

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus

1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang manifestasi utamanya adalah kondisi hiperglikemia. Secara lebih luas, diabetes dipahami sebagai gangguan kesehatan kronis di mana tubuh kehilangan kemampuan untuk menggunakan insulin secara efektif dalam mengatur kadar gula darah. Kondisi ini berkaitan erat dengan adanya penurunan fungsi organ pankreas dalam memproduksi hormon insulin yang dibutuhkan oleh tubuh (American Diabetes Association, 2025).

Secara global, DM telah ditetapkan sebagai ancaman kesehatan masyarakat yang sangat serius di abad ke-21. Data dari *International Diabetes Federation* (IDF, 2026) menunjukkan adanya tren peningkatan jumlah penderita DM yang sangat signifikan di berbagai belahan dunia setiap tahunnya. Fenomena ini tidak hanya berdampak pada aspek klinis, tetapi juga menempatkan DM sebagai salah satu penyebab utama kematian dini dan disabilitas tingkat global yang memicu beban sosial serta ekonomi yang besar. Kondisi serupa juga terjadi di tingkat nasional, di mana prevalensi DM di Indonesia terus menunjukkan grafik peningkatan yang mengkhawatirkan (IDF, 2026).

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI, prevalensi DM pada penduduk usia 15 tahun telah mencapai angka 2,0%. Angka ini menunjukkan kenaikan yang cukup tajam jika dibandingkan dengan data periode sebelumnya (Riskesdas 2018) yang berada di angka 1,5% (Kemenkes RI, 2023).

2. Etiologi

Faktor-Faktor Penyebab menurut (Tandra, 2017) :

a. Keturunan (Genetik)

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan DM tipe 2 mempunyai peluang menderita penyakit yang sama sebesar 15%. Faktor genetik ini dapat langsung memengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya dalam mengenali serta menyebarkan rangsang sekretoris insulin (Tandra, 2017).

b. Obesitas

Kelebihan berat badan 20% dari berat badan ideal atau memiliki BMI 27 kg/m^2 merupakan pemicu utama diabetes. Kondisi kegemukan ini mengakibatkan berkurangnya jumlah reseptor insulin yang bekerja di dalam sel pada otot skeletal dan jaringan lemak (Tandra, 2017).

c. Usia

Risiko menderita Diabetes Melitus tipe 2 meningkat secara signifikan pada individu yang telah memasuki usia di atas 30 tahun. Hal

ini berkaitan erat dengan adanya perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia di dalam tubuh seiring bertambahnya usia (Tandra, 2017).

d. Tekanan Darah (Hipertensi)

Seseorang dengan tekanan darah 140/90 mmHg memiliki risiko tinggi menderita DM. Jika hipertensi tidak dikelola dengan baik, maka akan mempercepat kerusakan pada ginjal serta memicu kelainan kardiovaskular (Tandra, 2017).

e. Aktivitas Fisik

Kurangnya olahraga atau aktivitas fisik mengakibatkan zat makanan yang masuk ke tubuh tidak dibakar secara optimal, melainkan ditimbun sebagai lemak dan gula. Sebaliknya, aktivitas fisik yang rutin dapat membantu meningkatkan kadar insulin sehingga kadar gula dalam darah dapat berkurang (Tandra, 2017).

3. Patofisiologi

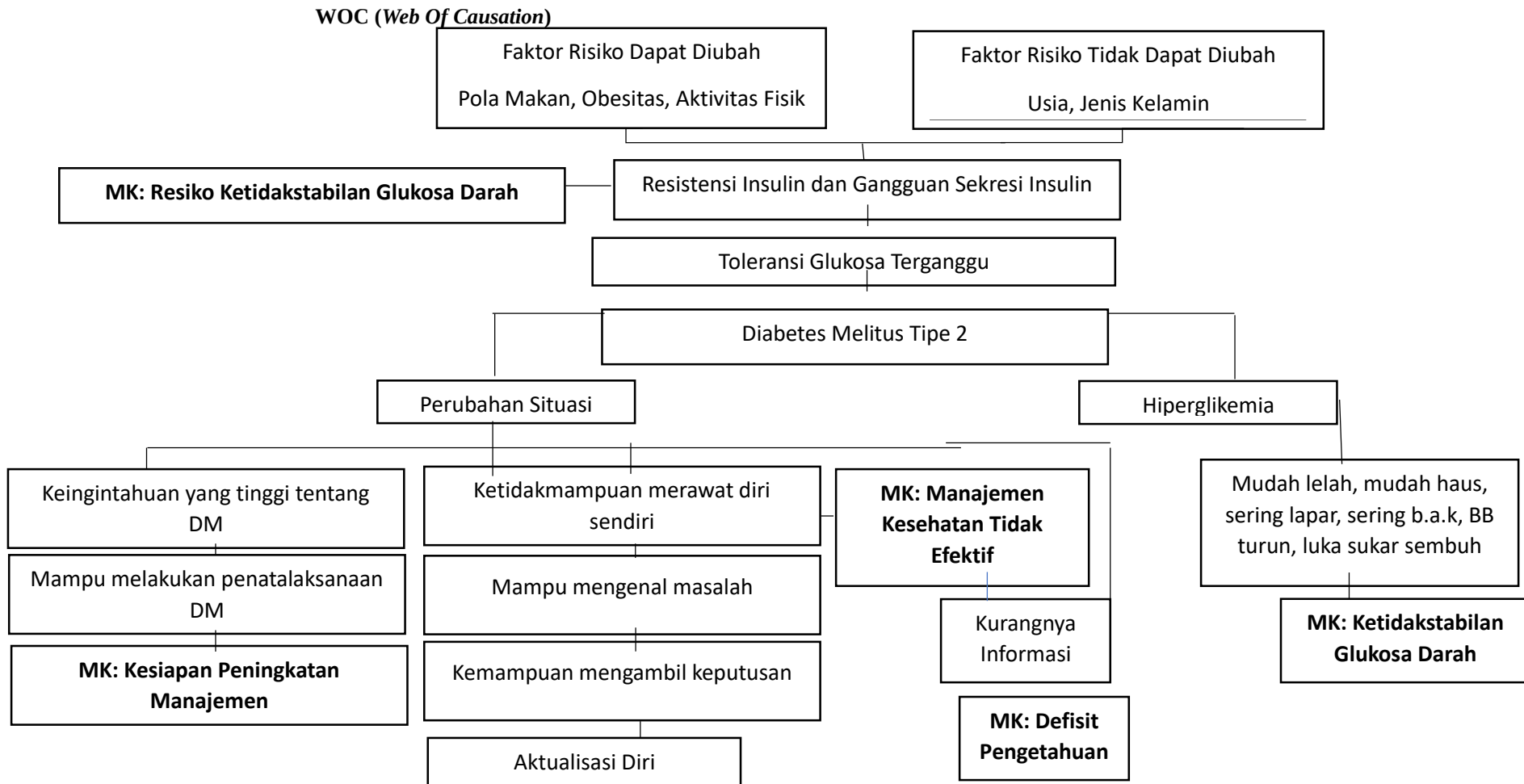
Diabetes Melitus tipe 2 (DMT2) secara patofisiologis berpusat pada kondisi resistensi insulin, yaitu suatu keadaan di mana terjadi kegagalan respons biologis jaringan target terhadap aktivitas insulin, baik pada organ hati maupun jaringan perifer. Secara klinis, pasien dengan DMT2 menunjukkan penurunan sensitivitas reseptor insulin terhadap fluktuasi kadar glukosa darah, yang secara sistemik memicu peningkatan produksi glukosa endogen oleh hati. Kondisi ini diperparah oleh ketidakmampuan

jaringan adiposa dan otot rangka untuk melakukan ambilan glukosa (*glucose uptake*) secara efektif dari sirkulasi darah (Dewi, 2021).

Perkembangan penyakit ini merupakan hasil dari interaksi kompleks antara resistensi insulin perifer dan kegagalan fungsi sel beta pankreas dalam mensekresi insulin secara adekuat, yang dikenal sebagai defisiensi insulin relatif. Patogenesis tersebut dipengaruhi oleh multifaktor, termasuk predisposisi genetik, pola hidup sedenter, serta diet tinggi kalori yang memicu obesitas sebagai faktor risiko utama. Pada tahap awal, tubuh berupaya melakukan kompensasi, namun kombinasi antara resistensi insulin yang persisten dan gangguan sekresi insulin akhirnya menyebabkan kegagalan toleransi glukosa. Manifestasi akhir dari gangguan metabolik ini adalah kondisi hiperglikemia kronis yang menjadi karakteristik utama dari Diabetes Melitus tipe 2 (Dewi, 2021).

4. Pathway

Gambar 2. 1 Pathway Diabetes Mellitus Tipe 2



5. Klasifikasi

Klasifikasi DM menurut Tandra (2017) terbagi menjadi beberapa kategori utama berdasarkan etiologi dan mekanisme patofisiologinya, yaitu:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Kondisi ini karakteristik utamanya adalah destruksi sel beta pankreas yang masif. Tipe ini diklasifikasikan lebih lanjut menjadi dua sub tipe: Tipe 1A yang dimediasi oleh proses imunologi (*immune-mediated diabetes*) melalui serangan autoimun terhadap sel beta, dan Tipe 1B atau diabetes idiopatik yang penyebab destruksinya tidak diketahui secara pasti. Secara klinis, Diabetes Tipe 1 merupakan gangguan katabolisme yang ditandai dengan defisiensi insulin absolut, hiperglikemia signifikan, serta peningkatan pemecahan cadangan lemak dan protein tubuh sebagai kompensasi energy (Tandra, 2017).

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Pada varian ini, pankreas umumnya masih memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup untuk mencegah terjadinya ketoasidosis, namun kuantitas tersebut tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh secara keseluruhan. Pada fase awal, sel beta pankreas melakukan mekanisme kompensasi bahkan hingga tahap overkompensasi, yang memicu kondisi hiperinsulinemia demi mempertahankan kadar glukosa darah tetap normal. Namun, aktivitas kompensasi yang berlangsung secara kronis ini lambat laun menyebabkan kelelahan sel beta pankreas (*cell*

exhaustion), yang berujung pada penurunan sekresi insulin secara absolut. Interaksi antara resistensi insulin dan penurunan fungsi sel beta inilah yang menyebabkan eskalasi kadar glukosa darah secara progresif (Tandra, 2017).

c. Diabetes Tipe Lain

Kategori ini mencakup berbagai gangguan endokrin spesifik yang memicu manifestasi hiperglikemia. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh adanya peningkatan produksi glukosa oleh organ hati secara abnormal atau adanya hambatan pada efektivitas penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh akibat faktor sekunder di luar mekanisme utama tipe 1 dan tipe 2 (Tandra, 2017).

6. Manifestasi Klinis

Gejala klinis DM menurut Kementerian Kesehatan RI (2019) dapat diidentifikasi melalui sejumlah manifestasi metabolik dan fisik yang muncul akibat hiperglikemia kronis. Gejala klasik yang sering ditemukan meliputi poliuria atau peningkatan frekuensi buang air kecil, terutama pada malam hari, serta polidipsia atau munculnya rasa haus yang berlebihan sebagai kompensasi tubuh terhadap hilangnya cairan. Selain itu, pasien kerap mengalami penurunan berat badan secara signifikan tanpa penyebab yang jelas, yang sering kali disertai dengan polifagia atau rasa lapar yang terus-menerus akibat ketidakmampuan sel untuk menyerap glukosa sebagai sumber energi (Kemenkes RI, 2019).

Selain gejala klasik tersebut, DM juga bermanifestasi pada berbagai sistem organ lainnya. Pasien sering kali mengeluhkan masalah pada kulit, proses penyembuhan luka yang berjalan lambat, serta kerentanan terhadap infeksi, terutama infeksi jamur dan iritasi pada area genitalia. Gangguan pada sistem saraf dan sensorik juga sering muncul, yang ditandai dengan pandangan kabur akibat perubahan osmotik pada lensa mata, serta munculnya sensasi kesemutan atau mati rasa (parestesia) pada ekstremitas sebagai indikasi awal adanya gangguan pada saraf perifer. Keseluruhan gejala ini merupakan indikator penting dalam penegakan diagnosis dini dan manajemen komplikasi lebih lanjut (Kemenkes RI, 2019).

7. Komplikasi

Berdasarkan referensi jurnal dan literatur keperawatan, komplikasi DM secara garis besar dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu komplikasi akut (jangka pendek) dan komplikasi kronis (jangka panjang). Berikut adalah rincian pembagiannya:

a. Komplikasi Akut

Komplikasi ini terjadi secara mendadak dan memerlukan penanganan medis segera karena dapat mengancam jiwa. Secara klinis komplikasi akut meliputi: Hipoglikemia atau kadar gula darah yang terlalu rendah. Hiperglikemia Berat: Seperti *Ketoasidosis Diabetik* (KAD) atau *Hyperglycemic Hyperosmolar State* (HHS).

b. Komplikasi Kronis

Komplikasi kronis terjadi akibat paparan kadar glukosa darah yang tinggi dalam jangka waktu lama. Berdasarkan sumber Rif'at, dkk (2023), komplikasi ini diklasifikasikan menjadi:

- a. Komplikasi Mikrovaskuler: Merupakan kerusakan pada pembuluh darah kecil yang meliputi kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan sistem ginjal (nefropati), dan kerusakan pada mata (retinopati).
- b. Komplikasi Makrovaskuler: Merupakan kerusakan pada pembuluh darah besar yang mencakup penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer (Rif'at et al., 2023).

8. Penatalaksanaan DM

Penatalaksanaan DM memerlukan pendekatan medis yang komprehensif, berkelanjutan, serta penguatan melalui pendidikan manajemen mandiri untuk mencegah komplikasi akut sekaligus meminimalisir risiko komplikasi kronis. Perawat memiliki peran strategis dalam memberikan pendidikan kesehatan guna meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mandiri pasien, salah satunya melalui metode *Diabetes Self Management Education and Support* (DSME). Secara umum, terapi DM bertujuan untuk menormalkan aktivitas insulin dan menstabilkan kadar glukosa darah dalam jangka panjang (Setyawati, 2018). Menurut Sayekti

(2020), terdapat empat pilar utama dalam penatalaksanaan DM yang meliputi:

1) Edukasi

Langkah awal ini bertujuan memberikan pemahaman mendalam bagi penyandang DM mengenai patofisiologi penyakit, pentingnya pengendalian kadar gula darah, serta risiko komplikasi yang mungkin timbul. Edukasi juga mencakup manajemen intervensi farmakologis, pemantauan glukosa darah mandiri, penanganan hipoglikemia, hingga pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui edukasi, diharapkan pasien memiliki kesadaran dan kepatuhan terhadap gaya hidup sehat, serta meyakini bahwa penyakit ini dapat dikendalikan dengan manajemen yang tepat (Sayekti, 2020).

2) Perencanaan Makan

Pengaturan nutrisi yang tepat merupakan komponen krusial dalam pengelolaan DM secara total. Diet seimbang dirancang untuk meringankan beban kerja insulin dalam mengonversi glukosa menjadi glikogen. Selain itu, perencanaan makan bertujuan untuk mengontrol parameter klinis seperti kadar gula darah, tekanan darah, profil lipid, dan pencapaian berat badan ideal tanpa mengabaikan aspek kenikmatan dalam mengonsumsi makanan (Sayekti, 2020).

3) Aktivitas Fisik

Latihan jasmani secara teratur, dengan frekuensi 3–4 kali seminggu selama minimal 30 menit, memiliki peran signifikan dalam menurunkan berat badan dan meningkatkan sensitivitas reseptor insulin dalam tubuh. Dengan meningkatnya sensitivitas insulin, pengendalian kadar glukosa menjadi lebih efektif. Namun, porsi aktivitas fisik harus diseimbangkan dengan asupan nutrisi dan penggunaan obat-obatan untuk mencegah terjadinya risiko hipoglikemia (Sayekti, 2020).

4) Terapi Farmakologis:

Intervensi farmakologis diimplementasikan secara simultan bersama dengan pengaturan pola makan dan aktivitas fisik yang konsisten. Terapi ini terdiri dari pemberian obat antihiperglikemik oral maupun penggunaan suntikan insulin, yang disesuaikan dengan kebutuhan klinis dan respon metabolik masing-masing penyandang diabetes (Sayekti, 2020).

Menurut PERKENI (2022) DSME menjadi bagian integral dalam penatalaksanaan DMT2 yang mencakup lima pilar utama, yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, aktivitas fisik, terapi farmakologis, dan pemantauan glukosa darah.

a. Edukasi

Edukasi merupakan dasar utama dalam pengelolaan DM. Edukasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai penyakit

diabetes, termasuk penyebab, gejala, komplikasi, serta cara pengelolaannya. Dengan adanya edukasi yang baik, pasien diharapkan mampu berperan aktif dalam mengontrol kadar glukosa darahnya (Perkeni, 2021).

Materi edukasi meliputi pemahaman tentang pola makan sehat, pentingnya aktivitas fisik, kepatuhan dalam penggunaan obat, serta pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri. Edukasi juga mencakup pengenalan tanda dan gejala hipoglikemia maupun hiperglikemia serta cara penanganannya. Edukasi yang dilakukan secara berkesinambungan terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan menurunkan risiko komplikasi diabetes mellitus (Perkeni, 2021).

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi nutrisi medis merupakan salah satu pilar penting dalam pengelolaan DM. Terapi ini bertujuan untuk membantu pasien mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah yang optimal melalui pengaturan pola makan. Prinsip utama terapi nutrisi medis pada pasien diabetes adalah pengaturan jumlah, jenis, dan jadwal makan (3J). Pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan dengan komposisi gizi seimbang, tinggi serat, serta membatasi asupan gula sederhana dan lemak jenuh. Penerapan terapi nutrisi medis yang tepat dapat membantu meningkatkan sensitivitas insulin, mengontrol berat badan, serta mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang (Perkeni, 2021).

c. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan komponen penting dalam pengelolaan diabetes melitus karena dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu menurunkan kadar glukosa darah. Aktivitas fisik juga berperan dalam menjaga berat badan ideal serta meningkatkan kebugaran tubuh secara keseluruhan (Perkeni, 2021).

Jenis aktivitas fisik yang dianjurkan bagi pasien diabetes melitus adalah olahraga aerobik seperti berjalan kaki, bersepeda, atau berenang dengan intensitas sedang, yang dilakukan secara teratur minimal 150 menit per minggu. Selain itu, aktivitas fisik juga dapat membantu mengurangi risiko penyakit kardiovaskular yang sering menyertai DMT2 (Perkeni, 2021).

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan apabila pengelolaan melalui perubahan gaya hidup belum mampu mencapai target kadar glukosa darah yang diharapkan. Terapi ini meliputi penggunaan obat antidiabetes oral maupun insulin. Pemilihan jenis obat disesuaikan dengan kondisi pasien, tingkat keparahan penyakit, serta adanya komplikasi atau penyakit penyerta. Terapi farmakologis bertujuan untuk mengontrol kadar glukosa darah, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Penggunaan obat harus dilakukan secara tepat dan teratur

sesuai anjuran tenaga kesehatan, serta disertai dengan pemantauan kadar glukosa darah secara berkala (Perkeni, 2021).

e. Pemantauan Glukosa Darah

Pemantauan glukosa darah merupakan bagian penting dalam pengelolaan DM. Pemantauan ini bertujuan untuk mengetahui kondisi kadar glukosa darah pasien serta mengevaluasi efektivitas terapi yang diberikan. Pemantauan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan alat glukometer maupun melalui pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah puasa, glukosa darah 2 jam postprandial, dan HbA1c. Dengan pemantauan yang teratur, pasien dapat mendeteksi secara dini adanya ketidakseimbangan kadar glukosa darah sehingga dapat segera dilakukan penyesuaian terapi guna mencegah komplikasi (Perkeni, 2021).

B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Manusia

Berdasarkan teori hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham H. Maslow, kebutuhan manusia diklasifikasikan secara bertingkat menjadi lima level utama: kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, mencintai dan dicintai, harga diri, serta aktualisasi diri (Hadori, 2017). Kebutuhan-kebutuhan ini bersifat mutlak dan krusial bagi setiap individu, terutama bagi pasien yang berada dalam kondisi sakit. Sebagai makhluk yang unik, manusia mencapai kepuasan ketika kebutuhan dasarnya terpenuhi. Dalam kondisi sehat, manusia cenderung mampu memenuhi kebutuhan tersebut secara mandiri, namun dalam kondisi sakit, bantuan eksternal sangat diperlukan untuk menjaga keseimbangan dan kelangsungan hidup (Aruan, 2020).

Dalam perspektif Maslow, setiap individu memiliki dorongan alami sejak lahir untuk mencapai aktualisasi diri (*self-actualization*). Namun, untuk mencapai tahap tertinggi ini, seseorang harus melewati pemenuhan hierarki kebutuhan dari tingkat yang paling mendasar (paling kuat) hingga tingkat yang lebih tinggi (lebih lemah). Prinsip utamanya adalah kebutuhan pada level yang lebih rendah harus terpenuhi secara relatif sebelum kebutuhan di atasnya menjadi motivator bagi perilaku individu. Kelima hierarki kebutuhan tersebut diuraikan sebagai beriku (McLeod, 2024).

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiological Needs*)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling fundamental dan mendesak, mencakup oksigen, air, nutrisi, regulasi suhu tubuh, dan eliminasi. Kebutuhan ini bersifat unik karena dapat terpenuhi sepenuhnya dan cenderung berulang secara periodik.

2. Kebutuhan Rasa Aman (*Safety Needs*)

Setelah aspek fisiologis terpenuhi, individu termotivasi untuk mencari rasa aman fisik, perlindungan, ketergantungan yang stabil, serta kebebasan dari ancaman seperti penyakit, bahaya, dan kecemasan. Hal ini juga mencakup kebutuhan akan struktur, hukum, dan aturan yang jelas.

3. Kebutuhan Mencintai dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan ini muncul dalam bentuk keinginan untuk bersahabat, memiliki pasangan, keturunan, serta menjadi bagian dari keluarga atau kelompok sosial. Kegagalan dalam memenuhi aspek ini sering kali menjadi pemicu utama gangguan emosional atau ketidakmampuan penyesuaian diri (*maladjustment*).

4. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Kebutuhan ini meliputi rasa percaya diri, kompetensi, serta pengakuan dan penghargaan dari orang lain yang memandang individu tersebut secara positif.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Self-Actualization Needs*)

Aktualisasi diri adalah tingkat perkembangan tertinggi di mana individu berusaha mewujudkan seluruh potensi dan bakatnya. Meskipun kebutuhan level rendah telah terpenuhi, perpindahan menuju aktualisasi diri tidak terjadi secara otomatis. Seseorang memerlukan *metamotivation* atau nilai-nilai pertumbuhan (*B-values*) untuk benar-benar mampu mengaktualisasikan dirinya secara penuh.

Aktualisasi diri merupakan suatu kebutuhan naluriah pada manusia untuk mengoptimalkan segala potensi yang dimiliki guna mencapai kemampuan terbaiknya. Menurut Maslow dalam Arianto (2009), aktualisasi diri didefinisikan sebagai sebuah proses untuk menjadi diri sendiri secara autentik serta upaya mengembangkan karakteristik psikologis dan potensi unik yang ada dalam diri individu. Proses pencapaian aktualisasi diri ini tidak bersifat statis, melainkan dipengaruhi secara signifikan oleh pengalaman hidup dan proses pembelajaran, terutama yang dialami sejak masa kanak-kanak.

Seiring dengan perjalanan perkembangan hidup seseorang, manifestasi aktualisasi diri akan terus mengalami transformasi. Saat memasuki fase remaja (*adolescence*), seseorang umumnya akan mengalami pergeseran orientasi aktualisasi diri, yang semula berfokus pada aspek fisiologis menjadi lebih dominan pada aspek psikologis (Arianto, 2009). Mengingat proses aktualisasi diri berlangsung sepanjang

hayat, maka dalam konteks asuhan keperawatan, perawat memiliki peran penting untuk memfasilitasi kebutuhan ini. Intervensi keperawatan harus berfokus pada pengidentifikasian kemampuan serta penyediaan kesempatan yang memadai bagi klien, sehingga mereka tetap mampu mengembangkan potensinya meskipun dalam kondisi sakit.

Individu yang telah mencapai tahap aktualisasi diri memiliki serangkaian karakteristik psikologis yang membedakannya dari individu dengan kepribadian sehat rata-rata. Menurut Maslow (2006) dan Hadori (2017), karakteristik ini mencakup aspek kognitif, emosional, hingga sosial yang bermanifestasi dalam perilaku sehari-hari sebagai berikut:

a. Persepsi Realitas yang Efisien dan Objektif

Individu yang teraktualisasi memiliki kemampuan untuk mengamati dunia, orang lain, dan berbagai fenomena (seni, politik, budaya) secara objektif tanpa prasangka. Mereka lebih nyaman dengan ketidakpastian dan ambiguitas, serta mampu mendefinisikan situasi sosial berdasarkan nilai-nilai yang relevan dan rasional (Hadori, 2017).

b. Penerimaan Diri, Orang Lain, dan Alam

Mereka menerima kekuatan maupun kelemahan diri tanpa rasa bersalah yang berlebihan. Sikap ini meluas menjadi toleransi yang tinggi terhadap orang lain, ditandai dengan sifat pemaaf (*forgiveness*) dan keramahan (*agreeableness*). Mereka tidak merasa terancam oleh

kelebihan orang lain dan tidak memiliki dorongan kompulsif untuk mengubah orang lain (Hadori, 2017).

c. Spontanitas, Kesederhanaan, dan Kealamian

Tingkah laku mereka bersifat terbuka, jujur, dan tanpa kepura-puraan. Meskipun spontan, mereka tetap bijaksana dalam menjaga perasaan orang lain. Namun, mereka tidak ragu untuk menentang norma sosial yang dianggap konvensional jika hal tersebut bersinggungan dengan prinsip etika yang penting (Hadori, 2017).

d. Fokus pada Masalah di Luar Diri (*Problem-Centering*)

Individu ini cenderung memiliki orientasi pada misi hidup atau pekerjaan yang melampaui kepentingan pribadi. Motivasi mereka bukan sekadar materi atau popularitas, melainkan upaya untuk menjawab tantangan dan mengembangkan potensi maksimal melalui tanggung jawab dan etika social (Hadori, 2017).

e. Kemandirian dan Kebutuhan akan Privasi

Terdapat kualitas pemisahan diri di mana individu merasa nyaman dalam kesendirian tanpa merasa kesepian. Mereka berfungsi secara otonom, tidak bergantung pada persetujuan lingkungan sosial untuk merasa puas, karena sumber kebahagiaan berasal dari dalam diri (*inner resources*) (Hadori, 2017).

f. Kesegaran Apresiasi yang Berkesinambungan

Mereka mampu menghargai pengalaman hidup yang sederhana secara berulang-ulang dengan rasa kagum dan syukur yang segar. Sikap ini menciptakan stabilitas emosional dan kepuasan hidup yang konstruktif (Hadori, 2017).

g. Pengalaman Puncak (*The Peak Experience*)

Individu sering mengalami momen ekstasi, kekaguman, atau transendensi yang mendalam. Maslow membedakan antara *peakers* (lebih mistis dan kreatif) dan *non-peakers* (lebih praktis dan efektif), namun keduanya tetap memiliki spiritualitas dan kasih sayang yang tinggi (Hadori, 2017).

h. Perasaan Sosial (*Gemeinschaftsgefühl*) dan Hubungan Interpersonal yang Mendalam

Meski terkadang merasa asing dengan perilaku manusia secara umum, mereka tetap memiliki rasa persaudaraan dan empati yang mendalam terhadap umat manusia. Hubungan interpersonal yang mereka jalin cenderung sangat intens dan berkualitas, meskipun jumlah sahabat dekatnya relatif sedikit (Hadori, 2017).

i. Struktur Karakter Demokratis

Mereka mampu belajar dari siapa saja tanpa memandang latar belakang sosial, ras, atau tingkat pendidikan. Sikap rendah hati ini

memungkinkan mereka untuk menghargai setiap individu sebagai sumber pengetahuan yang potensial (Hadori, 2017).

j. Kreativitas dan Resistensi terhadap Enkulturas

Kreativitas pada individu ini lebih merupakan suatu sikap hidup yang inovatif dan orisinal dalam bereaksi terhadap dunia. Selain itu, mereka menunjukkan resistensi terhadap enkulturasi, di mana mereka mampu mempertahankan otonomi batin dan tidak mudah terpengaruh oleh tekanan budaya atau sosial yang tidak sejalan dengan prinsip moral mereka (Hadori, 2017).

k. Dampak DM terhadap Pemenuhan Aktualisasi Diri

Diabetes Melitus (DM) bukan sekadar gangguan pada fungsi fisiologis, melainkan merupakan beban kronis yang secara sistemik memengaruhi seluruh tingkatan dalam hierarki kebutuhan Maslow. Dampak tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Hambatan Fisiologis dan Rasa Aman

Manifestasi klinis seperti keletihan kronis, neuropati perifer, serta ancaman komplikasi serius misalnya ulkus diabetikum yang sulit sembuh memaksa pasien untuk terus terfokus pada pemenuhan kebutuhan tingkat dasar. Alokasi energi psikis dan fisik yang seharusnya digunakan individu untuk mengeksplorasi potensi diri habis terserap untuk manajemen penyakit dan upaya mempertahankan stabilitas kesehatan (Shalahuddin et al., 2022).

b) Gangguan Harga Diri (*Self-Esteem*)

Perubahan citra tubuh akibat komplikasi fisik atau adanya ketergantungan pada orang lain dalam menjalankan aktivitas sehari-hari sering kali memicu penurunan rasa percaya diri. Perasaan tidak berdaya (*powerlessness*) atau persepsi kegagalan dalam menjaga kesehatan menjadi hambatan psikologis utama yang menghalangi individu untuk bergerak menuju tahap aktualisasi diri (Setyawati, 2018).

c) Hambatan Psikososial

Dampak psikologis dari DM sering kali muncul dalam bentuk keraguan terhadap kemampuan diri, ketakutan untuk mengaktualisasikan potensi, serta ketidaktahuan terhadap kapasitas fungsional yang masih dimiliki. Kondisi ini menyebabkan pasien mengalami kesulitan dalam menentukan arah hidup dan kehilangan motivasi untuk mencapai pertumbuhan pribadi yang lebih tinggi (Afandi & Marpaung, 2019).

d) Kualitas Hidup dan Aktualisasi Diri

Pencapaian aktualisasi diri memiliki korelasi yang sangat erat dengan kualitas hidup pasien. Pasien DM yang mampu mencapai tahap penerimaan diri dan mengenali potensinya cenderung memiliki mekanisme koping yang lebih adaptif. Dengan koping yang positif, pasien tetap memiliki peluang untuk

mencapai tingkat aktualisasi diri dan mempertahankan kesejahteraan psikologis meskipun berada dalam keterbatasan kondisi fisik (Afandi & Marpaung, 2019).

C. Konsep Keluarga dalam Keperawatan

1. Definisi Keluarga

Menurut Bakri M.H (2017), keluarga merupakan kumpulan individu yang dipersatukan oleh komitmen emosional dan rasa saling memiliki satu sama lain. Keberadaan keluarga tidak hanya terbatas pada hubungan interpersonal, melainkan menjadi pilar terpenting yang menyokong tatanan ekonomi dan sistem sosial dalam kehidupan bermasyarakat. Meskipun secara struktural dianggap sebagai unit mikro, keluarga berfungsi sebagai pusat kendali atau instrumen kunci yang memungkinkan terbentuknya masyarakat yang lebih besar. Hal ini didasari oleh pemikiran bahwa setiap interaksi sosial yang kompleks dalam komunitas pada dasarnya merupakan manifestasi dari perkembangan unit keluarga sebagai komponen penyusun dasarnya.

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibagi menjadi 2, yaitu keluarga tradisional dan keluarga modern (non tradisional):

1) Tipe Keluarga Tradisional

Tipe keluarga tradisional menunjukkan sifat-sifat homogen, yaitu keluarga yang memiliki struktur tetap dan utuh.

a) Keluarga Inti

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak (baik anak kandung maupun anak angkat) yang tinggal dalam satu rumah.

b) Keluarga Besar

Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara lainnya yang memiliki hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, bibi, atau sepupu.

c) Keluarga Dayd (Pasangan Inti)

Keluarga yang hanya terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

d) Keluarga *Single Parent*

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah saja atau ibu saja) bersama anak-anaknya.

e) Keluarga *Single Adult* (Bujang Dewasa)

Keluarga *Single Adult* (Bujang Dewasa) adalah individu dewasa yang hidup sendiri, belum menikah, atau tidak tinggal bersama pasangan maupun keluarga inti (Hanafi et al., 2022).

2) Tipe Keluarga Modern (Non Tradisional)

Keberadaan keluarga modern merupakan bagian dari perkembangan sosial di masyarakat

a) *The Unmarriedteenege Mother*

Belakangan ini, hubungan seks tanpa pernikahan sering terjadi di masyarakat kita. Meski pada akhirnya beberapa pasangan itu menikah, namun banyak pula yang kemudian memilih hidup sendiri, misalnya pada akhirnya si perempuan memilih merawat anaknya sendirian. Kehidupan ibu bersama anaknya tanpa pernikahan ini yang masuk dalam kategori keluarga.

b) *Reconstituted Nuclear*

Sebuah keluarga yang tadinya berpisah, kemudian kembali membentuk keluarga inti melalui perkawinan kembali

c) *The Stepparent Family*

Seorang anak diadopsi oleh sepasang suami-istri, baik yang sudah memiliki anak maupun belum. Kehidupan anak dengan orang tua tirinya inilah yang dimaksud dengan *the stepparent family*.

d) *Commune Family*

Tipe keluarga ini biasanya hidup di dalam penampungan atau memang memiliki kesepakatan bersama untuk hidup satu atap.

e) *The Non Marital Heterosexual Conhubutang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan untuk hidup bersama dengan pasangannya

f) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners)

g) *Conhibiting Couple*

Misalnya dalam perantauan, karena merasa satu negara atau satu daerah, kemudian dua atau lebih orang bersepakatan untuk tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan

h) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama dan mereka merasa sudah menikah, sehingga berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya bersama

i) *Group Network Family*

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

j) *Foster Family*

Seseorang anak kehilangan orangtuanya, lalu ada sebuah keluarga yang bersedia menampungnya dalam kurung waktu tertentu. Hal ini dilakukan hingga anak tersebut bisa bertemu dengan orangtua kandungnya

k) Institusional Anak atau orang dewasa yang tinggal dalam suatu panti. Entah dengan alasan dititipkan oleh keluarga atau memang ditemukan dan kemudian ditampung oleh panti atau dinas sosial.

l) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental (Hanafi et al., 2022).

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Bakri (2017) yaitu :

a) Fungsi reproduksi keluarga

Keluarga adalah tempat resmi dan utama untuk punya anak dan melanjutkan garis keturunan. Peradaban atau generasi baru itu mulainya dari hubungan suami-istri di rumah.

b) Fungsi sosial keluarga

Ialah fungsi yang mengembangkan dan melatih anak untuk hidup bersosial sebelum meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain.

c) Fungsi afektif keluarga

Fungsi ini hanya bisa diperoleh dalam keluarga, tidak dari pihak luar. Maka komponen yang diperlukan dalam melaksanakan fungsi afektif yaitu saling mendukung, menghormati, dan saling asuh.

d) Fungsi ekonomi keluarga

Peran keluarga dalam mengatur sumber daya terbatas (penghasilan, waktu, tenaga) untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, menabung untuk masa depan, serta memproduksi atau mendistribusikan barang/jasa bagi anggota keluarga.

e) Fungsi perawatan keluarga

Keluarga merupakan perawat primer bagi anggotanya. Untuk itu, fungsi ini penting ada untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi

f) Fungsi pelestarian lingkungan

Manusia hidup tidak terlepas dari lingkungan. Maka melestarikan lingkungan menjadi hal yang penting demi keselamatan bersama (Bakri M.H, 2017).

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Bakri (2017) tugas kesehatan keluarga adalah :

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan dalam keluarga.
- b. Kemampuan keluarga dalam membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- c. Kemampuan keluarga untuk merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- d. Kemampuan keluarga untuk mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Kemampuan keluarga untuk menggunakan fasilitas (Bakri M.H, 2017)

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Bakri (2017) tahap perkembangan keluarga adalah :

- a. Keluarga baru (*berganning family*)

Keluarga baru dimulai ketika dua individu membentuk keluarga melalui perkawinan.

- b. Keluarga dengan anak pertama <30 bulan (*child Bearing*)

Tahap keluarga dengan anak pertama ialah masa transisi pasangan suami istri yang dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan.

c. Keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ini berlangsung sejak anak pertama berusia 2,5 tahun hingga 5 tahun. Adapun tugas perkembangan yang mesti dilakukan ialah memenuhi kebutuhan anggota keluarga, membantu anak bersosialisasi dengan lingkungan, cermat membagi tanggung jawab, mempertahankan hubungan keluarga, serta mampu membagi waktu untuk diri sendiri pasangan, dan anak.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)

Tahapan ini berlangsung sejak anak pertama menginjak sekolah dasar sampai memasuki awal masa remaja.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Pada perkembangan tahap remaja ini orang tua perlu memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab

f. Keluarga dengan anak dewasa (anak 1 meninggalkan rumah)

Tahapan ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri

g. Keluarga usia pertengahan (*Modle Age Family*)

Tahapan ini ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah dan salah satu pasangan bersiap negatif atau meninggal

h. Keluarga lanjut usia

Maka usia lanjut adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara (Bakri M.H, 2017).

D. Landasan Teori Keperawatan (*Teori Self-Care Dorothea Orem*)

Landasan teori yang mendasari asuhan keperawatan keluarga pada Nn. S adalah Teori Kurang Perawatan Diri (*Self-Care Deficit Theory of Nursing*) yang dikembangkan oleh Dorothea Orem. Teori ini memandang bahwa setiap individu memiliki kebutuhan untuk merawat diri sendiri secara mandiri untuk mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Teori ini terdiri dari tiga pilar yang saling berkaitan dalam proses keperawatan:

1. Teori Perawatan Diri (*Self-Care*)

Praktik aktivitas yang dilakukan individu untuk kepentingan diri sendiri dalam mempertahankan hidup dan fungsi kesehatan. Pada kasus Nn. S, ini mencakup kemampuan mengatur pola makan, aktivitas fisik, dan pemantauan gula darah.

2. Teori Defisit Perawatan Diri (*Self-Care Deficit*)

Terjadi ketika kemampuan individu (*Self-care Agency*) tidak sebanding dengan kebutuhan perawatan dirinya. Nn. S mengalami defisit ini karena kurangnya pengetahuan mengenai manajemen diabetes mandiri.

3. Teori Sistem Keperawatan (*Nursing Systems*)

Rangkaian tindakan perawat untuk membantu individu mengatasi defisit tersebut (Munandar et al., 2020).

E. Konsep *Diabetes Self-Management Education* (DSME)

1. Konsep Edukasi

Edukasi merupakan sebuah instrumen instruksional yang dapat diimplementasikan melalui jalur formal maupun informal, baik kepada individu secara personal maupun kelompok secara kolektif. Secara historis, terminologi edukasi kesehatan mengalami evolusi menjadi promosi kesehatan pasca dideklarasikannya Piagam Ottawa pada tahun 1986. Berdasarkan rumusan Konferensi Internasional di Kanada tersebut, promosi kesehatan dimaknai sebagai strategi intervensi yang bertujuan agar masyarakat memiliki kemauan serta kapabilitas dalam menjaga dan mengoptimalkan kondisi kesehatan mereka secara mandiri.

Definisi ini kemudian disempurnakan oleh WHO sebagai sebuah mekanisme pemberdayaan yang memberikan kendali kepada individu maupun komunitas atas faktor-faktor determinan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi (Susilowati, 2016). Dalam konteks pelayanan klinis, fasilitas kesehatan seperti rumah sakit memegang tanggung jawab krusial dalam mendiseminasi informasi dan memberdayakan masyarakat. Peran ini ditujukan untuk menstimulasi partisipasi aktif masyarakat dalam mengadopsi perilaku hidup sehat,

sebagaimana telah diregulasi dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2018 mengenai standar promosi kesehatan melalui jalur pendidikan kesehatan.

Sejalan dengan pandangan Nurmala & KM (2020), pendidikan kesehatan dipahami sebagai proses pembelajaran yang bersifat dinamis dan terstruktur. Fokus utama dari kegiatan ini adalah melakukan modifikasi perilaku melalui penguatan aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor (keterampilan) yang berorientasi pada perbaikan gaya hidup sehat. Dalam manajemen klinis penderita DMT2 , edukasi menjadi pilar yang sangat fundamental. Melalui pemberian informasi yang tepat, diharapkan terjadi transformasi perilaku pasien dalam menjalankan pengelolaan mandiri terhadap penyakitnya. Adapun teknik penyampaian edukasi dapat bervariasi, mulai dari metode ceramah dan diskusi interaktif, hingga demonstrasi praktis dengan dukungan media instruksional seperti lembar balik, leaflet, atau brosur (Kementrian Kesehatan RI, 2018; Nurmala et al., 2020).

2. Definisi DSME

Diabetes Self-Management Education (DSME) dipahami sebagai mekanisme terstruktur yang bertujuan untuk membekali penderita diabetes dengan pengetahuan, keahlian, serta kapasitas dalam menjalankan perilaku perawatan mandiri yang esensial (American Diabetes Association, 2025). Implementasi perawatan mandiri yang

tepat bagi pasien DM memegang peranan krusial sebagai langkah proteksi dini, yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Target utama dari rangkaian edukasi ini adalah untuk mengarahkan pasien agar dapat mengadopsi saran terapeutik yang diberikan oleh profesional kesehatan, khususnya dalam menyelaraskan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor dalam penanganan diabetes mellitus (Laia et al., 2024).

Selain itu, pemberian edukasi kesehatan pada penderita sangat vital untuk meminimalisir tingkat stres serta membantu stabilisasi kadar glukosa darah, yang pada akhirnya akan meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan. Manajemen edukasi yang diberikan secara konsisten dan bertahap akan bertransformasi menjadi sumber literasi kesehatan yang memungkinkan individu mampu melakukan perawatan diri secara independen (Kurniawati et al., 2021).

3. Tujuan DSME

Tujuan utama dari implementasi DSME adalah memberikan dukungan terhadap mekanisme pengambilan keputusan yang terinformasi, optimalisasi perilaku perawatan mandiri, peningkatan kemampuan pemecahan masalah, serta penguatan kolaborasi aktif dengan penyedia layanan kesehatan. Upaya ini dirancang untuk memperbaiki luaran klinis, status kesehatan, dan kesejahteraan pasien

melalui pendekatan yang efektif dari segi biaya (American Diabetes Association, 2025).

Secara operasional, DSME mengintegrasikan lima pilar penatalaksanaan DM menurut PERKENI yang menekankan pada perubahan perilaku secara mandiri, meliputi edukasi pemberian pemahaman mendalam mengenai manajemen penyakit, terapi nutrisi medis, aktivitas fisik, terapi farmakologis, kepatuhan terhadap penggunaan obat-obatan atau insulin, pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) atau Pemeriksaan kadar gula darah secara berkala oleh pasien (Perkeni, 2021).

Implementasi DSME menggunakan berbagai pendekatan seperti pemberian pedoman, konseling secara mendalam, serta intervensi perilaku guna mentransformasi gaya hidup penderita. Metode ini berperan vital dalam memfasilitasi penguasaan pengetahuan dan keterampilan *self-care* yang sangat krusial bagi penderita diabetes. Sejalan dengan pandangan Sudirman (2018), kapasitas dalam melakukan perawatan diri bukan merupakan kemampuan instan, melainkan hasil dari sebuah proses pembelajaran yang berkelanjutan melalui transfer pengetahuan dan latihan yang konsisten (Sudirman & Nodjo, 2021).

4. Prinsip DSME

Dasar dari DSME yaitu edukasi diabetes meningkatkan kualitas hidup dan hasil klinis pasien dalam jangka pendek, DSME berevolusi dari jenis pendidikan utama ke model yang lebih teoritis, namun belum ada program edukasi terbaik dalam model pemberdayaan pasien, program pendidikan menggabungkan strategi psikososial dan perilaku yang dibuktikan dengan hasil klinis bisa ditingkatkan, dukungan yang terus berkelanjutan adalah aspek utama dalam menjaga kemajuan yang dicapai oleh pasien dalam program pendidikan dan juga menentukan tujuan untuk strategi yang lebih efektif dalam mendukung perilaku perawatan diri (Utama et al., 2021).

5. Pelaksanaan DSME

Intervensi DSME di lingkup keluarga dilakukan secara intensif, dalam hal ini dilaksanakan selama tujuh hari dengan alokasi waktu 45 menit pada setiap sesinya. Berdasarkan pedoman dari PERKENI (2021), materi yang disampaikan dalam program DSME diklasifikasikan menjadi dua tingkatan utama sebagai berikut:

a. Materi Edukasi Tingkat Dasar

Materi pada level ini umumnya diberikan pada fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, yang berfokus pada pemahaman fundamental meliputi:

1. Penjelasan mengenai patofisiologi dan perjalanan penyakit Diabetes Mellitus (DM).
2. Urgensi serta tujuan dari pengendalian dan pengawasan DM yang dilakukan secara kontinu.
3. Identifikasi terhadap risiko serta berbagai komplikasi atau penyulit yang mungkin muncul akibat DM.
4. Strategi pengobatan yang mencakup kombinasi intervensi farmakologi dan non-farmakologi serta pencapaian target terapi.
5. Pemahaman tentang hubungan timbal balik antara manajemen nutrisi, intensitas aktivitas fisik, serta penggunaan obat anti-hiperglikemia maupun insulin.
6. Teknis pelaksanaan dan interpretasi hasil Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM).
7. Deteksi dini gejala hipoglikemia serta langkah penanganan awal yang tepat.
8. Pentingnya konsistensi dalam melakukan latihan jasmani secara rutin.
9. Edukasi mengenai perawatan kaki untuk mencegah luka atau ulkus diabetikum.

b. Materi Edukasi Tingkat Lanjut

Pemberian materi tingkat lanjut biasanya diselenggarakan di pusat pelayanan kesehatan sekunder atau tersier, dengan cakupan materi yang lebih spesifik seperti:

1. Identifikasi serta upaya preventif terhadap komplikasi akut DM.
2. Literasi mendalam mengenai berbagai penyulit kronis atau menahun akibat diabetes.
3. Strategi pengelolaan diabetes saat pasien sedang menderita penyakit penyerta lainnya (*sick-day rules*).
4. Penyusunan rencana aktivitas untuk kondisi atau kegiatan khusus, seperti olahraga prestasi atau perjalanan jauh.
5. Teknik perawatan kaki yang lebih komprehensif untuk mencegah risiko amputasi.

Berikut paparan hasil penelitian terkait penerapan *Diabetes Self Management Education* (DSME) :

Tabel 2. 1 Telaah Jurnal Penerapan Diabetes Self-Management Education (DSME)

*Effectiveness of Diabetes Self-Management Educational Programs
For Type 2 Diabetes Mellitus In Middle East Countries: A
Systematic Review.*

No	Kriteria	<i>Critical Thinking</i>
1	P (<i>Population</i>)	Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) di lima negara Timur Tengah (Iran, Turki, UEA, Yordania, dan Qatar).
2	I (<i>Intervention</i>)	Penerapan program <i>Diabetes Self-Management Education</i> (DSME), baik yang dipimpin oleh perawat, apoteker, maupun tenaga kesehatan lainnya.
3	C (<i>Comparison</i>):	Kelompok kontrol (pasien yang menerima perawatan standar/rutin tanpa program DSME khusus).
4	O (<i>Outcome</i>)	Peningkatan signifikan pada kontrol glikemik (HbA1c, gula darah puasa), profil lipid, penurunan BMI, serta peningkatan efikasi diri dan kualitas hidup.
Kesimpulan		Program <i>Diabetes Self-Management Education</i> (DSME) sangat efektif meningkatkan pengendalian glikemik

profil lipid dan BMI (Mikhael et al., 2020b)

Judul: *Effectiveness of Diabetes Self-Management Education Among Diabetes Mellitus Patients. Systematic Review.*

No	Kriteria	Jawab	Critical Thinking
1	P (<i>Population</i>)	Ya	Pasien yang baru terdiagnosis Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) atau penderita diabetes secara umum yang membutuhkan manajemen perawatan diri.
2	I (<i>Intervention</i>)	Ya	Penerapan program <i>Diabetes Self-Management Education</i> (DSME) atau pendidikan kesehatan mandiri manajemen mandiri diabetes. Intervensi mencakup edukasi mengenai kontrol glikemik, modifikasi gaya

			hidup (diet dan aktivitas fisik), kepatuhan pengobatan, serta dukungan psikososial.
3	C (<i>Comparison</i>):	Ya	Perawatan standar (<i>standard care</i>) atau kelompok kontrol yang tidak menerima program edukasi manajemen mandiri secara terstruktur
4	O (<i>Outcome</i>)	Ya	Peningkatan kontrol glikemik (penurunan kadar HbA1c), peningkatan pengetahuan tentang penyakit, perubahan perilaku manajemen diri yang lebih baik, peningkatan kualitas hidup (<i>Quality of Life</i>), serta penurunan risiko

komplikasi jangka panjang
pada pasien diabetes.

Kesimpulan	DSME sangat efektif sebagai elemen kunci dalam perawatan diabetes. Edukasi yang berkelanjutan membantu pasien memahami penyakitnya dan memberikan keterampilan yang diperlukan untuk mengambil keputusan mandiri dalam perawatan sehari-hari, yang pada akhirnya membawa pasien pada kondisi kesehatan yang lebih optimal (Laia et al., 2024).
------------	--

The Effect of Diabetes Self-Management Education (DSME) on Improving Self-Management and Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus.

No	Kriteria	Jawab	Critical Thinking
1	P (<i>Population</i>)	Ya	Pasien penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Rejosari, Kabupaten Ponorogo,

			dengan total sampel 110 orang (55 kelompok intervensi dan 55 kelompok kontrol).
2	I (<i>Intervention</i>)	Ya	Pemberian intervensi Diabetes Self-Management Education (DSME). Edukasi ini diberikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien dalam pengelolaan mandiri penyakitnya.
3	C (<i>Comparison</i>):	Ya	Kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi DSME khusus (hanya menerima perawatan atau informasi standar dari puskesmas).
4	O (<i>Outcome</i>)	Ya	Terdapat pengaruh yang signifikan pada

	peningkatan Manajemen Mandiri (Self-management) pasien
--	--

Kesimpulan	DSME terbukti efektif memperbaiki cara pasien mengelola penyakitnya sekaligus meningkatkan kesejahteraan hidup mereka (Utama et al., 2021).
------------	---

Description of Self Management of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the Samadua Health Center Working Area, South Aceh Regency.

No	Kriteria	Jawab	Critical Thinking
1	P (<i>Population</i>)	Ya	Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Samadua, Kabupaten Aceh Selatan (Sampel: 45 responden).
2	I (<i>Intervention</i>)	Ya	Penilaian perilaku <i>Self-Management</i> (Manajemen Mandiri) yang meliputi pengaturan diet, aktivitas fisik, pemantauan gula

			darah, dan kepatuhan pengobatan.
3	C (<i>Comparison</i>):	Ya	Tidak ada kelompok kontrol (Penelitian deskriptif kuantitatif).
4	O (<i>Outcome</i>)	Ya	Mayoritas pasien (53,3%) memiliki manajemen mandiri yang berada pada kategori Kurang. Hal ini disebabkan oleh rendahnya kepatuhan dalam pemantauan gula darah dan aktivitas fisik yang tidak teratur.
Kesimpulan		Sebagian besar penderita DM di wilayah tersebut belum mampu melakukan perawatan mandiri secara optimal. Penelitian ini merekomendasikan perlunya edukasi kesehatan yang lebih intensif agar pasien memahami pentingnya <i>self-</i>	

management untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kemandirian hidup mereka (Sasmita et al., 2023).

Effect of diabetes self-management education in type 2 diabetes management - a systematic umbrella review of meta-analysis.

No	Kriteria	Jawab	<i>Critical Thinking</i>
1	P (<i>Population</i>)	Ya	Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) secara global (berdasarkan tinjauan dari 12 meta-analisis yang mencakup ribuan partisipan).
2	I (<i>Intervention</i>)		<i>Diabetes Self-Management Education</i> (DSME) yang disampaikan melalui berbagai metode (tatap muka, kelompok, telepon, atau berbasis teknologi/telemedicine).

3	C (<i>Comparison</i>):	Perawatan standar (standard care) atau intervensi non-edukatif lainnya.
4	O (<i>Outcome</i>)	Penurunan signifikan pada kadar HbA1c (rata-rata penurunan berkisar antara -0,43% hingga -0,60%). Peningkatan manajemen diri dan pencegahan komplikasi.
Kesimpulan		Jurnal ini merupakan " <i>Umbrella Review</i> " yang memberikan bukti tingkat tinggi bahwa DSME sangat efektif dalam menurunkan kadar HbA1c pada pasien DMT2. Intervensi ini dianggap sebagai pendekatan yang esensial untuk meningkatkan status kesehatan pasien dan meminimalkan komplikasi sejauh mungkin. Jurnal ini menegaskan bahwa DSME adalah

strategi manajemen penyakit kronis yang kuat dan harus diintegrasikan dalam perawatan rutin (Ma et al., 2026).

F. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan DM

1. Pengkajian Keperawatan

Tahapan pengkajian merupakan proses sistematis untuk menghimpun data keluarga melalui berbagai teknik, seperti wawancara mendalam, observasi langsung terhadap kondisi hunian dan fasilitasnya, serta laporan subjektif dari tiap anggota keluarga (Wahyuni, 2019).

a. Data Umum

- 1) Komponen yang dikaji meliputi identitas kepala keluarga, komposisi anggota, domisili, usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, serta latar belakang sosial budaya (suku dan agama). Tingkat pendidikan sangat krusial dikaji karena berkorelasi langsung dengan pemahaman pasien dalam mengelola pola nutrisi serta manajemen perawatan mandiri diabetes. Selain itu, faktor usia menjadi determinan risiko, di mana individu dewasa tua (di atas 40 tahun) memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap awitan DM.

2) Genogram

Dengan adanya genogram dapat diketahui adanya faktor genetik atau faktor keturunan untuk timbulnya DM pada pasien.

3) Tipe Keluarga

Mengidentifikasi bentuk struktur keluarga serta berbagai hambatan atau dinamika internal yang sedang dialami oleh keluarga tersebut.

4) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Penilaian ini didasarkan pada total pendapatan keluarga, pola pengeluaran, serta kepemilikan aset. Status ekonomi merupakan faktor yang memengaruhi aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan dan kemampuan pemenuhan nutrisi khusus penderita diabetes.

5) Aktivitas Rekreasi Keluarga

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

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga ini. Biasanya Diabetes Melitus sering

terjadi pada laki-laki atau perempuan yang berusia > 40 tahun. Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah Diabetes Melitus adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia pertengahan dan lansia

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Mengidentifikasi kewajiban perkembangan keluarga yang belum terpenuhi beserta kendala yang menyertainya. Sering kali, keluarga dengan penderita DM cenderung abai terhadap kontrol glikemik sebelum munculnya komplikasi serius.

3) Riwayat keluarga inti

Mencakup riwayat penyakit genetik, status imunisasi, serta pengalaman interaksi dengan penyedia layanan kesehatan. Pengkajian ini sangat penting mengingat diabetes merupakan penyakit multifaktorial yang juga dipengaruhi oleh genetika.

4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri untuk mengetahui kemungkinan jika Diabetes Melitus yang terjadi pada pasien merupakan faktor keturunan.

c. Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air minum yang digunakan serta denah rumah. Penataan lingkungan yang kurang pas dapat menimbulkan suatu cidera, karena pada penyandang Diabetes Melitus bila mengalami suatu cidera atau luka biasanya sulit sembuh.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan / kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan penyandang Diabetes Melitus.\

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat tinggal

4) Perkembangan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga

yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat. Misalnya perkumpulan keluarga inti saat malam hari, karena saat malam hari orang tua sudah pulang bekerja dan anak-anak sudah pulang sekolah atau perkumpulan keluarga besar saat ada perayaan seperti hari raya. Interaksi dengan masyarakat bisa dilakukan dengan kegiatan di lingkungan tempat tinggal seperti gotong royong dan arisan. Sistem Pendukung Keluarga

- 5) Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat terhadap pasien dengan Diabetes Melitus. Pengelolaan pasien yang penyandang Diabetes Melitus dikeluarga sangat membutuhkan peran aktif seluruh anggota keluarga, petugas dari pelayanan kesehatan yang ada dimasyarakat. Semuanya berperan dalam pemberian edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan anggota keluarga yang penyandang Diabetes Melitus.

d. Struktur Keluarga

Menjelaskan mengenai pola komunikasi antar keluarga, struktur kekuatan keluarga yang berisi kemampuan keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku, struktur peran yang menjelaskan peran formal dan informal dari masing-masing anggota keluarga serta nilai dan norma budaya yang menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan penyakit Diabetes Melitus

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya dan seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa empati, perhatian terhadap perasaan. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya.

2) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, penghargaan, hukuman dan perilaku serta memberi dan menerima cinta. Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang penyandang Diabetes Melitus untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi tingkat stress keluarga.

3) Fungsi Perawatan Keluarga

Fungsi ini menggambarkan sejauh mana keluarga mampu memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, serta memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Selain itu, dinilai juga tingkat pengetahuan keluarga terkait konsep sehat dan sakit. Kemampuan keluarga dalam menjalankan perawatan kesehatan dapat dilihat melalui pelaksanaan lima tugas utama keluarga, yaitu:

- a. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, termasuk pemahaman mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, serta faktor yang memengaruhi kondisi tersebut. Pada kasus Diabetes Melitus, hal yang dikaji meliputi pemahaman

keluarga tentang penyakit tersebut, penyebabnya, tanda dan gejalanya, serta cara penanganan dan perawatan bagi anggota keluarga yang menderita.

- b. Menilai kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan terkait tindakan kesehatan yang tepat. Hal ini mencakup upaya keluarga dalam menentukan langkah terbaik, termasuk mencari bantuan yang sesuai, serta siapa anggota keluarga yang berperan dalam pengambilan keputusan. Kemampuan ini penting terutama saat menghadapi anggota keluarga dengan Diabetes Melitus, karena keputusan yang tepat akan mendukung proses penyembuhan.
- c. Mengevaluasi kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang menderita Diabetes Melitus, termasuk pemahaman tentang kondisi penyakit serta cara perawatannya sehari-hari.
- d. Menilai kemampuan keluarga dalam menjaga lingkungan rumah yang sehat. Pemahaman mengenai manfaat lingkungan yang bersih dan sehat serta kemampuan memodifikasi lingkungan dapat membantu mencegah komplikasi akibat Diabetes Melitus. Selain itu, dikaji juga kemampuan keluarga dalam

memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti melakukan kontrol rutin kadar gula darah untuk mencegah komplikasi

4) Fungsi Reproduksi

Aspek yang dikaji dalam fungsi reproduksi meliputi jumlah anak, rencana keluarga terkait jumlah anggota keluarga di masa depan, serta metode yang digunakan untuk mengatur kelahiran. Pada penderita diabetes, khususnya pria, dapat muncul gangguan seperti disfungsi ereksi atau penurunan libido. Sementara pada wanita, sering terjadi infeksi jamur yang menyebabkan peradangan pada area vagina.

5) Fungsi Ekonomi

Fungsi ini menjelaskan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti sandang, pangan, dan papan, serta bagaimana keluarga memanfaatkan sumber daya yang tersedia di masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan. Keluarga dengan kondisi ekonomi yang baik umumnya lebih mampu memenuhi kebutuhan perawatan anggota keluarga dengan diabetes, misalnya dengan menyediakan nutrisi khusus seperti susu diabetic.

f. Stres dan Koping Keluarga

Pada tahap ini, perawat perlu memahami bagaimana keluarga menghadapi stres, respon yang ditunjukkan terhadap tekanan yang ada, serta strategi yang digunakan untuk mengatasi dan menyelesaikan masalah tersebut.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh anggota keluarga dengan metode yang serupa dengan pemeriksaan klinis secara menyeluruh (*head to toe*). Tujuannya adalah untuk menilai kondisi kesehatan saat ini serta mengetahui riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga (Nurkholifah & Widagdo, 2020).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga yang disusun umumnya berupa diagnosis tunggal dan memiliki kemiripan dengan diagnosis pada praktik keperawatan klinis. Perumusan diagnosis ini didasarkan pada data hasil pengkajian, yang mencakup masalah keperawatan serta faktor penyebab (etiologi) yang berkaitan dengan fungsi perawatan keluarga. Dalam menetapkan diagnosis keperawatan keluarga, perawat perlu mengacu pada tipologi diagnosis keperawatan keluarga sesuai dengan pedoman SDKI (2017), yaitu:

- a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan).
- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga promosi kesehatan merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan Diabetes Melitus yaitu (SDKI, 2017) :

- a. Manajemen kesehatan tidak efektif
- b. Defisit pengetahuan
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- d. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- e. Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Dalam menentukan tahap perencanaan diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, di antaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam

memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Susanto dkk., 2020).

a. Prioritas Masalah

Cara menentukan prioritas masalah keperawatan adalah dengan menggunakan skoring. Komponen dari prioritas masalah keperawatan keluarga yaitu kriteria, bobot, dan pembenaran.

Tabel 2. 2 Skala Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat Masalah		
	Tidak/ kurang sehat	3	
	Ancaman Kesehatan	2	1
	Keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	
	Sebagian	1	2
	Tidak dapat	0	
3	Kemungkinaan masalah dapat diubah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		1
	Masalah yang benar benar harus segera	2	
	Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$\text{Skor} \times \text{Nilai Bobot Angka tertinggi}$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

Tabel 2. 3 Tujuan dan Intervensi Keperawatan Keluarga

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (SDKI, D.0116) Hal. 256	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil : 1) Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat 2) Menerapkan program perawatan meningkat 3) Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat SLKI. L.12104 Hal. 62	Edukasi Kesehatan (SIKI I.12383) hal 65 Observasi a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan d) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi e) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan f) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Edukasi Kesehatan a. Memberikan informasi ketika klien siap dan dapat mengoptimalkan dalam menerima informasi b. Penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik c. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing d. Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima informasi e. Memberikan pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati

			g) Ajarkan strategi DSME 5 pilar (PERKENI, 2021)	f. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah penularan penyakit dan menjaga kesehatan seluruh anggota rumah agar tetap produktif g. Memberikan keterampilan manajemen mandiri untuk mengontrol kadar gula darah, mengubah gaya hidup secara permanen, dan mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang
2	Defisit Pengetahuan (SDKI, D.0111) Hal. 246	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. Kemampuan menjelaskan topik penyakit Diabetes Melitus cukup meningkat	Manajemen Hiperglikemia (SIKI, I.03115) hal. 180 Observasi a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik b. Fasilitasi cek GDS Edukasi c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah mandiri d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi	Manajemen Hiperglikemia a. Monitor kadar glukosa darah akan memberikan hasil memuaskan jika digunakan dengan benar b. Mengevaluasi hasil GDS Pemahaman secara pasien tentang arti hasil gula darah

		b. Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat c. Persepsi yang keliru terhadap masalah cukup menurun SLKI L. 12111 Hal. 146	e. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	c. memonitor dan memahami tanda gejala hiperglikemia. d. Membantu untuk mengontrol kadar gula darah e. Menurunkan kadar gula darah yang terlalu tinggi
3	Resiko Ketidaksetabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI D.0038) Hal. 90	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik 2. Rasa lelah atau lesu cukup menurun 3. Rasa haus cukup menurun SLKI L.05022 Hal. 43	Manajemen Hiperglikemia (SIKI, I.03115) hal. 180 Observasi a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik b. Fasilitasi cek GDS Edukasi c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	Manajemen Hiperglikemia a. Monitor kadar glukosa darah akan memberikan hasil memuaskan jika digunakan dengan benar b. Mengevaluasi hasil GDS c. Pemahaman secara pasien tentang arti hasil gula darah memonitor dan memahami tanda gejala hiperglikemia. d. Membantu untuk mengontrol kadar gula darah e. Menurunkan kadar gula darah yang terlalu tinggi

4	Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112) Hal. 249	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen (SDKI kesehatan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat 2. Menerapkan program perawatan meningkat SLKI L.12104 Hal.6	Bimbingan Antisipatif (SIKI, I.12359) hal. 18 Observasi a. Identifikasi metode penyelesaian masalah yang biasa digunakan Terapeutik b. Fasilitasi memutuskan bagaimana masalah akan diselesaikan c. Libatkan keluarga dan pihak terkait , jika perlu d. Berikan referensi baik cetak ataupun elektronik (mis. materi pendidikan , pamflet) Edukasi e. Jelaskan perkembangan dan perilaku normal	Bimbingan Antisipatif a. Menggali dalam masalah pengetahuan memecahkan b. Membantu memecahkan masalah yang ada c. Agar klien merasa tidak sendirian d. Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam menyelesaikan masalah e. Mengetahui perubahan perilaku klien
5	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (SDKI D.0027) Hal. 71	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kadar glukosa dalam darah cukup membaik 2. Jumlah urine membaik	Manajemen Hiperglikemia (SIKI, I.03115) hal. 180 Observasi a. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik b. Fasilitasi cek GDS Edukasi c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	Manajemen Hiperglikemia a. Monitor kadar glukosa darah akan memberikan hasil memuaskan jika digunakan dengan benar b. Mengevaluasi hasil GDS

		3. Rasa haus cukup menurun SLKI L.05022 Hal. 43	d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi e. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.	c. Pemahaman pasien tentang arti hasil gula darah memonitor dan memahami tanda gejala hiperglikemia. d. Membantu untuk mengontrol kadar gula darah e. Menurunkan kadar gula darah yang telalu tinggi
--	--	---	--	--

4. Implementasi

Tahap implementasi dilakukan setelah rencana tindakan keperawatan selesai disusun, yang kemudian dijalankan oleh perawat untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditentukan. Pelaksanaan ini bertujuan mendukung klien dalam meningkatkan kondisi kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, memulihkan kesehatan, serta membantu klien dalam menghadapi masalah melalui mekanisme koping yang adaptif. Pada tahap ini, perawat perlu memiliki pemahaman dan keterampilan dalam berbagai aspek, seperti mengenali risiko atau bahaya fisik serta upaya perlindungan bagi klien, menerapkan teknik komunikasi yang efektif, menguasai prosedur tindakan keperawatan, memahami hak-hak pasien, serta menyesuaikan pendekatan dengan tingkat perkembangan klien (Sayekti, 2020).

5. Evaluasi

Tahap ini dapat dilaksanakan melalui dua jenis evaluasi, yaitu formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses pemberian asuhan keperawatan berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif merupakan penilaian yang dilakukan pada akhir proses. Dalam melakukan evaluasi, penyusunan dapat menggunakan format SOAP, yaitu:

- a. S (Subjektif): berisi berbagai keluhan atau tanggapan yang disampaikan oleh keluarga setelah tindakan keperawatan diberikan.

- b. O (*Objektif*): memuat temuan atau kondisi yang dapat diamati setelah pelaksanaan tindakan keperawatan.
- c. A (*Assessment*): merupakan analisis terhadap hasil yang diperoleh dengan mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan sesuai diagnosis.
- d. P (*Planning*): berisi rencana tindak lanjut yang disusun kembali berdasarkan respons keluarga pada tahap evaluasi