasi sel beta kelenjar pancreas tubuh yang memproduksi insulin lebih banyak sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah secara langsung (Fernades, 2014).

5. Prosedur Jus Pare Dengan Daun Stevia

Jus pare mengekstrsikan suatu zat dari tumbuhan yang bernama *Momordica charantia* zat yang memiliki efek hipoglikemik pada penderita diabetes mellitus. Alat-alat yang digunakan blender, gelas, sedok, daun stevia kemudian di blander sampai halus, konsumsi jus pareharian buah pare 250 ml meningkatkan sensitivitas insulin dari obat antidiabetes dengan hasil signifikasi $P > 0.055$ lebih efektif menurunkan kadar gula, yang diminum dua kali sehari buah pare juga mengandung

lektin yang berfungsi untuk menurunkan konsentrasi glukosa darah (Jurnal Universitas Tanjungpura Vol : 3 No : 3 : 2016).

Penelitian ini mengungkapkan jus pare dapat menurunkan kadar gula darah dua pasien diabetes mellitus kelompok A pasien yang dilengkapi dengan pengobatan jus *Momordica charantia*/pare dengan daun stevia dan kelompok B. Dengan alat dan bahan blander, pisau, daun stevia, gelas, buah pare. Pare 200 gram, air 200 ml, 3 gram daun stevia kering, sehari 2 kali pagi dan sore sebelum makan, jus *Momordica charantia*/pare dengan daun stevia setiap hari selama 7 hari menggunakan T independen di dapat hasil $p=0,050$ efektif dalam pemberian jus *Momordica charantia* pare dengan daun stevia dapat mengontrol glikemik pada pasien diabetes mellitus (Jurnal Complementary Therapies In Medicine Vol : 52 No : 102 : 2020).

C. Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

1. Pengkajian

a. Identitas

Pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, Pendidikan, pekerjaan dan alamat.

b. Status Kesehatan Saat Ini.

1). Keluhan Utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki tungkai bawah, rasa rabayang menurun, adanya luka yang tidak sembuh dan berbau, adanya nyeri pada kulit

2). Alasan Masuk Rumah Sakit

Penderita dengan diabetes mellitus mengalami kehausan yang sangat berlebih, badan lemas dan penurunan berat badan sekitar 10% sampai 20%.

3). Riwayat Penyakit Sekarang

Berisi tentang kapan terjadi luka, penyebab terjadi luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderitaan untuk mengatasinya (Bararah, 2013).

c. Riwayat Kesehatan Terdahulu

1). Riwayat penyakit sebelumnya

Adanya Riwayat penyakit-penyakit diabetes ataupun penyakit lainnya dengan defisiensi insulin penyakit pankreas

2). Riwayat Penyakit Keluarga

Dari keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluargayang juga menderita diabetes mellitus atau penyakit turunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin.

d. Tingkat Pengetahuan

Klien dengan diabetes mellitus harus dipantau secara tepat untuk tingkat pengetahuan dan melakukan keperawatan mandiri.

e. Pengkajian Dasar Nutrisi

Meliputi ukuran antropometrik, uji biokimia pemeriksaan fisik dan evaluasi diet.

f. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum kesadaran klien dengan diabetes mellitus biasanya datang kerumah sakit umum dalam keadaan komposmentris dan mengalami hipoglikemia akibat reaksi penggunaan insulin yang kurang tepat (Bararah, 2013).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan (PPNI, 2017) yang mungkin timbul pada penderita diabetes mellitus yaitu :Kesiapan untuk meningkatkan kemampuan perawatan mandiri

- a. Resiko gula darah tidak stabil
- b. Perfusi perifer tidak efektif
- c. Defisit nutrisi
- d. Resiko syok
- e. Retensi urin
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan
- g. Resiko infeksi.

3. Intervensi

Intervensi menurut (PPNI, 2016).

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Noc : 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : 1. Skala nyeri berkurang (0-10) menjadi 3. 2. Pasien terlihat rileks atau nyaman. 3. Pasien mampu mengontrol nyeri.	Nic : 1. Kaji nyeri menggunakan metode (PQRST) meliputi sekali nyeri, frekuensi nyeri dan lain-lain 2. Pertahankan tirah baring dan posisi yang nyaman 3. Ajarkan Teknik relaksasi nafas dalam. 4. Monitor tanda-tanda vital. 5. Kolaborasi untuk pemberian analgetic.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Noc : 1. Join movement active 2. Mobility level 3. Self care : ADL 4. Transfer performance Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam	Nic : 1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilitas setiap hari 2. Monitoring tanda-tanda vital pasien sebelum dan sesudah

		diharapkan gangguan perfusi jaringan dapat diatasi dengan kriteria hasil : 1. Nyeri berkurang atau hilang 2. Pergerakan/aktivitas pasien bertambah dan tidak terbatas. 3. Pasien mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri.	latihan 3. Bantuan pasien dalam memenuhi ADL 4. Latih kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan pasien. 5. Kolaborasi dengan keluarga pasien untuk memenuhi ADL pasien.
3	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan tindakan pembedahan neoplasma	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x24 jam kadar glukosa dalam darah stabil dengan kriteria hasil : 1. Kadar glukosa dalam darah normal (80-100mg/dl).	Nic : 1. Kaji factor yang menjadi penyebab ketidakstabilan glukosa 2. Pantau keton urin. 3. Pantau tanda dan gejala terjadinya hiperglikemi 4. Memberikan Pendidikan Kesehatan mengenai penyakit ulkus diabetic, diit, obat resep. 5. Terapi komplementer herbal
4	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post op	Noc : 1. Immune status 2. Knowledge 3. Rist control	Nic : 1. Pertahankan teknik aseptik 2. Cuci tangan

		Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat dicegah dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat	sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 3. Monitor tanda dan gejala infeksi 4. Meningkatkan intake nutrisi. 5. Berikan perawatan luka pada area epidermi. 6. Obsevasi kulit, membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase. 7. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah. 8. Kolaborasi pemberian antibiotic.
--	--	--	--

4. Implementasi

Merupakan realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Nikmatur dan Walid, 2017).

5. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur dan Saiful, 2013).

D. Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Harmoko asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk berkerja sama dengan keluarga (Harmoko, 2016 : 69).

1) Pengkajian umum

Pengkajian keluarga sebagai berikut :

a. Data umum

1. Identitas pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, Pendidikan, pekerjaan dan genogram
2. Komposisi keluarga
Dikaji tentang daftar keluarga dan genogram
3. Tipe keluarga
Pada tipe keluarga ini yang dikaji yaitu tentang jenis keluarga beserta kendala dan masalah yang terjadi dengan tipe tersebut.
4. Suku bangsa
Identitas budaya suku bangsa keluarga tersebut
5. Agama
Pada pengkajian ini yang perlu dikaji yaitu panutan keluarga tersebut dan bagaimana keluarga tersebut menjalankan ibadahnya.
6. Status sosial ekonomi keluarga
Pada status sosial ekonomi yang dikaji yaitu tentang pekerjaan, tempat kerja dan penghasilan setiap anggota yang sudah berkerja.
7. Aktivitas rekreasi keluarga
Dimana pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga pergi bersama ketempat rekreasi.(Harmoko, 2016).

