

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit DM Tipe II

1. Definisi DM tipe II

Diabetes melitus tipe II adalah gangguan metabolisme jangka panjang yang disebabkan oleh pankreas tidak membuat jumlah insulin yang cukup atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin yang dibuat secara efektif. Hormon insulin bertanggung jawab untuk menjaga keseimbangan gula darah. Bisa menyebabkan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia (Tohir & Anggitasari, 2023)

Diabetes melitus merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang ditandai oleh meningkatnya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) serta gangguan dalam metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Kondisi ini umumnya berkaitan dengan terjadinya resistensi terhadap insulin. Individu yang menderita diabetes melitus biasanya menunjukkan gejala seperti sering buang air kecil (polyuria), rasa lapar berlebihan (polifagia), haus terus-menerus (polydipsia), kesemutan, serta penurunan berat badan yang tidak normal (Rahman et al., 2023)

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang sering dijumpai pada orang dewasa dan memerlukan pengawasan medis secara terus-menerus serta edukasi mengenai perawatan mandiri bagi pasien. Meski demikian, kebutuhan dan intervensi keperawatan dapat sangat bervariasi tergantung pada jenis diabetes yang dialami serta usia pasien (Maria, 2021)

Berdasarkan beberapa pengertian yang di paparkan penulis menyimpulkan bahwa diabetes melitus merupakan kelompok penyakit metabolik yang terjadi saat pankreas tidak mampu memproduksi insulin dengan baik akibat kerja insulin yang tidak adekuat glukosa didalam darah dapat melebihi batas normal dan dapat menimbulkan komplikasi kronik pada mata, jantung, ginjal dan pembuluh darah.

2. Etiologi DM TIPE II

a. Resistensi insulin

Resistensi insulin terjadi ketika tubuh memerlukan kadar insulin yang lebih tinggi dari normal untuk menjaga kestabilan kadar gula darah. Dalam kondisi ini, insulin tidak dapat bekerja secara efektif pada sel otot, jaringan lemak, dan hati, sehingga pankreas harus meningkatkan produksi insulin sebagai kompensasi. Namun, ketika sel beta di pankreas tidak lagi mampu memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup untuk mengimbangi resistensi tersebut, maka kadar glukosa dalam darah akan meningkat (HAYATI et al., 2022)

b. Disfungsi sel beta pankreas

Disfungsi sel beta pankreas merupakan hasil dari interaksi antara faktor genetik dan lingkungan. Terdapat beberapa teori yang menjelaskan mekanisme kerusakan sel beta, di antaranya adalah teori glukotoksitas, yang menyatakan bahwa peningkatan kadar glukosa secara kronis dapat merusak sel; teori lipotoksitas, yaitu toksitas akibat penumpukan lemak abnormal di dalam sel; serta akumulasi amiloid, yaitu penumpukan serat protein yang berdampak pada kerusakan struktur dan fungsi sel

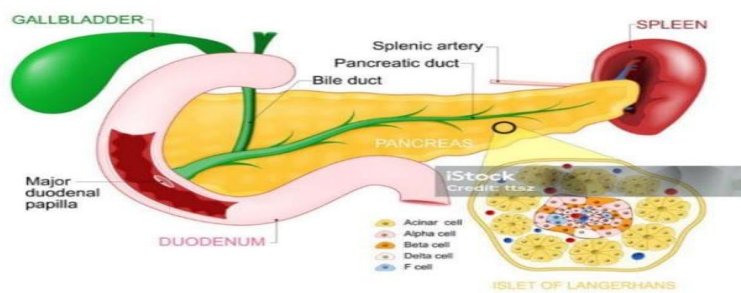
c. Faktor lingkungan

Pada diabetes melitus tipe II, sejumlah faktor lingkungan turut berkontribusi, seperti obesitas, pola makan berlebihan, serta kurangnya aktivitas fisik. Penelitian terbaru menunjukkan adanya kaitan antara diabetes melitus tipe II dan obesitas dengan peningkatan sitokin pro-inflamasi seperti tumor necrosis factor alpha (TNF- α) dan interleukin-6 (IL-6), yang berperan dalam resistensi insulin, gangguan metabolisme asam lemak, disfungsi mitokondria, serta stres pada retikulum endoplasma. Secara keseluruhan, diabetes melitus terjadi akibat kerusakan sel beta pankreas yang berfungsi memproduksi insulin, sehingga menyebabkan kekurangan hormon tersebut dalam tubuh.

3. Anatomi Fisiologi

Pankreas merupakan kelenjar yang terletak di belakang lambung dan berada di depan tulang belakang lumbalis I dan II. Organ ini memiliki fungsi ganda, yaitu

sebagai kelenjar eksokrin dan endokrin. Dalam perannya sebagai kelenjar eksokrin, pankreas menghasilkan enzim yang berperan dalam proses pencernaan makanan. Sementara itu, sebagai kelenjar endokrin, pankreas berfungsi mengeluarkan hormon yang mengatur kadar glukosa dalam darah. Secara embriologis, pankreas berkembang dari dua tonjolan pada duodenum yang berasal dari bagian ventral dan dorsal. Pankreas terletak di dalam rongga perut dan secara anatomi dibagi menjadi tiga bagian utama, yaitu kepala (caput), badan (corpus), dan ekor (cauda).



Gambar 2.1 Anatomi fisiologi pankreas

Sumber: Indah, S. (2020). *Pemanfaatan Modern Dressing Tipe Hidrokoloid dalam Percepatan Penyembuhan Luka pada Pasien dengan Diabetes Melitus Naskah Publikasi, 4–35.* [Http://Eprintslib.Ummgl.Ac.Id/2398/5/17.0601.0032_Pernyataan Publikasi.Pdf](http://Eprintslib.Ummgl.Ac.Id/2398/5/17.0601.0032_Pernyataan_Publikasi.Pdf)

Kelenjar pankreas, khususnya bagian yang dikenal sebagai pulau-pulau Langerhans, merupakan kumpulan sel yang terdapat di dalam pankreas. Bagian ini berfungsi menghasilkan dua hormon penting, yaitu insulin dan glukagon. Hormon glukagon berperan dalam merangsang hati (hepar) untuk mengubah glikogen menjadi glukosa melalui proses yang disebut glikogenolisis. Efek utama glukagon adalah meningkatkan kadar glukosa darah serta memfasilitasi konversi berbagai zat gizi menjadi energi. Sekresi glukagon dipicu oleh kondisi hipoglikemia, yaitu rendahnya kadar gula dalam darah. Glukagon memengaruhi

metabolisme karbohidrat dengan meningkatkan pembentukan dan pemecahan glukosa di hati, yang pada akhirnya menyebabkan hiperglikemia atau peningkatan kadar gula darah. Sementara itu, hormon insulin bekerja dengan meningkatkan transportasi glukosa dari darah ke dalam sel melalui peningkatan permeabilitas membran sel terhadap glukosa. Setelah glukosa masuk ke dalam sel, glukosa digunakan dalam respirasi sel untuk menghasilkan energi. Selain itu, hati dan otot rangka mengubah glukosa menjadi glikogen melalui proses yang dikenal sebagai glikogenesis. Glikogen yang dihasilkan ini disimpan sebagai cadangan energi dan dapat dipecah kembali saat dibutuhkan oleh tubuh (Puspitasari, 2022)

4. Patofisiologi

Menurut (Andi Faristanudin, 2024), Resistensi insulin dan gangguan fungsi sel β pankreas merupakan dua mekanisme patofisiologis utama yang mendasari terjadinya diabetes melitus tipe II. Sekitar 90% kasus diabetes melitus tipe II disebabkan oleh resistensi insulin perifer yang disertai dengan defisiensi insulin relatif akibat disfungsi sel β pankreas. Resistensi insulin terjadi ketika sel-sel tubuh tidak merespons atau menolak sinyal dari hormon insulin, sehingga tubuh gagal merespons hormon ini secara efektif. Akibatnya, insulin tidak dapat menjalankan fungsinya secara optimal pada jaringan otot, lemak, dan hati, yang mendorong pankreas untuk memproduksi insulin dalam jumlah lebih besar sebagai bentuk kompensasi. Namun, ketika kemampuan sel β pankreas menurun dan tidak mampu lagi mengimbangi resistensi insulin yang meningkat, maka kadar glukosa dalam darah akan naik dan menyebabkan hiperglikemia kronis. Kondisi ini dapat memperparah kerusakan pada sel β pankreas dan meningkatkan resistensi insulin secara progresif.

Pada diabetes melitus tipe II, glukosa yang tidak dapat masuk ke dalam sel akan mengganggu proses metabolisme karena sel kekurangan substrat energi. Hal ini menyebabkan tubuh mulai memecah lemak dan protein sebagai sumber energi alternatif. Akibatnya, terjadi peningkatan produksi zat sisa metabolisme seperti keton dan ureum. Penumpukan keton dalam tubuh dapat menimbulkan komplikasi

berupa ketoasidosis. Selain itu, rangsangan terhadap hipotalamus, khususnya pusat rasa lapar dan haus, mengakibatkan munculnya gejala khas seperti polifagia (rasa lapar berlebihan) dan polidipsia (haus berlebihan). Kurangnya glukosa dalam sel juga menyebabkan tubuh memecah jaringan otot dan lemak, yang berkontribusi terhadap penurunan berat badan pada pasien diabetes melitus tipe II (Ikhwanudin et al., 2024)

Mekanisme terjadinya diabetes melitus tipe II pada umumnya, diabetes melitus tipe II disebabkan oleh resistensi terhadap insulin serta gangguan pada proses sekresi insulin. Secara normal, insulin akan berikatan dengan reseptor khusus yang terdapat di permukaan sel. Namun, pada kondisi resistensi insulin, terjadi penurunan respons di dalam sel terhadap ikatan tersebut, sehingga efektivitas insulin dalam merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan menjadi terganggu (Ricixa, 2023). Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat.

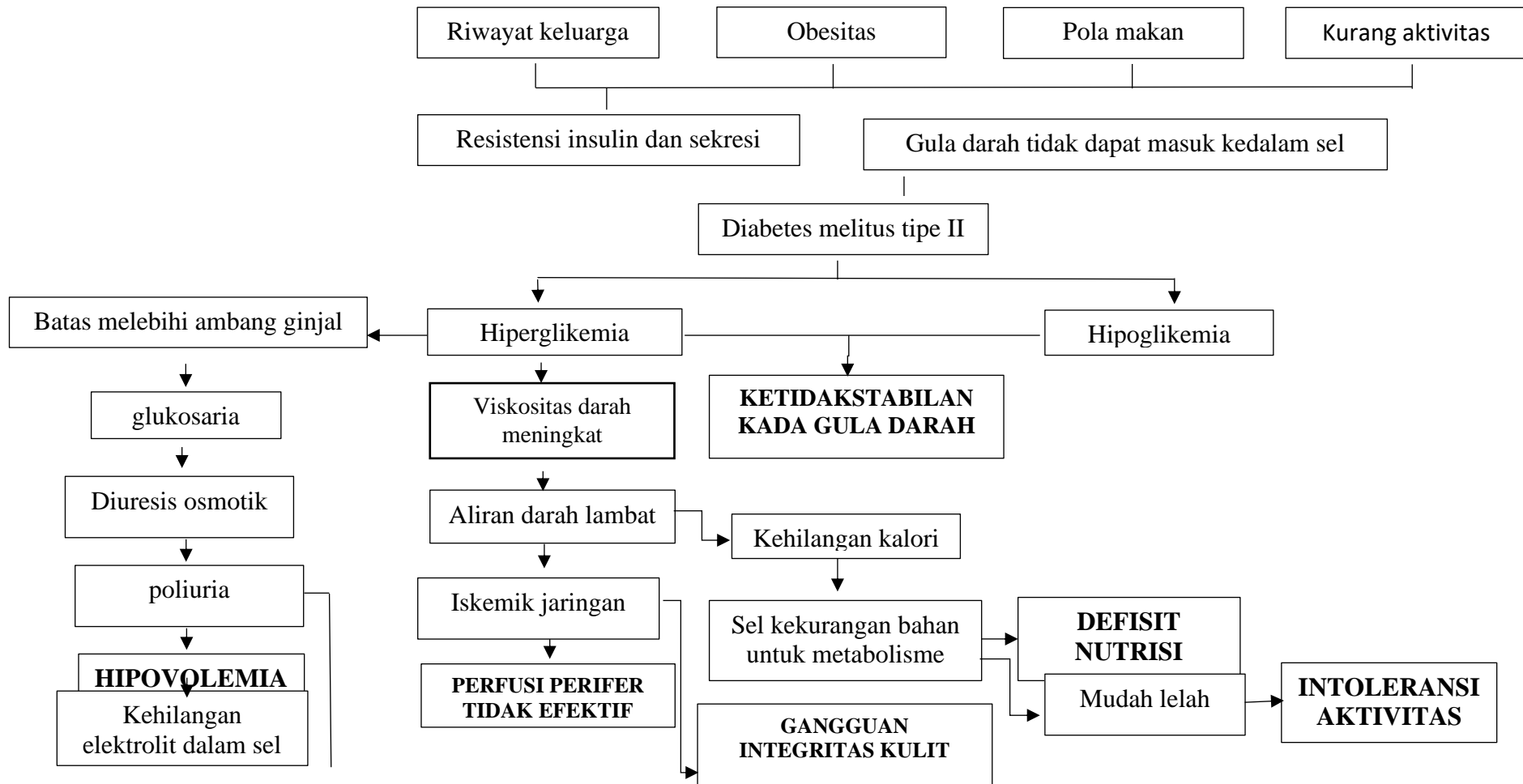
Individu dengan gangguan toleransi glukosa mengalami kondisi di mana tubuh menghasilkan insulin dalam jumlah berlebihan untuk menjaga kadar glukosa tetap normal atau hanya sedikit meningkat. Namun, apabila sel-sel beta pankreas tidak lagi mampu memenuhi peningkatan kebutuhan produksi insulin, maka kadar glukosa dalam darah akan naik dan akhirnya berkembang menjadi diabetes melitus tipe II (Sundari & Sutrisno, 2023). Walaupun gangguan sekresi insulin merupakan karakteristik utama pada diabetes melitus tipe II, tubuh masih mampu memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup untuk mencegah terjadinya pemecahan lemak secara berlebihan dan pembentukan badan keton. Oleh karena itu, kondisi ketoasidosis diabetik jarang ditemukan pada tipe ini. Namun, jika diabetes melitus tipe II tidak dikendalikan dengan baik, kondisi akut lain seperti Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) dapat muncul. Karena intoleransi glukosa berkembang secara perlahan dan progresif selama bertahun-tahun, penyakit ini sering kali tidak terdeteksi pada tahap awal. Pasien mungkin hanya mengalami gejala ringan, seperti kelelahan, mudah marah, sering buang air kecil (poliuria), rasa haus berlebihan (polidipsia), luka yang sulit sembuh, infeksi

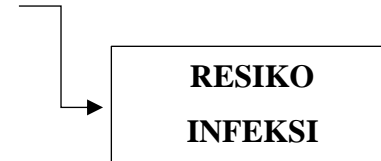
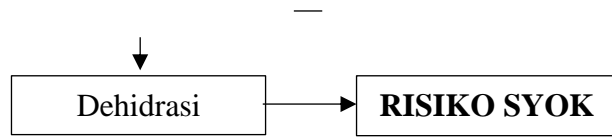
pada area genital, atau penglihatan kabur apabila kadar glukosa sangat tinggi. Dalam jangka panjang, diabetes dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh melalui komplikasi. Komplikasi ini terbagi menjadi dua kategori utama, yaitu komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular. Komplikasi mikrovaskular meliputi kerusakan pada sistem saraf (neuropati), ginjal (nefropati), serta mata (retinopati) (Lestari et al., 2021)

5. Pathway

Bagan 3.1 Pathway Diabetes Melitus Tipe II

Sumber: (Sri & Nengke, 2022)





6. Manifestasi Klinis

a. Penurunan berat badan (BB) dan merasa lemah

Penurunan berat badan yang terjadi dalam waktu relatif singkat perlu menimbulkan kewaspadaan, terutama jika disertai dengan rasa lemah yang berdampak pada penurunan kinerja di sekolah maupun aktivitas fisik seperti olahraga. Kondisi ini terjadi karena glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel mengalami kekurangan sumber energi. Untuk mempertahankan fungsi tubuh, energi akhirnya diambil dari cadangan lain, yaitu melalui pemecahan lemak dan protein. Akibatnya, penderita diabetes melitus mengalami kehilangan jaringan lemak dan massa otot, yang menyebabkan tubuh menjadi kurus.

b. Banyak kencing

Frekuensi buang air kecil yang meningkat merupakan salah satu gejala khas diabetes melitus, disebabkan oleh tingginya kadar glukosa dalam darah. Glukosa yang berlebih akan dikeluarkan melalui urin, sehingga volume urin menjadi lebih banyak. Kondisi ini dapat sangat mengganggu, terutama pada malam hari, karena penderita harus sering terbangun untuk buang air kecil.

c. Banyak minum

Penderita diabetes melitus umumnya mengalami rasa haus yang berlebihan sebagai respons terhadap kehilangan cairan yang signifikan akibat sering buang air kecil. Namun, kondisi ini kerap disalahartikan sebagai akibat dari cuaca panas atau aktivitas fisik yang berat. Untuk meredakan rasa haus tersebut, penderita biasanya akan mengonsumsi cairan dalam jumlah banyak.

d. Banyak makan

Pada penderita diabetes melitus, rasa lapar berlebih sering terjadi karena kalori dari makanan yang telah diubah menjadi glukosa tidak sepenuhnya dapat dimanfaatkan oleh sel sebagai sumber energi. Selain itu, penderita juga dapat mengalami keluhan lain seperti nyeri atau kesemutan, terutama pada malam hari, yang dapat mengganggu kualitas

tidur. Gangguan penglihatan juga sering muncul pada tahap awal penyakit, menyebabkan penderita kerap mengganti kacamata demi mempertahankan penglihatan yang jelas. Gejala lainnya meliputi rasa gatal, munculnya bisul, serta kelainan kulit yang umumnya terjadi di area lipatan seperti ketiak, bawah payudara, dan daerah kemaluan. Penderita juga sering mengeluhkan luka yang sulit sembuh, yang bahkan bisa muncul akibat cedera ringan seperti lecet karena sepatu atau tertusuk jarum (Eniarti, 2021)

7. Komplikasi

Diabetes melitus dapat berdampak pada berbagai sistem organ tubuh dalam jangka panjang, yang dikenal sebagai komplikasi. Komplikasi merupakan kondisi di mana dua atau lebih penyakit terjadi secara bersamaan, tanpa adanya dominasi penyakit utama. Komplikasi ini dapat memengaruhi kualitas hidup, kemampuan untuk bekerja, bahkan menyebabkan kecacatan dan kematian. Komplikasi diabetes melitus dibagi menjadi dua kategori, yaitu mikrovaskular dan makrovaskular. Komplikasi mikrovaskular meliputi kerusakan pada sistem saraf (neuropati), ginjal (nefropati), dan mata (retinopati). Sementara itu, komplikasi makrovaskular melibatkan penyakit jantung, stroke, serta gangguan pada pembuluh darah perifer yang dapat menyebabkan luka yang sulit sembuh, gangren, hingga amputasi. Komplikasi lainnya termasuk gangguan kesehatan mulut dan gigi, penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi seperti flu dan pneumonia, serta risiko makrosomia dan komplikasi persalinan. Kondisi-kondisi ini tergolong serius karena dapat memicu penyakit kronis lain seperti penyakit jantung, hipertensi, kebutaan akibat retinopati, glaukoma, katarak, gagal ginjal, disfungsi ereksi pada pria, serta kecacatan akibat luka kronis yang sulit disembuhkan (Laksono et al., 2022)

8. Penatalaksanaan

Menurut (JULIANDA, 2022) Diabetes melitus ditangani melalui empat pilar utama, yakni pendidikan kesehatan, pengelolaan nutrisi secara medis, aktivitas fisik teratur, serta pemberian terapi obat-obatan.

a. Edukasi

Pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mendorong gaya hidup sehat merupakan langkah penting dalam upaya pencegahan, sekaligus menjadi bagian krusial dalam penanganan diabetes melitus secara menyeluruh.

b. Pengaturan makanan/diet

Pengaturan pola makan atau diet bertujuan untuk merancang asupan makanan agar sesuai dengan kebutuhan tubuh, sehingga insulin yang ada dapat bekerja secara optimal. Secara umum, tujuan pengelolaan diet pada penderita diabetes melitus meliputi: menjaga kadar gula darah dan lemak darah mendekati nilai normal, mempertahankan berat badan ideal dengan toleransi sekitar 10%, mencegah terjadinya komplikasi baik yang bersifat akut maupun kronis, serta meningkatkan kualitas hidup penderita

c. Latihan jasmani

Aktivitas fisik merupakan salah satu komponen penting dalam manajemen diabetes melitus, asalkan tidak disertai kondisi nefropati. Latihan jasmani dan kegiatan fisik sehari-hari sebaiknya dilakukan secara rutin sebanyak 3 hingga 5 kali per minggu, masing-masing selama 30 hingga 45 menit, dengan total waktu mencapai sekitar 150 menit per minggu. Interval antar sesi latihan sebaiknya tidak lebih dari dua hari berturut-turut. Disarankan untuk memeriksa kadar glukosa darah sebelum memulai latihan. Jika kadar glukosa darah di bawah 100 mg/dL, pasien perlu mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu, sementara jika melebihi 250 mg/dL, latihan sebaiknya ditunda.

d. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis mencakup penggunaan obat penurun kadar glukosa darah dan terapi dalam bentuk injeksi:

1) Obat antihiperqlikemia

Berdasarkan mekanisme kerjanya, obat antihiperqlikemia oral diklasifikasikan ke dalam lima kelompok utama.

a) Obat yang merangsang sekresi insulin (insulin *secretagogue*)

(1) Sulfonilurea

Bekerja dengan cara utama meningkatkan pelepasan insulin dari sel beta pankreas.

(2) Glinid

- b) Glinid merupakan kelompok obat yang mencakup dua jenis, yaitu Repaglinid yang berasal dari turunan asam benzoat dan Nateglinid yang termasuk turunan fenilalanin
- c) Peningkatan sensitivitas terhadap insulin

(1) Metformin

(2) Tiazolidindion (TZD)

- 2) Obat antihiperqlikemia yang diberikan melalui suntikan meliputi insulin, agonis insulin, serta kombinasi antara insulin dengan agen lainnya

9. Pencegahan DM tipe II

Pola hidup tidak sehat, seperti kurangnya aktivitas fisik dan obesitas, merupakan faktor utama yang memengaruhi tingginya prevalensi diabetes melitus. Oleh karena itu, pengendalian faktor risiko menjadi aspek penting dalam pencegahan penyakit ini. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah langkah strategis untuk mencapai kondisi kesehatan optimal. Kesehatan tidak terjadi secara otomatis, melainkan harus diupayakan melalui perubahan perilaku dari tidak sehat menjadi sehat serta menciptakan lingkungan yang mendukung. Upaya ini harus dimulai dari kesadaran individu dan terus ditanamkan dalam pola pikir masyarakat guna mencegah timbulnya penyakit, khususnya diabetes melitus (Achmar & Soga, 2022)

B. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan kelompok sosial yang terdiri dari sejumlah individu yang saling terhubung melalui ikatan, tanggung jawab, dan kewajiban satu sama lain. Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga terdiri atas kepala keluarga dan

anggota lainnya yang tinggal bersama di satu tempat dalam kondisi saling bergantung.

Dari pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga memiliki beberapa karakteristik utama, yaitu:

- a. Keluarga terdiri dari dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan tinggal bersama dalam satu rumah tangga.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga, namun apabila terpisah secara fisik, mereka tetap saling memperhatikan, memberikan dukungan emosional, dan menjaga keterikatan satu sama lain.
- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing memiliki peran sosial yang spesifik sesuai dengan kedudukan dan tanggung jawabnya dalam keluarga.
- d. Mempunyai tujuan yaitu : Keluarga memiliki peran penting dalam menciptakan dan mempertahankan budaya, serta dalam meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial setiap anggotanya. (Jhonson, 2023)

2. Struktur Keluarga

Susunan keluarga memiliki beragam bentuk, antara lain:

- a. *Patrilineal*: merupakan keluarga sedarah yang mencakup kerabat dari beberapa generasi, dengan hubungan kekerabatan yang ditelusuri melalui garis keturunan ayah.
- b. *Matrilineal*: merupakan keluarga sedarah yang mencakup anggota keluarga dari beberapa generasi, dengan hubungan kekerabatan yang diturunkan melalui garis keturunan ibu.
- c. *Matrilokal*: merupakan pasangan suami istri yang menetap bersama keluarga sedarah dari pihak istri.

- d. *Patriokal*: merupakan pasangan suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah dari pihak suami
- e. Keluarga kawinan: merupakan ikatan suami istri yang menjadi dasar pembentukan keluarga, serta melibatkan beberapa kerabat yang menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan pernikahan tersebut.

3. Tipe Keluarga

Berbagai macam tipe keluarga yaitu:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*)
Keluarga inti mencakup ayah, ibu, dan anak-anak yang lahir dari proses biologis.
- b. Keluarga konjugal
Terdiri atas pasangan dewasa (ayah dan ibu) beserta anak-anak mereka, dengan adanya interaksi yang terjalin antara keluarga tersebut dan kerabat dari salah satu atau kedua belah pihak orang tua.
- c. Di samping itu, ada juga keluarga besar yang terbentuk dari garis keturunan yang lebih tinggi daripada keluarga inti. Keluarga ini mencakup relasi dengan paman, bibi, serta keluarga dari pihak kakek dan nenek.

4. Peran Keluarga

Peran keluarga mencerminkan serangkaian perilaku antar individu, yang berkaitan dengan tindakan dan tanggung jawab sesuai dengan posisi dan situasi tertentu dalam lingkungan keluarga. Beberapa peran yang ada dalam keluarga antara lain sebagai berikut:

- a. Peranan ayah
Ayah, sebagai suami bagi istri dan ayah bagi anak-anak, memiliki peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman. Ia juga menjalankan fungsi sebagai kepala keluarga, anggota dalam kelompok sosialnya, serta bagian dari masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
- b. Peran ibu

Ibu, sebagai istri dari suami dan ibu bagi anak-anak, berperan dalam mengelola rumah tangga, menjadi pengasuh dan pendidik bagi anak-anaknya, memberikan perlindungan, serta berperan sebagai anggota dalam kelompok sosial. Selain itu, ibu juga dapat berkontribusi sebagai pencari nafkah tambahan bagi keluarga.

c. Peran anak

Menjalankan peran psikososial yang sesuai dengan tahap perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

5. Fungsi Keluarga

- a. Fungsi biologis merupakan peran untuk melestarikan keturunan, merawat serta membesarkan anak, dan memenuhi berbagai kebutuhan dasar dalam keluarga.
- b. Fungsi psikologis mencakup pemberian rasa aman dan kasih sayang kepada anggota keluarga, memberikan perhatian, membentuk kepribadian yang matang, serta membantu membangun identitas keluarga.
- c. Fungsi sosialisasi adalah meneruskan nilai-nilai budaya serta menetapkan standar perilaku yang sesuai dengan tahap perkembangan masing-masing anggota keluarga
- d. Fungsi ekonomi adalah memperoleh sumber penghasilan guna mencukupi kebutuhan keluarga baik untuk saat ini maupun di masa mendatang.
- e. Fungsi pendidikan adalah memberikan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku kepada anggota keluarga sesuai dengan minat dan bakat masing-masing. (SITUMORANG, 2023).

6. Tahap Perkembangan Keluarga

a. Keluarga Baru (beginning Family)

Merupakan pasangan yang baru menikah dan belum memiliki anak. Pada tahap ini, fokus utama adalah membangun fondasi keluarga yang kokoh, mempererat ikatan emosional, menetapkan tujuan hidup

bersama, serta menjalin hubungan baik dengan keluarga besar. Pasangan juga mulai membicarakan rencana mengenai memiliki anak atau penggunaan metode keluarga berencana (KB), mempersiapkan diri untuk peran sebagai orang tua, serta memahami proses kehamilan, persalinan, dan tanggungjawab sebagai orang tua.

b. Keluarga dengan Anak Pertama < 30 Bulan (Childbearing)

Tahap ini merupakan masa transisi menuju peran sebagai orang tua, yang dapat menimbulkan tantangan dalam dinamika keluarga. Tugas perkembangan pada fase ini mencakup penyesuaian terhadap perubahan yang terjadi dalam keluarga, menjaga kualitas hubungan antara pasangan, membagi peran serta tanggung jawab secara adil, dan memberikan dukungan serta bimbingan kepada orang tua mengenai tumbuh kembang anak. Selain itu, penting juga untuk memberikan informasi dan konsultasi terkait keluarga berencana (KB) pasca melahirkan, khususnya setelah enam minggu pertama.

c. Keluarga dengan Anak Pra-Sekolah

Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi penyesuaian terhadap kebutuhan anak usia pra-sekolah sesuai dengan tahap tumbuh kembangnya, mendukung proses belajar awal dan interaksi sosial anak, serta mulai mempersiapkan diri untuk kemungkinan kelahiran anak berikutnya.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6–13 Tahun)

Pada tahap ini, keluarga memiliki tanggung jawab perkembangan yang mencakup membantu anak menyesuaikan diri dengan lingkungan di luar rumah, mendukung perkembangan intelektualnya, serta menyediakan berbagai kegiatan yang positif dan bermanfaat bagi anak-anak.

e. Keluarga dengan Anak Remaja (13–20 Tahun)

Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi mendukung pertumbuhan dan perkembangan remaja, menjaga komunikasi yang terbuka dan efektif, mempersiapkan perubahan peran dalam keluarga,

serta menetapkan aturan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan perkembangan setiap anggota keluarga.

f. **Keluarga dengan Anak Dewasa**

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mempersiapkan anak untuk mandiri dan menjalani kehidupan sendiri, menerima proses anak meninggalkan rumah, serta menata ulang sumber daya dan fasilitas keluarga agar sesuai dengan kebutuhan baru

g. **Keluarga Usia Pertengahan**

Pada tahap ini, keluarga memiliki lebih banyak waktu dan kebebasan untuk mengeksplorasi minat sosial, menikmati waktu bersantai, mempererat kembali hubungan antara generasi muda dan tua, serta mulai mempersiapkan diri menghadapi masa tua. Semua ini merupakan bagian dari tugas perkembangan keluarga di fase ini.

h. **Keluarga Lanjut Usia**

Pada tahap ini, keluarga perlu menyesuaikan diri dengan masa pensiun melalui perubahan gaya hidup, menerima kehilangan pasangan, mempersiapkan diri menghadapi kematian, serta melakukan refleksi dan evaluasi terhadap perjalanan hidup di masa lalu (Nurinah et al., 2021).

7. Tugas Keluarga

- a. Mengenali permasalahan kesehatan yang terjadi dalam keluarga.
- b. Mengambil keputusan yang tepat terkait tindakan kesehatan yang diperlukan.
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sedang sakit.
- d. Menjaga dan menyesuaikan lingkungan rumah agar tetap sehat dan mendukung kesejahteraan keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat secara tepat dan efektif (Nurinah et al., 2021).

8. Peran Perawat Keluarga

- a. Pendidik Kesehatan: Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai kesehatan dan penyakit, baik secara formal maupun informal.

- b. Penyedia Layanan: Merawat anggota keluarga yang sakit serta mengawasi dan membimbing keluarga agar mampu memberikan perawatan secara mandiri.
- c. Advokat Keluarga: Mendampingi keluarga dalam menjamin keamanan dan memfasilitasi akses terhadap layanan kesehatan.
- d. Penemu Kasus (Epidemiolog): Bertanggung jawab dalam mendeteksi, memantau, dan melacak keberadaan penyakit dalam keluarga.
- e. Peneliti: Mengidentifikasi permasalahan nyata dan mencari solusi melalui pendekatan ilmiah, baik secara individu maupun tim.
- f. Koordinator dan Manajer: Mengatur serta menjalin kerja sama dengan keluarga, layanan kesehatan, lembaga sosial, dan instansi lain demi kelancaran pemberian layanan.
- g. Asisten: Membantu keluarga dalam mengidentifikasi masalah dan menemukan akar penyebabnya.
- h. Konselor: Memberikan bimbingan kepada keluarga dalam mengenali kebutuhan mereka dan membantu mengakses sumber daya yang tersedia di masyarakat (Nurinah et al., 2021).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Merupakan suatu proses sistematis dalam mengumpulkan data mengenai klien guna mengidentifikasi berbagai masalah serta kebutuhan yang berkaitan dengan keperawatan dan kesehatan klien. Pengkajian ini menjadi langkah awal yang penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan pendekatan ilmiah dan holistik terhadap kondisi klien. (Nurinah et al., 2021) meliputi:

a. Identitas

Dalam proses pengkajian, data identitas klien mencakup informasi seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat tempat

tinggal, agama, status pernikahan, serta nama anggota keluarga atau orang terdekat yang dapat dihubungi jika diperlukan.

b. Genogram

Genogram merupakan representasi visual yang menggambarkan struktur keluarga dan hubungan antaranggota keluarga hingga tiga generasi. Dalam genogram harus tercantum nama, usia, serta kondisi kesehatan setiap anggota keluarga. Setiap elemen digambarkan menggunakan simbol yang berbeda untuk menunjukkan jenis kelamin, status hubungan, serta kondisi khusus lainnya, sehingga memudahkan dalam menganalisis riwayat keluarga dan potensi masalah kesehatan secara menyeluruh.

c. Tipe keluarga

Menjelaskan jenis struktur keluarga yang dimiliki (seperti keluarga inti, keluarga besar, keluarga tunggal, dsb), serta mengidentifikasi kendala atau permasalahan yang mungkin muncul berdasarkan tipe keluarga tersebut.

d. Suku bangsa

Menggali informasi mengenai asal-usul etnis atau suku bangsa keluarga, yang dapat berpengaruh terhadap nilai budaya, pola hidup, serta kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan.

e. Agama

Dalam pengkajian ini, penting untuk mengetahui tokoh panutan atau figur keagamaan keluarga, cara mereka menjalankan ibadah, serta keyakinan-keyakinan spiritual yang mungkin mempengaruhi keputusan dan perilaku dalam menjaga kesehatan.

f. Status sosial ekonomi keluarga

Status ekonomi ditentukan oleh pendapatan kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya, pengeluaran rutin keluarga, serta aset atau barang-barang yang dimiliki. Semua aspek ini memberi gambaran

tentang kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar, termasuk kebutuhan kesehatan.

g. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya diukur dari frekuensi kunjungan ke tempat hiburan atau wisata, tetapi juga aktivitas ringan bersama di rumah seperti menonton televisi atau mendengarkan radio, yang turut berkontribusi pada keharmonisan dan kesehatan emosional keluarga.

h. Riwayat tahap perkembangan keluarga

1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Tahap perkembangan keluarga menurut teori Duvall ditentukan berdasarkan usia anak tertua dalam keluarga inti. Dalam kasus keluarga dengan salah satu anggota menderita diabetes melitus, pengkajian dilakukan dengan melihat sejauh mana keluarga menjalankan tugas-tugas sesuai tahap perkembangan tersebut, termasuk dukungan terhadap anggota yang sakit.

2) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Dalam keluarga yang memiliki anggota dengan diabetes melitus, sering kali muncul ketidakterpenuhan tugas perkembangan, seperti ketidakmampuan dalam memberikan perawatan yang tepat. Hal ini umumnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga mengenai cara menangani dan merawat penderita diabetes secara efektif. (MASLUKHAH, 2021).

3) Riwayat Keluarga Inti

Dalam keluarga yang memiliki anggota penderita diabetes melitus, ditemukan bahwa ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga inti tersebut.

4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Pada keluarga dengan anggota yang mengidap diabetes melitus, tercatat bahwa ada anggota keluarga sebelumnya yang juga

mengalami kondisi serupa. Selain itu, pola makan yang tinggi gula dan karbohidrat, kurangnya aktivitas fisik, serta kebiasaan diet yang tidak sehat turut menjadi faktor pemicu.

i. Data Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Karakteristik Rumah dapat diidentifikasi dengan melihat luas, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, dan perabotan rumah tangga, serta letak posisi rumah pada denah desa yang dihuni keluarga.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas setempat

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang memenuhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga, kebiasaan keluarga untuk berpindah tempat tinggal menentukan mobilitas geografis keluarga.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul dan sejauh mana keluarga berinteraksi dengan masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk dalam sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas yang mendukung kesehatan mereka.

j. Struktur keluarga

1) 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.

2) Struktur kekuatan tenaga Pemeliharaan

Kesehatan salah satu anggota keluarga yang menderita diabetes melitus dipengaruhi oleh respons anggota keluarga yang sehat. Jika keluarga mengetahui dan dapat merawat anggota keluarga mereka yang menderita diabetes melitus, kesehatan mereka akan terpelihara. Struktur peran formal dan informal menjelaskan peran setiap anggota keluarga.

3) Nilai dan norma dalam keluarga

Memberikan penjelasan tentang nilai-nilai norma yang dianut keluarga dalam komunitas atau kelompok mereka.

k. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Diantaranya anggota keluarga terdapat perasaan saling menyayangi dan menghargai satu sama lainnya.

2) Fungsi sosial

Hubungan sosial terjalin dengan baik selalu mengikuti perkumpulan di masyarakat.

3) Fungsi perawatan kesehatan

a) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah Kesehatan.

b) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan yang mengenai tindakan kesehatan yang tepat.

c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

d) Untuk mengetahui kemampuan keluarga memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah yang sehat.

e) Untuk mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dimasyarakat.

4) Fungsi reproduksi Keluarga

Menggambarkan kepuasan atau ketidakpuasan dalam hal seksualitas, termasuk status reproduksi.

5) Fungsi ekonomi Keluarga

Mencakup kebutuhan makanan, tempat berlindung yang aman dan nyaman.

l. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan Panjang

Stresor jangka pendek pada keluarga membutuhkan waktu kurang dari enam bulan untuk diselesaikan, sedangkan stresor jangka panjang membutuhkan waktu lebih dari enam bulan untuk diselesaikan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stesor

Hal yang perlu dikaji adalah respon keluarga terhadap stress.

3) Strategi koping yang digunakan

Bila ada masalah keluarga selalu membicarakan satu sama lain untuk mencari jalan keluar.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga penderita diabetes melitus tidak ada hubungannya dengan strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah.

m. Harapan keluarga

Apabila perawat berkunjung ke rumah seorang anggota keluarga yang mengidap diabetes melitus, perawat dapat mengevaluasi kondisi kesehatan mereka secara langsung. Dengan kunjungan tersebut, keluarga berharap dapat senantiasa menjaga kesehatan fisik dan mental mereka. Selain itu, mereka juga menginginkan pemahaman yang lebih luas mengenai berbagai jenis penyakit, khususnya terkait diabetes melitus dan cara penanganannya.

n. Keluhan utama

Mengkaji apakah klien selalu sehat atau pernah sakit yang cukup parah.

1) Riwayat penyakit saat ini adalah riwayat penyakit saat

ini

- 2) Riwayat penyakit dahulu
- 3) Riwayat keluarga

o. Pola pengkajian fungsional

1) Pola kesehatan

Menggambarkan bagaimana klien memahami konsep kesehatan, kesejahteraan, serta cara mereka mengelola kondisi kesehatannya sendiri.

2) Pola nutrisi

Menjelaskan asupan makanan dan minuman yang dikonsumsi klien dalam kaitannya dengan kebutuhan metabolik dan kecukupan gizi. Termasuk di dalamnya adalah kebiasaan makan, kesulitan menelan, makanan kesukaan, serta kondisi kulit, rambut, kuku, membran mukosa, suhu tubuh, tinggi, dan berat badan.

3) Pola eliminasi

Menggambarkan pola pembuangan tubuh melalui usus besar, kandung kemih, dan kulit, termasuk adanya perubahan atau gangguan harian serta cara individu dalam mengontrol proses ekskresi tersebut.

4) Pola aktivitas

Menjelaskan kebiasaan aktivitas harian, cara mengisi waktu luang, jenis kegiatan yang disukai, serta bentuk rekreasi yang dilakukan.

5) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan kebiasaan tidur seseorang, durasi tidur yang dibutuhkan, waktu istirahat, cara relaksasi, serta dukungan yang diperlukan untuk memperbaiki pola tidur yang tidak teratur.

6) Pola kognitif

Menjelaskan fungsi persepsi sensorik dan kognitif, termasuk kondisi penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pengecap. Juga mencakup laporan terkait persepsi serta kemampuan kognitif

yang dievaluasi melalui instrumen seperti *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*.

7) Pola konsep diri

Menggambarkan cara seseorang memandang dirinya sendiri, mencakup persepsi terhadap kemampuan pribadi, pandangan hidup, dan perasaan terhadap diri sendiri

8) Pola produksi

Menguraikan tingkat kepuasan atau ketidakpuasan dalam aspek seksual dan status reproduksi klien

9) Pola koping

Menjelaskan strategi yang biasa digunakan klien untuk menghadapi stres, serta sejauh mana teknik tersebut efektif dalam mengatasi tekanan atau beban psikologis.

10) Pola nilai keyakinan

Menggambarkan bagaimana prinsip hidup, tujuan, serta kepercayaan (termasuk aspek spiritual) memengaruhi cara individu mengambil keputusan dan menjalani gaya hidupnya

p. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Kepala

a) Inspeksi: Mengamati apakah kulit kepala tampak simetris, warna kulit merata, tidak ada bekas cedera, distribusi rambut merata, dan bentuk kepala normal.

b) Palpasi: Meraba area kepala untuk mendeteksi adanya nyeri tekan

2) Mata

a) Inspeksi: Memeriksa simetri mata, warna retina, pola pertumbuhan bulu mata, serta respon terhadap cahaya. Tanyakan juga apakah klien memakai kacamata atau alat bantu penglihatan lainnya.

b) Palpasi: Uji ketajaman penglihatan dan lapang pandang, serta pastikan tidak ada nyeri tekan pada mata.

3) Hidung

- a) Inspeksi: Periksa kebersihan lubang hidung, kesimetrisan bentuk, dan tanda-tanda peradangan.
 - b) Palpasi: Tes kemampuan penciuman dengan aroma khas seperti kopi, serta periksa adanya nyeri tekan di area hidung.
- 4) Mulut dan tenggorokan
- a) Inspeksi: Perhatikan simetri bibir, warna dan tekstur mukosa, kondisi langit-langit keras maupun lunak, jumlah gigi, dan apakah klien menggunakan gigi palsu.
 - b) Palpasi: Evaluasi apakah terdapat rasa sakit saat menelan
- 5) Telinga
- a) Inspeksi: Amati bentuk dan kondisi bagian luar telinga, terutama tragus, dengan bantuan otoskop
 - b) Palpasi: Uji kemampuan pendengaran dan periksa apakah ada nyeri saat ditekan
- 6) Dada
- a) Inspeksi: Nilai bentuk dada (misalnya dada normal, dada barrel, atau bentuk tidak biasa lainnya) dan perhatikan ada atau tidaknya retraksi.
 - b) Palpasi: Cari adanya tonjolan abnormal, nyeri tekan, dan keseimbangan getaran paru (taktil fremitus).
 - c) Perkusi: Nilai pergerakan diafragma untuk melihat apakah kedua sisi paru mengembang seimbang (biasanya rentang 3–5 cm, sisi kiri sedikit lebih tinggi)
 - d) Auskultasi: Dengarkan suara napas dan bisikan melalui dinding dada; napas tambahan sering terdengar pada lansia akibat penyempitan saluran udara.
- 7) Abdomen
- a) Inspeksi: Amati bentuk perut (apakah distensi), serta gerakan saat bernapas
 - b) Palpasi: Raba permukaan perut untuk mendeteksi pembesaran hati atau limpa, serta periksa apakah ada benjolan.

- c) Perkusi: Ada udara didalam abdomen
 - d) Auskultasi: Identifikasi adanya udara dalam rongga perut.
- 8) Genetalia
- a) Inspeksi: Amati simetri, kebersihan, dan ada atau tidaknya lesi atau benjolan di area genital.
 - b) Palpasi: Raba area genital untuk mendeteksi nyeri tekan atau kelainan lainnya.
- 9) Ekstremitas
- a) Inspeksi: Menilai kekuatan otot, mengamati apakah klien menggunakan alat bantu untuk bergerak, serta memperhatikan warna kuku.
 - b) Palpasi: Memeriksa keseimbangan sistem saraf dan kekuatan otot, serta mengevaluasi apakah terdapat nyeri saat area tertentu ditekan.
- 10) Integumen
- a) Inspeksi: Mengamati kondisi kulit di area yang terbuka, mengevaluasi kelembapan kulit, serta memperhatikan adanya kelainan atau gangguan kulit yang tidak biasa.
 - b) Palpasi: Menyentuh permukaan kulit untuk menentukan teksturnya (apakah halus atau kasar), dan memeriksa ada atau tidaknya rasa nyeri saat disentuh. (nurfitri 2023)

Tabel 2.1 skoring prioritas masalah

| No | Kriteria | Skor | Bobot | Skoring |
|----|-----------------------------------|------|-------|--------------------|
| 1 | Sifat masalah | | | $3/3 \times 1 = 1$ |
| | a. Aktual | 3 | | |
| | b. Resiko tinggi | 2 | 1 | |
| | c. Potensial | 1 | | |
| 2 | Kemungkinan masalah untuk di ubah | | | $2/2 \times 2 = 2$ |

| | | | | |
|---|-----------------------|----|---|--------------------|
| | a. Tinggi | 2 | 2 | |
| | b. Sedang | 1 | | |
| | c. Rendah | 0 | | |
| 3 | Potensi untuk dicegah | | | $3/3 \times 1 = 1$ |
| | a. Mudah | 3 | | |
| | b. Cukup | 2 | 1 | |
| | c. Tidak dapat | 1 | | |
| 4 | Menonjolnya masalah | | | $2/2 \times 1 = 1$ |
| | a. Segera | 2 | | |
| | b. Tidak perlu segera | 1 | 1 | |
| | c. Tidak di rasakan | 0 | | |
| | Total | 18 | 5 | 5 |

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara berikut ini:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang telah dibuat
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan angka tertinggi yang dikalikan dengan bobot.
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi adalah 3, sama dengan seluruh bobot.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap analisis terhadap data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan selama proses pengkajian. Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang paling umum untuk kasus diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif

- c. Gangguanintegritas kulit/jaringan
- d. Hipovolemia
- e. Defisit Nutrisi
- f. Risiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan Keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan semua bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan landasan ilmiah dan hasil penelitian klinis, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Tindakan keperawatan adalah kegiatan atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat sebagai pelaksanaan dari intervensi keperawatan tersebut.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah</p> <p>Definisi: Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentan normal</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) b.d disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan</p> | <p>Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi meningkat 2. Kesadaran meningkat 3. Pusing menurun | <p>Kode intervensi utama 1.03115 manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab hiperglikemia |

| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan | Rasional |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | (SDKI) | (SLKI) | (SIKI) | |
| | <p>gluosa darah puasa, penggunaan insulin atau obat oral, hiperinsulinemia (mis. Insulinoma), endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari), difungsi hati, difungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, tindakan pembedahan neoplasma, gangguan metabolik bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk 2. Pusing <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah atau lesu <p>Objektif</p> <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan koordinasi 2. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah <p>Hiperglikemia</p> | <ol style="list-style-type: none"> 4. Lelah/ lesu menurun 5. Keluhan lapar menurun 6. Gemetar menurun 7. Berkeringat menurun 8. Mulut kering mneurun 9. Rasa haus menurun 10. Perilaku aneh menurun 11. Kesulitan bicara menurun 12. Pusing menurun 13. Kadar glukosa dalam darah membaik | <p>menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kadar glukosa darah <i>jika perlu</i> 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar | <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Untuk mengetahui kadar glukosa darah 4. Untuk mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia 5. Untuk mengetahui intake dan output cairan 6. Untuk mengetahui kadar analisa darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>1. Kadar glukosa dalam darah/urin Gejala dan tanda minor Subjektif Hipoglikemia</p> <p>1. Palpitasi 2. Mengeluh lapar Hiperglikemia</p> <p>1. Mulut kering 2. Haus meningkat Objektif Hipoglikemia</p> <p>1. Gemetar 2. Kesadaran menurun 3. Perilaku aneh 4. Sulit bicara 5. Berkeringat Hiperglikemia</p> <p>1. Jumlah urin meningkat Kondisi klinis terkait</p> <p>1. Diabetes melitus 2. Ketoasidosis diabetik 3. Hipoglikemia 4. Hiperglikemia 5. Diabetes gestasional 6. Penggunaan kortikosteroid</p> | <p>14. Kadar glukosa dalam urin menurun</p> <p>15. Papitasi membaik</p> <p>16. Perilaku membaik</p> <p>17. Jumlah urin membaik</p> | <p>analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>7. Berikan asupan cairan oral</p> <p>8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>9. fasilitas ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p> | <p>Terapeutik:</p> <p>7. Untuk menjaga keseimbangan cairan</p> <p>8. Untuk mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>9. Untuk mengetahui apakah</p> |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Nutrisi parenteral total (TPN) | | <p>Edukasi:</p> <p>10. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>11. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>12. Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, <i>jika perlu</i></p> <p>Kolaborasi:</p> | <p>adanya hipotensi ortostatik</p> <p>Edukasi:</p> <p>10. Untuk mengetahui monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>11. Untuk mengetahui kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>12. Untuk mengetahui indikasi pentingnya pengujian keton urin</p> <p>Kolaborasi:</p> |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 13. Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i> | 13. Untuk menurunkan kadar glukosa darah |
| 2. | <p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah</p> <p>Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p> | <p>Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat | <p>Kode Intervensi Utama 1.02079 Perawatan sirkulasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brancial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sirkulasi perifer 2. Untuk mengetahui faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Untuk mnegetahui panas, kemerahan, nyeri, atau |

| No | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi keperawatan | Rasional |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | (SDKI) | (SLKI) | (SIKI) | |
| (D.0009) | b.d Hiperglikemia, Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, Peningkatan tekanan darah, Kekurangan volume cairan, Penurunan aliran arteri dan /atau vena, Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas), Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes militus, hiperlidemia), Kurang aktivitas fisik. | <ul style="list-style-type: none"> 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kailer cukup | <p>Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi).</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi <p>Edukasi:</p> | <p>bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengetahui pencegahan infeksi 5. Untuk menjaga kesehatan kuku dan kulit 6. Untuk mnecegah dehidrasi |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| | Gejala dan Tanda Mayor | membaik | 7. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar | Edukasi: 7. Untuk mencegah kulit terbakar |
| | Subjektif | 13. Akral cukup membaik | | |
| | 1. (Tidak Tersedia) | 14. Turgor kulit cukup membaik | 8. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, <i>jika perlu</i> | 8. Untuk menurunkan tekanan darah |
| | Objektif | 15. Tekanan darah sistolik cukup membaik | | 9. Untuk mengontrol tekanan darah |
| | 1. Pengisian kapiler > 3detik | 16. Tekanan darah diastolik cukup membaik | 9. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur | 10. Untuk menghindari kulit kering dan rusak |
| | 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba | 17. Tekanan arteri rata-rata cukup membaik | 10. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit | 11. Untuk memperbaiki sirkulasi |
| | 3. Akral teraba dingin | | | |
| | 4. Warna kulit pucat | 18. Indeks ankle-brachial cukup membaik | | |
| | 5. Tugor kulit menurun | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | Gejala Tanda Mayor Subjektif | | kering pada kaki) | |
| | 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) | | 11. Anjarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) | |
| | Objektif | | | |
| | 1. Endema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks <i>anklebrachial</i> <0, 90 4. Bruit femoral | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------|
| | Kondisi Klinis Terkait | | | |
| | 1. Tromboflebitis | | | |
| | 2. Diabetes militus | | | |
| | 3. Anemia | | | |
| | 4. Gagal jantung kongestif | | | |
| | 5. Kelainan jantung kongenital | | | |
| | 6. Trombosis arteri | | | |
| | 7. Varises | | | |
| | 8. Trombosis vena dalam | | | |
| | 9. Sindrom kompartemen | | | |
| 3 | Defisit nutrisi (D.0019) | b.d Setelah dilakukan 3 kali | Kode Intervensi Utama | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.</p> <p>Definisi:</p> <p>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Defisit nutrisi (D.0019) b.d</p> <p>Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, Peningkatan kebutuhan</p> | <p>kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot penguyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan | <p>1.03119 Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui status nutrisi 2. Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan 3. Untuk mengetahui makanan yang disukai 4. Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Untuk mengetahui asupan makanan |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| | metabolisme, Faktor ekonomi (mis. Finansil tidak mencukupi), Faktor psikologi (mis. stress, keengganan untuk makan) | nutrisi meningkat | laboratorium | 6. Untuk mnegetahui berat badan 7. Untuk mnegetahui hasil pemeriksaan laboratorium |
| | Gejala dan Tanda Mayor | 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat | | Terapeutik: 8. Untuk membersihkan mulut |
| | Subjektif (Tidak Tersedia) | 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat | Terapeutik: 8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i> | 9. Untuk menentukan pedoman diet |
| | Objektif | 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat | 9. Fasilitas menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) | 10. Untuk meningkatkan selera makan |
| | 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah | 10. Penyiapan dan | 10. Sajikan makan secara menarik dan suhu yang | 11. Agar mencegah konstipasi 12. Untuk mendukung |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | rentang ideal | penyimpanan makanan yang aman meningkat | sesuai | Pertumbuhan dan Perbaikan Jaringan |
| | Gejala dan Tanda Mayor | 11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat | 11. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi | |
| | Subjektif | 12. Perasaan cepat kenyang menurun | 12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein | |
| | 1. Cepat kenyang setelah makan. | 13. Nyeri abdomen menurun | Edukasi: 13. Ajarkan diet yang diprogramkan | Edukasi: 13. Untuk mencegah kenaikan berat badan yang tidak diketahui |
| | 2. Keram/nyeri abdomen. | 14. Sariawan menurun | | |
| | 3. Napsu makan menurun | 15. Rambut rontok menurun | Kolaborasi: 14. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan | Kolaborasi: 14. Untuk mengetahui medikasi sebelum makan 15. Untuk mengetahui jumlah |
| | Objektif | | | |
| | 1. Bising usus hiperaktif. | | | |
| | 2. Otot pengunyah lemah. | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| | 3. Otot penelan lemah. | 16. Diare menurun | (mis. Pereda nyeri, antilemetik), <i>jika perlu</i> | kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan |
| | 4. Membran mukosa pucat. | 17. Berat badan membaik | | |
| | 5. Sariawan. | 18. Indeks massa tubuh (IMT) membaik | 15. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i> | |
| | 6. Serum albumin turun. | 19. Frekuensi makan membaik | | |
| | 7. Rambut rontok berlebihan. | 20. Nafsu makan membaik | | |
| | 8. Diare | 21. Bising usus membaik | | |
| | <i>Kondisi Klinis Terkait</i> | 22. Tebal lipatan kulit trisep membaik | | |
| | 1. Stroke | 23. Tebal lipatan kulit trisep membaik | | |
| | 2. Parkinson | | | |
| | 3. <i>Moboius Syndrom</i> | | | |
| | 4. <i>Carebral palsy</i> | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|-----|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------|
| 5. | <i>Cleft lip</i> | | | |
| 6. | <i>Cleft palate</i> | | | |
| 7. | <i>Amyotriopic lateral sclerosis</i> | | | |
| 8. | Kerusakan neuromuskiular | | | |
| 9. | Luka bakar | | | |
| 10. | Kanker | | | |
| 11. | Infeksi | | | |
| 12. | AIDS | | | |
| 13. | Penyakit Crohn's | | | |
| 14. | Enterokolitis | | | |
| 15. | Fibrosis kistik | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | <p>Hipovolemia (D. 0023) b.d ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.</p> <p>Definisi Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.</p> <p>Hipovolemi (D.0023) b.d Kehilangan cairan aktif, Kegagalan mekanisme regulasi, Peningkatan permeabilitas kapiler, Kekurangan intake</p> | <p>Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turor kulit meningkat 3. Output urine meningkat 4. Pengisian vena meningkat 5. Ortopnea menurun | <p>Kode Intervensi Utama: 1.03116</p> <p>Manajemen hipovolemia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor klit menurun, membrane mukosa keirng, volume urine menurun, hematorit meningkat, haus, lemah) | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala hipovolemia 2. Untuk mengetahui intake dan output cairan |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| | cairan, Evaporasi. | 6. Dispnea menurun | 2. Monitor intake dan output cairan | |
| | Gejala dan Tanda Mayor | 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun | Terapeutik: | |
| | Subjektif | 8. Edema anasarkal menurun | 3. Hitung kebutuhan cairan | |
| | (Tidak Tersedia) | 9. Edema perifer menurun | 4. Berikan asupan cairan oral | Terapeutik: |
| | Objektif | 10. Berat badan menurun | | 3. Untuk mengetahui kebutuhan cairan |
| | 1. Frekuensi nadi meningkat | 11. Distensi vena jugularis menurun | Edukasi: | 4. Untuk mengatur keseimbangan elektrolit |
| | 2. Nadi teraba lemah | 12. Suaran apas tambahan menurun | 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral | Edukasi: |
| | 3. Tekanan darah menurun | 13. Kongesti paru | 6. Anjurkan menghindari perubahan posisi | 4. Untuk terus menjaga keseimbangan cairan dan |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| 4. | Tekanan nadi menyempit | menurun | mendadak | elektrolit |
| 5. | Turgor kulit menurun | 14. Perasaan lemah | Kolaborasi: | 5. Untuk mencegah |
| 6. | Membran mukosa kering | menurun | 7. Kolaborasi pemberian | terjadinya resiko jatuh |
| 7. | Volume Urine menurun | 15. Keluhan haus menurun | produk darah | Kolaborasi: |
| 8. | Hematokrit meningkat | 16. Konsentrasi urine menurun | | 6. Untuk mengetahui |
| Gejala dan Tanda Mayor | | 17. Frekuensi nadimembaik | | pemberian produk darah yang diperlukan |
| Subjektif | | 18. Tekanan darah membaik | | |
| 1. | Merasa lemah | 19. Tekanan nadi membaik | | |
| | | 20. Membrane mukosa membaik | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|----------|
| 2. | Mengeluh haus | 21. Jugular venous pressure (JVP) membaik | | |
| Objektif | | 22. Kadar Hb membaik | | |
| 1. | Pengisian vena menurun | 23. Kadar Ht membaik | | |
| 2. | Status mental berubah | 24. Central venous pressure membaik | | |
| 3. | Suhu tubuh meningkat | 25. Refluks hepatojugular membaik | | |
| 4. | Konsentrasi urine meningkat | 26. Berat badan membaik | | |
| 5. | Berat badan turun tiba-tiba | 27. Hepatomegali membaik | | |
| <i>Kondisi Klinis Terkait</i> | | 28. Oliguria membaik | | |
| 1. | Penyakit Addison | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| | 2. Trauma/pendarahan | 29. Intake cairan membaik | | |
| | 3. Luka bakar | 30. Status mental membaik | | |
| | 4. AIDS | 31. Suhu tubuh membaik | | |
| | 5. Penyakit <i>Crohn</i> | | | |
| | 6. Muntah | | | |
| | 7. Diare | | | |
| | 8. Kolotis Ulseratif | | | |
| | 9. Hipoalbuminemia | | | |
| 5. | Gangguan Kulit/Jaringan* (D.0129) b.d ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan. | Integritas Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan | Kode Intervensi Utama. 1.11353 Perawatan Integritas Kulit | Observasi: |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Definisi</p> <p>Kerusakan kulit (Dermis dan/atau Epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea fasia, otot, tendon, tiulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).</p> <p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan* (D.0129) b.d Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan,</p> | <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 3. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk menghindari hipoalergik pada kulit sensitif 3. Untuk mencegah |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Penurunan mobilitas, Bahan kimia iritatif, Suhu lingkungan yang ekstrem, Faktor mekanisme (mis. Penekanan tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), Efek samping terapi radiasi, kelembaban, Proses penuaan, Neuropati perifer, Perubahan pigmentasi, Perubahan hormonal, Kurang terpapar informasi tentang upaya pertahankan/melindungi integritas jaringan.</p> | <p>9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik</p> | <p>kering</p> <p>Edukasi:</p> <p>4. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</p> <p>5. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> | <p>kerusakan pada kulit</p> <p>Edukasi:</p> <p>4. Untuk mencegah kulit kering</p> <p>5. Untuk mencegah dehidrasi</p> <p>6. Untuk mengetahui cara meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>7. Untuk mengetahui cara meningkatkan asupan buah dan sayur</p> |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>(Tidak Tersedia)</p> | | <p>9. Anjurkan mandi dan menggunakan sabunsecukupnya</p> | <p>8. Untuk menghindari kulit kering akibat paparan sinar matahari</p> <p>9. Agar menghindari kerusakan pada kulit maupun jaringan</p> |
| | <p>Objektif</p> <p>1. Kerusakan jaringan dan /atau lapisan kulit</p> | | | |
| | <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------|
| | Subjektif | | | |
| | (Tidak Tersedia) | | | |
| | <i>Objektif</i> | | | |
| | 1. Nyeri | | | |
| | 2. Pendarahan | | | |
| | 3. Kemerahan | | | |
| | 4. Hematoma | | | |
| | Kondisi Klinis Terkait | | | |
| | 1. Imobilitas | | | |
| | 2. Gagal jantung kongestif | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 6. | <p>Risiko Infeksi (D.0142) b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>Definisi Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p> <p>Risiko Infeksi (0142) b.d</p> | <p>Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kebersihan tangan meningkat Kebersihan badan meningkat Nafsu makan | <p>Kode Intervensi Utama. 1.14508 Manajemen Imunisasi/ Vaksinasi</p> <p>Obsevasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. Reaksi anafilaksis | <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui riwayat kesehatan dan riwayat alergi Untuk mnegetahui kontraindikasi pemberian |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Penyakit kronis (mis. Diabetes miitus), Efek Prosedur invasif, malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (Gangguan peristaltik, Gaguan intergritas kulit, Perubahan sekresi Ph, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok, Statis cairan tubuh), Ketidakadekuatan pertahan tubuh sekunder: (Penurunan hemoglobin, Imununosupresi, leukopenia, Supresi respon | meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Vesikel menurun 9. Cairan berbau busuk menurun 10. Sputum berwarna hijau menurun 11. Drainase purulent menurun | terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam) 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan Terapeutik: 4. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. Nama produsen, tanggal kedaluwarsa) 5. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat | imunisasi 3. Untuk mnegetahui status imunisasi setiap kunjungana ke pelayanan kesehatan Terapeutik: 4. Untuk mengetahui informasi vaksinasi 5. Untuk mnegetahui jadwal imunisasi pada interval |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | inflamsi, Vansinasi tidak adekuat. | 12. Piuna menurun | Edukasi: | waktu yang tepat |
| | Kondisi Klinis Terkait | 13. Periode malaise menurun | 6. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping | Edukasi |
| | 1. AIDS | 14. Periode menggigil menurun | 7. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H, influenza, polio, campak, measles, rubella) | 6. Untuk mengetahui tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal dan efek samping |
| | 2. Luka bakar | 15. Letargi menurun | | 7. Untuk mnegetahui informasi imunisasi yang diwajibkan pemerintah |
| | 3. Penyakit paru obstruktif kronis | 16. Gangguan kognitif menurun | | 8. Untuk mengetahui informasi imunisasi yang melindungi terhadap penyakit saatini tidak diwajibkan pemerintah |
| | 4. Diabetes militus | 17. Kadar sel darah putih membaik | | |
| | 5. Tindakan invasif | 18. Kultur darah membaik | 8. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit saat ini tidak diwajibkan pemerinth | |
| | 6. kondisi penggunaan terapi steroid | 19. Kultur urine membaik | | |
| | 7. penyalagunaan obat | 20. Kultur sputum | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 8. | Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) | membaik | (mis. Influenza, pneumokokus) | 9. Untuk mengetahui informasi vaksinansi untuk kejadian khusus |
| 9. | Kanker | 21. Kultur area luka membaik | 9. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. Rabies, tetanus) | |
| 10. | Gagal ginjal | 22. Kultur feses membaik | | |
| 11. | Imunosupresi | | | |
| 12. | Lymphedema | | | |
| 13. | Leukositopenia | | | |
| 14. | Gangguan fungsi hati | | | |
| 7. | Intoleransi aktivitas (D.0056) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. | Setelah dilakukan 3 kali kunjungan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan Kriteria Hasil: | Kode intervensi utama: 1.05178 Manajemen Energi Observasi: 1. Identifikasi gangguan | Observasi: 1. Untuk mengetahui |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Definisi: Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</p> <p>Intoleransi aktivitas (D.0056) b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh lelah</p> | <p>1. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>2. Saturasi oksigen meningkat</p> <p>3. Kemudahan dalam meningkatkan</p> <p>4. melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>5. Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>6. Jarak berjalan meningkat</p> <p>7. Kekuatan tubuh bagian</p> | <p>fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Monitor keadaan fisik dan emosional</p> <p>3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik:</p> | <p>gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Untuk mengetahui keadaan fisik dan emosional</p> <p>3. Untuk mengetahui pola dan jam tidur</p> <p>4. Untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik:</p> <p>5. Untuk mendapatkan</p> |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| | Objektif | atas meningkat | 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) | lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus |
| | 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat | 8. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat | | |
| | | 9. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat | Edukasi: | Edukasi: |
| | