

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes berasal dari istilah Yunani yaitu artinya pancuran atau curahan, sedangkan mellitus atau melitus artinya gula atau madu. Dengan demikian secara bahasa, diabetes melitus adalah cairan dari tubuh yang banyak mengandung gula, yang dimaksud dalam hal ini adalah air kencing. Dengan demikian, diabetes melitus secara umum adalah suatu keadaan yakni tubuh tidak dapat menghasilkan hormone insulin sesuai kebutuhan atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan. Dalam hal ini terjadi lonjakan gula dalam darah melebihi normal (Mughfuri, 2016). Diabetes melitus diklasifikasikan atas DM tipe 1, DM tipe 2, DM tipe lain, dan DM pada kehamilan. Diabetes melitus tipe 2 (DMT2) adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia, terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Eva dercoli, 2019).

Diabetes melitus) adalah suatu kondisi dimana terjadi peningkatan kadar glukosa di dalam darah. DM sering sekali juga disebut sebagai “penyakit gula” karena memang jumlah atau konsentrasi glukosa atau gula di dalam darah melebihi keadaan normal, dan juga sering kali disebut penyakit “Kencing Manis” karena didalam air kencing penderita memang terdapat glukosa, yang dalam keadaan normal seharusnya tidak ada. DM

merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, disandang seumur hidup (ADA, 2018), dapat menimbulkan komplikasi akut maupun kronis, kematian dini dan lainnya sehingga diperlukan pengelolaan dan kerjasama yang baik antara penderita, keluarga dan tenaga kesehatan (IDF, 2019; PERKENI, 2015).

Tabel.1. Kadar glukosa darah (PERKENI, 2015)

			Bukan DM	Belum Pasti DM	DM
Kadar Glukosa Darah Sewaktu (mg/dL)	Plasma Vena		<100 mg/dL	100 – 199 mg/dL	>200mg/dL
		Darah Kapiler	<90 mg/dL	90 – 199 mg/dL	>200mg/dL
Kadar Glukosa Darah Puasa (Mg/dl)	Plasma Vena		<100 mg/dL	100 – 125 mg/dL	>126mg/dL
		Darah Kapiler	<90 mg/dL	90 – 99 mg/dL	>100mg/dL

2. Etiologi

Umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu diabetes mellitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui (Smeltzer dan Bare, 2015).

Diabetes mellitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain :

a. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu 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 (kegemukan)

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. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya 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 pankreas akan mengakibatkan fungsi pancreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk

proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.

e. Penyakit dan infeksi pada pankreas

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

f. Pola hidup

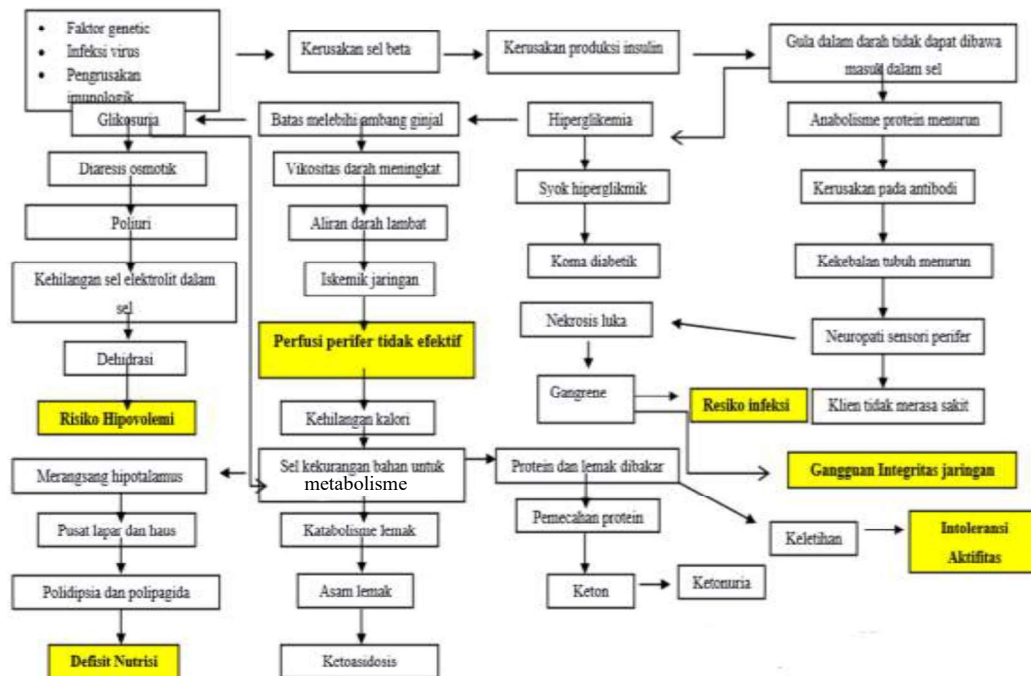
Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes mellitus. Jika orang malas berolahraga memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes mellitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang tertimbun didalam tubuh, kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes mellitus selain disfungsi pankreas.

g. Kadar kortikosteroid yang tinggi. Kehamilan diabetes gestasional.

h. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas.

i. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

3. Pathway Diabetes Melitus.



(Nurarif & Kusuma, 2016 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Gambar 1. *Pathway of Diabetic*

4. Klasifikasi

DM dapat diklasifikasikan ke dalam 4 kategori klinis (Smeltzer dan Bare, 2015), yaitu :

a. DM tipe 1

DM tipe 1 atau IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus), dapat terjadi disebabkan 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. DM tipe 1 terjadi sebanyak 5-10% dari semua DM. DM tipe 1 dicirikan dengan onset

yang akut dan biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer dan Bare, 2015).

b. DM tipe 2

DM tipe 2 atau NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. DM tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. DM tipe 2 mengenai 90-95% pasien dengan DM. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor lingkungan. DM tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

c. DM tipe tertentu

DM tipe ini dapat terjadi karena penyebab lain, misalnya, defek genetik pada fungsi sel- β , defek genetik pada kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas (seperti fibrosis kistik dan pankreatitis), penyakit metabolik endokrin, infeksi, sindrom genetik lain dan karena disebabkan oleh obat atau kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ) (Smeltzer dan Bare, 2015).

d. DM gestasional

DM ini merupakan DM yang didiagnosis selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan.

Terjadi pada 2-5% semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

5. Manifestasi Klinis

Adanya penyakit diabetes mellitus ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita. Manifestasi klinis Diabetes Melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) jika melewati ambang ginjal untuk ekskresi glukosa yaitu ± 180 mg/dl serta timbulnya rasa haus (polidipsia). Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori (Price dan Wilson, 2012).

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, turunnya berat badan, polifagia, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pengobatan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya penderita peka terhadap insulin. Sebaliknya pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan

somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolut namun hanya relatif. Sejumlah insulin tetap disekresi dan masih cukup untuk mnenghambat ketoasidosis (Price dan Wilson, 2012).

Gejala dan tanda-tanda DM dapat digolongkan menjadi 2 yaitu gejala akut dan gejala kronik (PERKENI, 2015) :

a. Gejala akut penyakit DM

Gejala penyakit DM bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (poli) yaitu banyak makan (poliphagi), banyak minum (polidipsi), dan banyak kencing (poliuri). Keadaan tersebut, jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual (PERKENI, 2015).

b. Gejala kronik penyakit DM

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM adalah kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa tebal di kulit, kram, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering ganti kacamata, gatal di sekitar kemaluan terutama pada wanita, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun, dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam

kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg (PERKENI, 2015).

6. Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada pasien DM tipe 2 akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi DM tipe 2 terbagi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu: komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzer dan Bare, 2015 ; PERKENI, 2015).

a. Komplikasi akut

- 1) Ketoasidosis diabetik (KAD), merupakan komplikasi akut DM yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/mL) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKENI, 2015).
- 2) Hiperosmolar non ketotik (HNK) pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKENI, 2015).
- 3) Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah mg/dL. Pasien DM yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Gejala hipoglikemia terdiri dari berdebar-debar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan kesadaran menurun sampai koma (PERKENI, 2015).

b. Komplikasi kronik

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien DM saat ini sejalan dengan penderita DM yang bertahan hidup lebih lama. Penyakit DM yang tidak terkontrol dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronik.

Kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari :

1. Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular pada DM terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak ateroma. Makroangiopati tidak spesifik pada DM namun dapat timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan lebih serius. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita DM meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungan dengan kontrol kadar gula darah yang baik. Tetapitelah terbukti secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia merupakan suatu faktor resiko mortalitas kardiovaskular dimana peninggian kadar insulin dapat menyebabkan terjadinya risiko kardiovaskular menjadi semakin tinggi. Kadar insulin puasa > 15 mU/mL akanmeningkatkan risiko mortalitas koroner sebesar 5 kali lipat. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain adalah pembuluh darah jantung atau penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah.

Hiperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskular (Smeltzer dan Bare, 2015).

2. Komplikasi mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Retinopati diabetik dibagi dalam 2 kelompok, yaitu retinopati non proliferasif dan retinopati proliferasif. Retinopati non proliferasif merupakan stadium awal dengan ditandai adanya mikroaneurisma, sedangkan retinopati proliferasif, ditandai dengan adanya pertumbuhan pembuluh darah kapiler, jaringan ikat dan adanya hipoksia retina. Seterusnya, nefropati diabetik adalah gangguan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyaring darah. Nefropati diabetik ditandai dengan adanya proteinuria persisten ($>0,5$ gr/24 jam), terdapat retinopati dan hipertensi. Kerusakan ginjal yang spesifik pada DM mengakibatkan perubahan fungsi penyaring, sehingga molekul-molekul besar seperti protein dapat masuk ke dalam kemih (albuminuria). Akibat dari nefropati diabetik tersebut dapat menyebabkan kegagalan ginjal progresif dan upaya preventif pada nefropati adalah kontrol metabolisme dan kontrol tekanan darah (Smeltzer dan Bare, 2015).

3. Neuropati

Diabetes neuropati adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat DM. Komplikasi yang tersering dan paling penting adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu ke bagian tangan. Neuropati berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang sering dirasakan adalah kaki terasa terbakar dan bergetar sendiri, dan lebih terasa sakit di malam hari. Setelah diagnosis DM ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya polineuropatidistal. Apabila ditemukan adanya polineuropati distal, perawatan kaki yang memadai akan menurunkan risiko amputasi. Semua penyandang DM yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki (PERKENI, 2015).

7. Penatalaksanaan

Menurut Brunner & Suddarth (2015), tujuan utama terapi Diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi Komplikasi Vaskuler serta Neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe Diabetes Melitus adalah mencapai kadar glukosa darah normal. Ada 5 komponen dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus :

a. Diet yang tepat

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan Diabetes Melitus. Menurut Departemen Kesehatan RI menetapkan bahwa kebutuhan kalori individu sebesar 2000 kalori/hari.

Tabel 2. Pembagian Makanan Sehari Pasien DM dan Nilai Gizi (Dalam Satuan Penukaran)

Energi (kkal)	1100	1300	1500	1700	1900	2100	2300	2500
Pagi								
nasi	½ gls	1 gls	1 gls	1 gls	1½ gls	1½ gls	1½ gls	2 gls
Ikan	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg
Tempe	-	-	½ ptg	½ ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg
Sayuran A	S	S	S	S	S	S	S	S
Minyak	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm
Pukul 10.00								
Buah	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh
Susu	-	-	-	-	-	-	1 gls	1 gls
Siang								
Nasi	1 gls	1 gls	2 gls	2 gls	2 gls	2½ gls	3 gls	3 gls
Daging	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg
Tempe	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg
Sayuran A	S	S	S	S	S	S	S	S
Sayuran B	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm
Buah	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh
Minyak	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm
Pukul 16.00								
Buah	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh
Malam								
Nasi	1 gls	1 gls	1 gls	2 gls	2 gls	2 gls	2½ gls	2½ gls
Ikan	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg
Tempe	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	1 ptg	2 ptg
Sayuran A	S	S	S	S	S	S	S	S
Sayuran B	1 gls	1 gls	1 gls	1 gls	1 gls	1 gls	1 gls	1 gls
Buah	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh	1 bh
Minyak	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm	1 sdm
Nilai Gizi								
Energi (Kkal)	1100	1300	1500	1700	1900	2100	2300	2500
Protein (gr)	43	45	51,1	55,5	60	62	73	80
Lemak (gr)	30	35	36,5	36,5	48	53	59	62
Karbohidrat (gr)	172	192	235	275	299	319	369	396

Sumber : Almatsier, 2013)

Keterangan: S = Kehendak.

b. Latihan fisik

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan (resistance training) dapat meningkatkan lean body mass dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat (resting metabolic rate). Semua efek ini sangat bermanfaat pada Diabetes Melitus karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan ini juga akan mengubah kadar lemak darah yaitu, meningkatkan kadar HDL-Kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida. Semua manfaat ini sangat penting bagi penyandang Diabetes Melitus mengingat adanya peningkatan resiko untuk terkena penyakit kardiovaskuler pada Diabetes Melitus.

c. Pemantauan Kadar Glukosa Darah Secara Mandiri

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (SMBG, Self Monitoring of Blood Glucose) penderita diabetes melitus kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dengan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia dan berperan untuk menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan

mengurangi komplikasi diabetes melitus jangka panjang. Beberapa metode kini tersedia untuk melakukan pemantauan mandiri kadar glukosa darah. Kebanyakan metode tersebut mencakup pengambilan setetes darah dari ujung jari tangan, aplikasikan darah tersebut pada strip pereaksi khusus. Strip tersebut pertama-tama dimasukkan ke dalam alat pengukur sebelum darah ditempelkan pada strip. Setelah darah melekat pada strip, darah tersebut dibiarkan selama pelaksanaan tes. Alat pengukur akan memperlihatkan kadar glukosa darah dalam waktu yang singkat (kurang dari 1 menit).

d. Terapi obat oral atau insulin (jika diperlukan)

Menurut Rendy & Margareth (2012) pada individu sehat, sekresi insulin mengimbangi jumlah asupan makanan yang bermacam-macam dengan latihan fisik, sebaliknya, individu dengan Diabetes Melitus tidak mampu menyekresi jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa darah. Sebagai akibatnya, kadar glukosa meningkat tinggi sebagai respon terhadap makanan dan tetap tinggi dalam keadaan puasa.

e. Pendidikan kesehatan

Menurut Corwin (2009) pasien diabetes melitus relatif dapat hidup normal asalkan mereka mengetahui dengan baik keadaan dan cara penatalaksanaan penyakit yang dideritanya. Menurut Prince dan Wilson (2006) mereka dapat belajar menyuntikkan insulin sendiri, memantau kadar glukosa darah mereka dan memanfaatkan informasi

untuk mengatur dosis insulin serta merencanakan diet serta latihan sedemikian rupa sehingga dapat mengurangi hiperglikemia atau hipoglikemia. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan kampanye makanan sehat dan penyuluhan bahaya Diabetes Melitus. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyakit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Upaya pencegahan ini memberikan memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada pasien Diabetes Melitus tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan dan pengelolaan diabetes melitus termasuk di dalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri (kepercayaan pada kemampuan diri sendiri) (Brunner & Suddarth, 2015).

8. Pencegahan Diabetes Melitus

Pencegahan penyakit diabetes melitus tipe 2 terutama ditujukan kepada orang-orang yang memiliki risiko untuk menderita DM tipe 2. Tujuannya adalah untuk memperlambat timbulnya DM tipe 2, menjaga fungsi sel penghasil insulin di pankreas, dan mencegah atau memperlambat munculnya gangguan pada jantung dan pembuluh darah. Faktor risiko DM tipe 2 dibedakan menjadi faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Usaha pencegahan dilakukan dengan mengurangi risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi contohnya ras dan etnik, riwayat anggota keluarga menderita DM, usia >45 tahun, riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional (DMG), dan riwayat lahir dengan berat badan rendah, kurang dari 2,5 kg. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi contohnya berat badan berlebih, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi ($> 140/90$ mmHg), gangguan profil lipid dalam darah (HDL < 35 mg/dL dan atau trigliserida > 250 mg/dL, dan diet tak sehat tinggi gula dan rendah serat. Pencegahan DM juga harus dilakukan oleh pasien-pasien prediabetes yakni mereka yang mengalami intoleransi glukosa (GDPP dan TGT) dan berisiko tinggi menderita DM tipe 2.

Pencegahan DM tipe 2 pada orang-orang yang berisiko pada prinsipnya adalah dengan mengubah gaya hidup yang meliputi olah raga, penurunan berat badan, dan pengaturan pola makan. Berdasarkan analisis

terhadap sekelompok orang dengan perubahan gaya hidup intensif, pencegahan diabetes paling berhubungan dengan penurunan berat badan. Menurut penelitian, penurunan berat badan 5-10% dapat mencegah atau memperlambat munculnya DM tipe 2. Dianjurkan pula melakukan pola makan yang sehat, yakni terdiri dari karbohidrat kompleks, mengandung sedikit lemak jenuh dan tinggi serat larut. Asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal.

Aktivitas fisik harus ditingkatkan dengan berolahraga rutin, minimal 150 menit perminggu, dibagi 3-4 kali seminggu. Olahraga dapat memperbaiki resistensi insulin yang terjadi pada pasien prediabetes, meningkatkan kadar HDL (kolesterol baik), dan membantu mencapai berat badan ideal. Selain olah raga, dianjurkan juga lebih aktif saat beraktivitas sehari-hari, misalnya dengan memilih menggunakan tangga dari pada elevator, berjalan kaki ke pasar daripada menggunakan mobil dan Merokok, walaupun tidak secara langsung menimbulkan intoleransi glukosa, dapat memperberat komplikasi kardiovaskular dari intoleransi glukosa dan DM tipe 2. Oleh karena itu, pasien juga dianjurkan berhenti merokok.

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan yang saling ketergantungan

(Departemen Kesehatan RI, 2014). Keluarga adalah suatu ikatan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan hukum dan undang-undang perkawinan yang sah hidup bersama dalam keterikatan aturan dari keluarga. Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari keluarga (Friedman, 2013).

2. Tipe atau Bentuk Keluarga

Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2013) ada dua tipe keluarga yaitu :

a. Tradisional.

1) The Nuclear Family

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

2) The Dyad Family

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

3) Keluarga Usila

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

4) The Childless Family.

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

5) The Extended Family.

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek nenek) dan keponakan.

6) Commuter Family.

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bias berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir pekan atau pada waktu-waktu tertentu.

7) The Single Parent Family.

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.

8) Multigenerational Family. Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

9) Kin-network Family.

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh : Dapur, kamar mandi, telepon dan lain-lain.

10) Blended Family.

Duda atau janda karena perceraian yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau hasil perkawinan sebelumnya.

11) The Single Adult Family. Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti : perceraian atau ditinggal mati.

b. Non Tradisional

1) The Unmarried Teenage Mother

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) The Step-parent Family

Keluarga dengan orang tua tiri.

3) Commune Family

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah. Sosialisasi anak dengan aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4) The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) Gay and Lesbian Family

Seseorang yang mempunyai persamaan orientasi seksual hidup bersama 9 sebagaimana marital partners

6) Cohabiting Family

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) Group Network Family

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

8) Foster Family

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara sementara waktu, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

3. Struktur Keluarga

Menurut Friedman (2013) menyatakan struktur keluarga antara lain:

a. Struktur Peran Keluarga

Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain yang menyangkut peran-peran tersebut.

b. Sistem Nilai dalam Keluarga

Nilai-nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, sikap dan kepercayaan tentang nilai suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar atau tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim.

c. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

d. Struktur Kekuasaan dalam Keluarga

Kekuasaan keluarga sebagai sebuah karakteristik dari sistem keluarga adalah kemampuan, baik potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga.

4. Fungsi Keluarga

Menurut Allender & Spardley (2012), fungsi keluarga adalah :

a) Affection

- 1) Menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan.
- 2) Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual.
- 3) Menambah anggota baru.

b) Security and Acceptance

- 1) Mempertahankan kebutuhan fisik.
- 2) Menerima individu sebagai anggota.

c) Identity and Satisfaction

- 1) Mempertahankan motivasi.
- 2) Mengembangkan peran dan self-image.

d) Affiliation and companionship

- 1) Mengembangkan pola komunikasi.
- 2) Mempertahankan hubungan yang harmonis.

e) Sosialization

- 1) Mengenal kultur (nilai dan perilaku).
- 2) Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal.
- 3) Melepas anggota.

f) Controls

- 1) Mempertahankan kontrol sosial.
- 2) Adanya pembagian kerja.
- 3) Penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada.

5. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Menurut Friedman (2013) tahap dan tugas perkembangan keluarga dibagi menjadi :

a) Tahap I : Keluarga Pemula

- 1) Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- 3) Keluarga berencana (keputusan kedudukan sebagai orangtua).

b) Tahap II : Keluarga Sedang Mengasuh Anak

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga).
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- 4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran-peran orangtua dan kakek-nenek.

c) Tahap III : Keluarga dengan Anak Usia Pra Sekolah

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan.
- 2) Mensosialisasikan anak.

- 3) Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas).
- d) Tahap IV : Keluarga dengan Anak Usia Sekolah
- 1) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
 - 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
 - 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
- e) Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja
- 1) Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
 - 2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
 - 3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak.
- f) Tahap VI : Keluarga yang Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda
- 1) Memperluas siklus keluarga dengan memuaskan anggota keluarga yang baru didapatkan melalui perkawinan anak-anak.
 - 2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
 - 3) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.

- g) Tahap VII : Keluarga dengan Orang Tua Usia Pertengahan
 - 1) Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan.
 - 2) Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak.
 - 3) Memperkokoh hubungan perkawinan.
- h) Tahap VIII : Keluarga dalam Masa Pensiun dan Lanjut Usia
 - 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
 - 2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
 - 3) Mempertahankan hubungan perkawinan.
 - 4) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
 - 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
 - 6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan yang saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 2014).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan data/informasi secara terus-menerus tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga (Gusti, 2013).

a. Pengkajian Umum

Menurut Susanto (2012) pengkajian pada keluarga sebagai berikut :

1) Data umum

- a) Identitas : Pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan genogram.
- b) Komposisi Keluarga : Dikaji tentang daftar anggota keluarga dan genogram.
- c) Tipe Keluarga : Pada tipe keluarga ini yang dikaji yaitu tentang jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan tipe tersebut.
- d) Suku Bangsa : Identifikasi budaya suku bangsa keluarga tersebut.
- e) Agama : Pada pengkajian ini yang perlu dikaji yaitu panutan keluarga tersebut dan bagaimana keluarga tersebut menjalankan ibadahnya.
- f) Status Sosial Ekonomi Keluarga : Pada status sosial ekonomi yang dikaji yaitu tentang pekerjaan, tempat kerja, dan penghasilan setiap anggota yang sudah bekerja, sumber penghasilan, berapa jumlah yang dihasilkan oleh setiap anggota keluarga yang bekerja.
- g) Aktivitas Rekreasi Keluarga : Dimana pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga pergi bersama ketempat rekreasi.

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga (Susanto, 2012: 105).

- a) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini : Pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga saat ini, dan komunikasi antar keluarga tersebut, apakah ada pertengkaran perdebatan dan sebagainya antar keluarga.
 - b) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi : Pada tahap ini yang dikaji adalah tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum belum dilaksanakan secara optimal oleh keluarga.
 - c) Riwayat Keluarga Inti : Pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga inti, dan apa latar belakang sebelum menjalani sebuah keluarga.
 - d) Riwayat Keluarga Sebelumnya : Pada tahap ini yang dikaji adalah bagaimana keadaan keluarga sebelumnya, sampai keadaan sekarang.
- 3) Keadaan Lingkungan (Susanto, 2012: 114).
- a) Karakteristik Rumah : Pada tahap ini yang dikaji adalah letak posisi rumah pada denah perkampungan yg ditinggali 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 yang dikaji adalah letak daerah rumah keluarga.

- d) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Keluarga : Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang interaksi dengan tetangga, misalnya apakah keluarga mengikuti pengajian atau perkumpulan ibu-ibu rumah tangga lainnya ataupun kegiatan lainya.
- e) Sistem Pendukung Keluarga : Pada tahap ini dikaji adalah tentang kesulitan keuangan yang keluarga dapat diatasi dengan dukungan keluarga.

4) Struktur Keluarga (Gusti, 2013).

- a) Pola-Pola Komunikasi Keluarga : Menjelaskan cara komunikasi antar anggota keluarga, menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.
- b) Struktur Kekuatan Keluarga : Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambilan keputusan dalam pekerjaan tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan anak-anak. Model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan adalah membuat keputusan.
- c) Struktur dan Peran Keluarga : Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- d) Struktur Nilai atau Norma Keluarga : Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas.

5) Fungsi keluarga (Harnilawati, 2013: 09).

- a) Fungsi Afektif : Mengkaji diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepada keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- b) Fungsi Sosialisasi : Mengkaji tentang otonomi setiap anggota dalam keluarga, saling ketergantungan dalam keluarga, yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak. Fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.
- c) Fungsi Perawatan Kesehatan : Mengkaji tentang sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit.

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

a) Stesor Jangka Pendek & Panjang

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

Stesor jangka panjang : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stesor :

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stresor yang ada.

b) Strategi Koping yang Digunakan : Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

c) Strategi Adaptasi Disfungsional : Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah.

7) Pemeriksaan Fisik (Gusti, 2013).

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga metode ini sama dengan pemeriksaan fisik di klinik atau rumah sakit yang meliputi pemeriksaan head to toe dan pemeriksaan penunjang.

8) Harapan Keluarga : Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

b. Pengkajian Fokus Diabetes Melitus (Purwanto, 2016).

1) Aktifitas Istirahat

Gejala : Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur/istirahat.

Tanda : Takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, letargi/disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot.

2) Sirkulasi

Gejala : Adanya riwayat Hipertensi, klaudikasi, kebas dan kesemutan pada ekstermitas, ulkus pada kaki, penyembuhan luka yang lama.

Tanda : Takikardia, perubahan tekanan darah postural, Hipertensi, nadi yang menurun atau tidak ada, distrimia, kulit panas, kering dan kemerahan, mata cekung.

3) Integritas Ego

Gejala : Stres, tergantung pada orang lain, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : Ansietas, peka rangsang.

4) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru atau berulang. Nyeri tekan abdomen.

Tanda: Urine encer, pucat, kuning : poliuria (dapat berkembang menjadi oliguria atau anuria jika terjadi hipovolemia berat). Urine berkabut, bau busuk (infeksi). Abdomen keras, adanya asites, bising usus lemah dan menurun, hiperaktif (diare).

5) Makanan/Cairan

Gejala : Hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari atau minggu, haus, penggunaan diaretik (tiazid).

Tanda : Kulit kering atau bersisik, turgor kulit jelek, kekakuan atau distensi abdomen, muntah. Pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah). Bau halitosis atau manis, bau buah (napas aseton).

6) Neurosensori

Gejala : Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan.

Tanda : Disorientasi, mengantuk, letargi, stupor atau koma (tahap lanjut). Gangguan memori (baru dan masa lalu), kacau mental, Refleks Tendon Dalam (RTD) menurun (koma). Aktivitas kejang (tahap lanjut dari DKA).

7) Nyeri Kenyamanan

Gejala : Abdomen yang tegang atau nyeri (sedang/berat).

Tanda : Wajah meringis dengan palpitasi : tampak sangat berhati-hati.

8) Keamanan

Gejala : Kulit kering, gatal, ulkus kulit.

Tanda : Demam, diaforesis, kulit rusak, lesi/ulserasi.

9) Pernafasan

Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tidak ada tanda sputum purulen (tergantung ada tidaknya infeksi).

Tanda : Demam, diaforesis, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak. Parestesia/paralisis otot termasuk otot-otot pernafasan.

10) Seksualitas

Gejala : Rabas vagina (cenderung infeksi).

Tanda : Masalah Impoten pada pria, kesulitan orgasme pada wanita.

11) Penyuluhan atau Pembelajaran

Gejala : Faktor resiko keluarga : Diabetes Melitus, Penyakit Jantung, Stroke, Hipertensi, Febobarbital penyembuhan yang lambat. Penggunaan obat seperti steroid, diuretik (tiazid), dilantin dan dapat meningkatkan kadar glukosa darah.

2. Diagnosis Keperawatan Keluarga

a. Diagnosis Keperawatan.

Dari pengkajian asuhan keperawatan keluarga di atas maka diagnosis keperawatan keluarga yang mungkin muncul adalah :
(SDKI, 2017)

1. Ketidakstabilan Kadar Gula Darah (D.0027)
2. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
3. Gangguan integritas Kulit / Jaringan (D.0129)
4. Risiko Infeksi (D.0142)
5. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117)
6. Manajemen Kesehatan Keluarga tidak Efektif (D.0115)
7. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)
8. Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099)

b. Prioritas Masalah.

Diagnosis prioritas terlebih dahulu dilakukan perhitungan menurut skala Baylon dan Maglaya yang dikutip dalam Dion & Betan (2013) sebagai berikut :

Tabel 3. Prioritas masalah

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

Skoring :

- a. Menentukan skor setiap kriteria.
- b. Skor dibagi dengan angka tertentu dan dibagikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- c. Menjumlah skor untuk semua kriteria.
- d. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
Dx1 : Ketidakstabilan Kadar Gula Darah (D.0027)	Kestabilan Darah Meningkat (L.03022) Kriteria hasil : 1. Kadar glukosa darah : 180 mg/dL 2. Kesadaran Compos Mentis 3. Jarang mengantuk 4. Tidak pusing 5. Tidak mengalami lelah / lesu 6. Tidak memiliki keringat berlebih 7. Rasa haus normal	Manajemen Hiperglikemia (L.03115) Observasi - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) - Monitor kadar glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan - Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik - Edukasi - Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
Penyebab Hiperglikemia 1. Disfungsi Pankreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa		
Hipoglikemia 1. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral 2. Hiperinsulinemia (mis. insulinoma) 3. Endokrinopati (mis. kerusakan adrenal atau pituitari) 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal kronis 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan Neoplasma 8. Gangguan metabolik bawaan (mis. gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen)		

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu - Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan. - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
<p>Dx2 : Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperlikemia 2. Penurunan konsentrasi gemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan / atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam , imobilitas) 	<p>Perfusi Perifer Meningkat (L.02011) Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi : 60 – 80x/menit 2. Warna kulit tidak pucat 3. Tidak mengalami edema perifer 4. Kekuatan otot : 5 5. Tugor kulit normal (CRT < 2 detik) 	<p>PERAWATAN Sirkulasi (I.02079) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angle brachial index) - Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, DM dan kadar kolesterol tinggi) - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera - Lakukan pencegahan infeksi - Lakukan perawatan kaki dan kuku

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia)		<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi
8. Kurang aktivitas fisik.		<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berhenti merokok - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur - Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta - Anjurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)
		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan program rehabilitasi vaskuler - Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
		<p>MANAJEMEN SENSASI PERIFER (I. 06195)</p>
		<p>Observasi</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab perubahan sensasi
		<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian
		<ul style="list-style-type: none"> - Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul
		<ul style="list-style-type: none"> - Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin
		<ul style="list-style-type: none"> - Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor terjadinya parestesia, jika perlu
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor perubahan kulit
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena
		<p>Terapeutik</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan sunuhnya (terlalu panas atau dingin)
		<p>Edukasi</p>

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<p>Dx3 :Gangguan integritas Kulit / Jaringan (D.0129) Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perubahan sirkulasi ▪ Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) ▪ Kekurangan/kelebihan volume cairan ▪ Penurunan mobilitas ▪ Bahan kimia iritatif ▪ Suhu lingkungan yang ekstrem ▪ Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) ▪ Efek samping terapi radiasi ▪ Kelembaban ▪ Proses penuaan ▪ Neuropati perifer ▪ Perubahan pigmentasi ▪ Perubahan hormonal ▪ Kurang terpapar informasi tentang upaya memperthankan/melindungi integritas jaringan 	<p>Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat kerusakan lapisan kulit dan jaringan. 2. Tidak ada keluhan nyeri 3. Tidak ada pendarahan 4. Tidak terdapat hematoma 5. Tidak terdapat pigmentasi abnormal 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air - Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak - Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu</i>
<p>Dx3 :Gangguan integritas Kulit / Jaringan (D.0129) Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perubahan sirkulasi ▪ Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) ▪ Kekurangan/kelebihan volume cairan ▪ Penurunan mobilitas ▪ Bahan kimia iritatif ▪ Suhu lingkungan yang ekstrem ▪ Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) ▪ Efek samping terapi radiasi ▪ Kelembaban ▪ Proses penuaan ▪ Neuropati perifer ▪ Perubahan pigmentasi ▪ Perubahan hormonal ▪ Kurang terpapar informasi tentang upaya memperthankan/melindungi integritas jaringan 	<p>Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat kerusakan lapisan kulit dan jaringan. 2. Tidak ada keluhan nyeri 3. Tidak ada pendarahan 4. Tidak terdapat hematoma 5. Tidak terdapat pigmentasi abnormal 	<p>PERAWATAN INTEGRITAS KULIT (I.11353) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrime - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah <p>PERAWATAN LUKA(I.14564) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis: drainase,warna,ukuran,bau - Monitor tanda –tanda inveksi

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu - Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berika salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahan kan teknik seteril saat perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien - Berika diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A,vitamin C,Zinc,Asam amino),sesuai indikasi - Berikan terapi TENS(Stimulasi syaraf transkutaneous),<i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tandan dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur debridement(mis: enzimatik biologis mekanis,autolitik), jika perlu - Kolaborasi pemberian antibiotik,<i>jika perlu</i>
<p>Dx. 4 : Resiko Infeksi (D.0142) Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit Kronis 2. Efek prosedur Infasif 	<p>Tingkat Infeksi menurun (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Therapeutik</p>

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gangguan peristaltik ▪ Kerusakan integritas kulit ▪ Perubahan sekresi PH ▪ Penurunan kerja siliaris ▪ Ketuban pecah lama ▪ Ketuban pecah sebelum waktunya ▪ Merokok ▪ Statis cairan tubuh 	5. Bengkak menurun	<ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko Edukasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tanda dan gejala infeksi ▪ Ajarkan cara mencuci tangan dnegan benar ▪ Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi ▪ Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan <p>Perawatan Luka (1.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor Karakteristik luka (warna, ukuran, bau, drainase) ▪ Monitor tanda-tanda infeksi <p>Therapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lepaskan balutan dan plesterer secara perlahan ▪ Bersihkan dengan cairan NaCl/ Pembersih non toksik sesuai kebutuhan ▪ Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu ▪ Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka ▪ Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein ▪ Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penuruna Hemoglobin ▪ Imunosupresi ▪ Leukopenia ▪ Supresi Respon Inflamasi ▪ Faksinasi tidak adekuat 	<p>Pemeliharaan Kesehatan (L.12106)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan perilaku adaptif meningkat. - Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat. 	<p>Edukasi Kesehatan (1.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya
<p>Dx. 5 : Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif (D.0117)</p>	<p>Pemeliharaan Kesehatan (L.12106)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan perilaku adaptif meningkat. - Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat. 	<p>Edukasi Kesehatan (1.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya

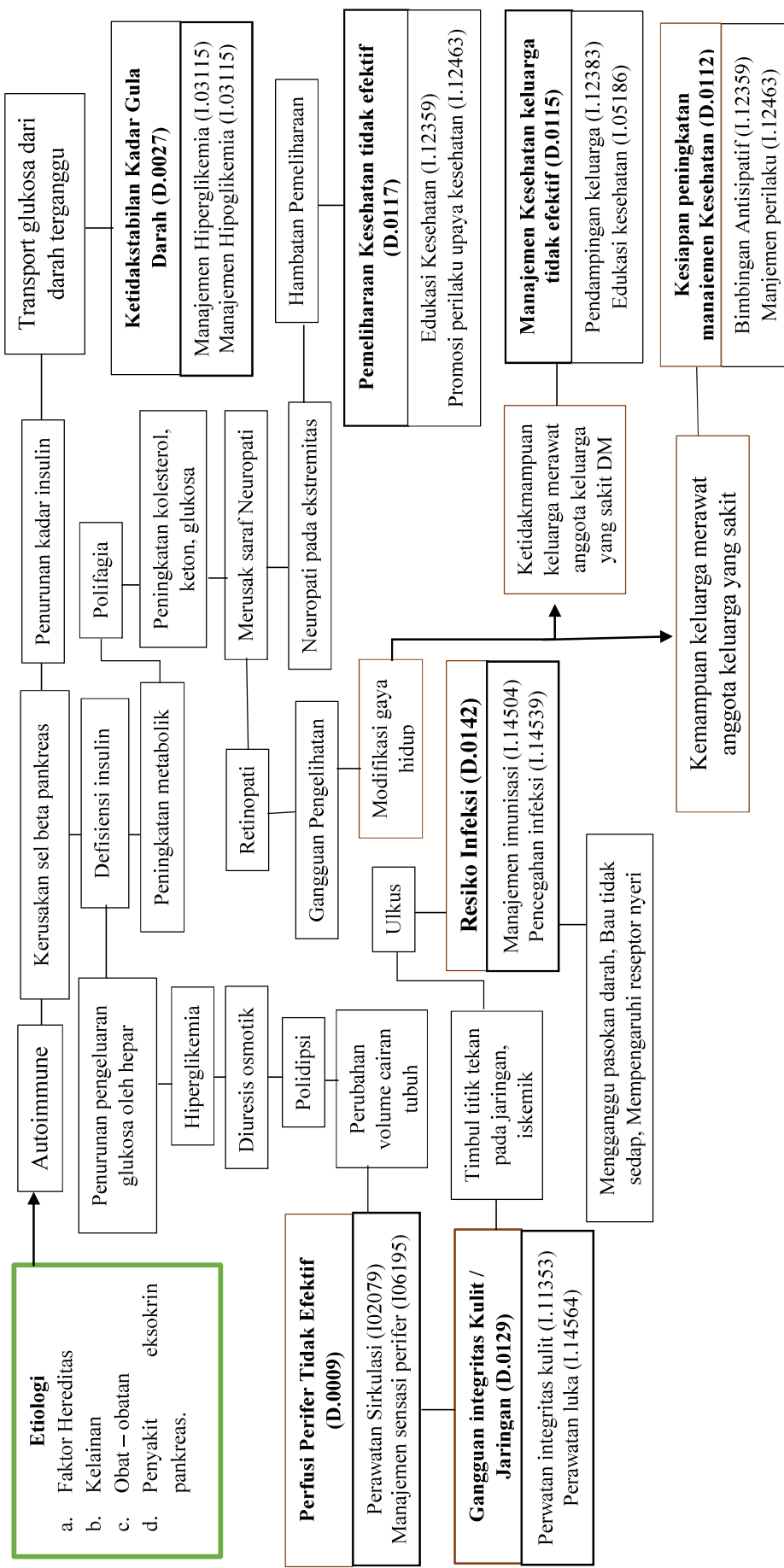
Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat. - Perilaku mencari bantuan meningkat. - Menunjukkan minat meningkatkan perilaku meningkat. - Memiliki sistem pendukung meningkat. 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan. - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Kontrak Perilaku Positif (I.09282)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan mental dan kognitif untuk membuat kontrak - Identifikasi cara dan sumberdaya terbaik untuk mencapai tujuan - Identifikasi hambatan dalam menerapkan perilaku positif - Monitor pelaksanaan perilaku ketidaksiaraan dan kurang komitmen untuk memenuhi kontrak <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan yang terbuka untuk membuat kontrak perilaku - Fasilitasi pembuatan kontrak tertulis - Diskusikan perilaku Kesehatan yang ingin diubah - Diskusikan tujuan positif jangka panjang dan jangka pendek yang realistis dan dapat dicapai - Diskusikan pengembangan rencana perilaku positif - Diskusikan cara pengamatan perilaku - Diskusikan tujuan positif dalam pemeliharaan Kesehatan yang efektif. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan anggota keluarga dalam pemeliharaan 	<p>Dx. 6 : Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)</p> <p>Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif (L.12105)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan masalah - Kesehatan yang dialami meningkat.
<p>Dx. 6 : Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)</p>	<p>Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif (L.12105)</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan masalah - Kesehatan yang dialami meningkat. 	<p>Dukungan koping keluarga (I.09260)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini - Identifikasi beban prognosis secara psikologis - Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang - Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas keluarga mengatasi masalah Kesehatan tepat meningkat. - Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat. - Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun. - Gejala penyakit anggota keluarga menurun. 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga - Terima nilai-nilai keluarga - dengan cara yang tidak menghakimi - Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif - Harga dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan - Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga. - Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka - Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan kepuasan perawatan pasien. - Harga dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan - Bersikap sebagai pengganti keluarga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan kemajuan pasien secara berkala - Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia - Kolaborasi - Rujuk untuk terapi keluarga 	<p>Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan - Identifikasi konsekuensi tidak melakukan Tindakan Bersama keluarga - Identifikasi sumber – sumber yang dimiliki keluarga - Identifikasi tindakan yang dilakukan keluarga <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan - Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga - Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga - Anjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<p>Dx. 7 : Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)</p>	<p>Manajemen Kesehatan (L.12104) Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Tindakan untuk mengurangi faktor resiko menurun. - Menerapkan program perawatan menurun. - Aktivitas hidup sehat – hari efektif memenuhi tujuan Kesehatan menurun. - Vebalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan / pengobatan meningkat.. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarikan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga <p>Bimbingan antispatif (I.12359) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi metode penyelesaian masalah yang bisa digunakan - Identifikasi kemungkinan perkembangan atau krisis situasional yang akan terjadi serta dampak pada individu dan keluarga <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi memutuskan bagaimana masalah akan diselesaikan - Fasilitasi memutuskan siapa yang akan dilibatkan dalam menyelesaikan masalah - Gunakan contoh kasus untuk meningkatkan keterampilan menyelesaikan masalah - Fasilitasi mengidentifikasi sumber daya yang tersedia - Fasilitasi menyesuaikan diri dengan perubahan peran - Jadwalkan kurjungan pada setiap tahap perkembangan atau sesuai kebutuhan - Jadwalkan tindak lanjut untuk memantau atau memberi dukungan - Berikan nomor kontak yang dapat dihubungi, jika perlu - Berikan referensi baik cetak ataupun elektronik (mis, materi Pendidikan, pamphlet) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan perkembangan dan perilaku normal - Informasikan harapan yang realistis terkait perilaku pasien - Latih teknik koping yang dibutuhkan untuk mengatasi perkembangan atau krisis situasional <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk ke Lembaga pelayanan masyarakat, jika perl <p>Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
Dx. 8 : Perilaku kesehatan cenderung beresiko (D.0099)	<p>Perilaku Kesehatan (L.12107) Ekspektasi : membaik Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan terhadap perubahan status kesehatan meningkat. 2. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat 3. Kemampuan peningkatan kesehatan meningkat. 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan. - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup
Dx. 8 : Perilaku upaya kesehatan (L.12472)	<p>Promosi perilaku upaya kesehatan (L.12472) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat di tingkatkan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan - Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan air bersih - Anjurkan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun - Anjurkan menggunakan jamban sehat - Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari. - Anjurkan tidak merokok di dalam rumah. 	

D. WOC (Web of Causation)



Gambar 2. Web Of Causation Keluarga dengan DM