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga (Susanto, 2013).

a. tahapan perkembangan keluarga saat ini

pada saat ini dikaji adalah hubungan keluarga saat ini dan komunikasi antar keluarga, tersebut apakah ada pertengkaran, perdebatan.

b. Riwayat perkembangan keluarga belum terpenuhi

Pada tahap ini yang dikaji adalah tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum dilaksanakan secara optimal oleh keluarga

c. Riwayat keluarga inti

Pada tahap ini dikaji adalah hubungan keluarga inti dan apa latar belakang sebelum menjalani sebuah keluarga

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Pada tahap ini yang dikaji adalah bagaimana keluarga keadaan keluarga sebelumnya, sampai keadaan sekarang

3) Keadaan lingkungan

a. Karakteristik rumah

Pada saat ini dikaji adalah posisi rumah pada denah perkampungan yang ditinggalin keluarga dengan jelas.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Pada tahap ini yang dikaji adalah gambaran tentang rumah keluarga dan apa yang dilakukan keluarga setiap harinya misalnya berbaur dengan tetangga.

c. Mobilitas geografis keluarga

Pada tahap ini dikaji adalah letak daerah rumah keluarga.

d. Perkumpulan keluarga dan intraksi keluarga

Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang intraksi dengan tetangga, misalnya apakah keluarga mengikuti pengajian atau kumpulan ibu-ibu rumah tangga lainnya ataupun kegiatan lainnya.

e. System pendukung keluarga

Pada tahap ini dikaji adalah tentang kesulitan keuangan yang keluarga dapat ditasi dengan dukungan keluarga.

4) Struktur keluarga

a. pola-pola komunikasi keluarga

Menjelaskan komunikasi antar anggota keluarga menggunakan system tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.

b. Struktur kekuatan anggota keluarga

Keputusan dalam anggota keluarga siapah yang membuat memutuskan dalam pengguna keuangan , serta siapah yang memutuskan kegiatan dan disiplin anak-anak.

c. Struktur dan peran keluarga

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun nonformal

d. Struktur nilai atau norma keluarga

menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga kelompok

5) Fungsi keluarga (Harnilawati, 2013).

a. Fungsi afektif

mengkaji diri keluarga, perasaan memiliki dan anggota keluarga, dukungan keluarga, terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepada keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b. Fungsi sosialisasi

mengkajii tentang otonomi setiap anggota dalam keluarga, saling ketergantungan dalam keluarga, yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak.

c. Fungsi perawatan Kesehatan

Mengkajian tentang sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakian, dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit.

6) Stress dan coping keluarga (Gusti,2013).

a. Stres jangka pendek dan Panjang

Stresor jangka pendek : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

Stresor dalam jangka Panjang : yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

- b. Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah.
- c. Strategi adaptasi disfungsional (prilaku keluarga yang tidak adaptif)

Ketika keluarga menghadapi masalah.

7) Pemeriksaan fisik (Gusti, 2013).

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada semua anggota keluarga.

8) Harapan keluarga (Gusti, 2013).

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas Kesehatan yang ada.

2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga diangkat setelah stressor mengenai garis pertahanan dalam keluarga baik garis pertahanan fleksibel. Garis pertahanan normal dan garis pertahanan resisten stressor-stressor tersebut akan mempengaruhi tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga struktur keluarga, fungsi dan koping keluarga setiap garis pertahanan dalam keluarga diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data didapatkan pada pengkajian, komponen diagnosa keperawatan meliputi :

1) Problem atau masalah

Suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga.

2) Etiologi atau penyebab

Suatu pernyataan yang menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga yaitu :

- a. Mengenal masalah keluarga

- b. Membuat keputusan Tindakan kesehatan yang tepat
- c. Memberi keperawatan anggota keluarga yang sakit
- d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- e. Menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada di masyarakat.

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan atau etiologi dari diagnosis keperawatan keluarga adalah adanya :

- a. Ketidaktahuan (kurangnya, pengetahuan, pemahaman, kesalahan persepsi).
- b. Ketidak mampuan (sikap dan motivasi).
- c. Dan ketidak mampuan (kurangnya ketrampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, system pendukung, lingkungan fisik dan psikologis), (Tantut Susanto, 2021).

3) Tanda (sign) dan Gejala

Adalah sekumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak langsung (Gusti, 2013).

Proritas Diagnosa Keperawatan

Proses scoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya, 1978

- 1) Sifat masalah : Bobot 1
 - a. Aktual 3
 - b. Resiko 2
 - c. Potensial 1
- 2) Kemungkinan masalah dapat diubah : Bobot 2
 - a. Dengan mudah 2
 - b. Hanya sebagian 1
 - c. Tidak dapat 0
- 3) Pontensial masalah untuk dicegah : Bobot 1
 - a. Tinggi 3
 - b. Cukup 2

c. Rendah 1

4) Menonjolnya masalah

- a. Masalah berat harus ditangani 2
- b. Ada masalah, tetapi tidak perlu harus segera ditangani 1
- c. Masalah tidak dirasakan 0

Proses scoring dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan

- 1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
- 2. Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3. Jumlah skor untuk semua kriteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

3. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam sebuah proses keperawatan keluarga. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien dan keluarga, langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga adalah :

a) Menentukan sasaran atau goal

Sasaran adalah tujuan umum yang merupakan tujuan akhir yang akan dicapai melalui segala upaya, dimana masalah (problem) digunakan untuk merumuskan tujuan akhir (TUM).

b) Menentukan tujuan atau objektif

Objektif merupakan pernyataan lebih spesifik atau lebih terperinci tentang hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan yang akan dilakukan, dimana penyebab (Etiologi) digunakan untuk merumuskan tujuan (TUM).

c) Menentukan pendekatan dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan dalam keluarga. Dalam memilih tindakan keperawatan sangat tergantung kepada sifat masalah dan sumber-sumber yang tersedia untuk memecahkan masalah.

d) Menentukan kriteria dan standrt kriteria

Kriteria merupakan tanda atau indikator yang digunakan untuk pengukur pencapaian tujuan, sedangkan standrt menunjukkan tingkat performance yang diinginkan untuk membandingkan bahwa prilaku yang menjadi tujuan Tindakan keperawatan telah tercapai. Strandrt mengacu pada lima tugas keluarga sedangkan kriteria mengacuh kepada 3 hal, yaitu :

1. Pengetahuan (kognitif)

Intervensi ini ditunjukkan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga.

2. Sikap (Afektif)

Intervensi ini ditunjukkan untuk membantu keluarga dalam berespon masalah yang dihadapi.

3. Tindakan (Psikomotor)

Intervensi ini ditunjukkan membantu anggota keluarga dalam perubahan prilaku yang merugikan ke prilaku yang menguntungkan.

Hal penting dalam menyusun rencana asuhan keperawatan keluarga adalah:

- a) Tujuan hendaknya logis, sesuai masalah dan mempunyai jangka waktu yang sesuai dengan kondisi klien.
- b) Kriteria hasil sehendaknya dapat diukur
- c) Rencana tindakan disesuaikan dengan sumber daya dan dana yanf dimiliki oleh keluarga dan mengarah kepada kemandirian klien sehingga tingkat ketergantungan dapat diminimalisasi. (Nadirawati, 2018).

4. Implementasi

Inti pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah perhatian, jika perawat tidak memiliki falsafah untuk memberi

perhatian maka tidak mungkin perawat dapat melibatkan diri berkerja dengan keluarga perawat pada tahap ini menghadapi kenyataan dimana keluarga mencoba segala daya cipta dalam mengadakan perubahan versus frustasi sehingga tidak dapat berbuat apa-apa perawat harus membangkitkan keinginan untuk berkerja sama melaksanakan tindakan keperawatan,

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh pelaksanaan dari implementasi sudah berhasil dicapai, hal yang perlu diperhatikan dalam evaluasi :

- a. Dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan
- b. Merupakan upayah bersama antara perawat dan keluarga
- c. Dasarnya bagaimana efektifnya intervensi yang telah dilakukan perawat dan respon keluarga dan berhasil, bukan intervensi dan implementasi
- d. Mengacu pada S,O,A,P
- e. Penilaian aspek keluarga juga dilakukan dengan mengukur tingkat kemandirian
- f. Kemandirian keluarga diukur saat pengkajiaan dan saat evaluasi (Nadirawati, 2018).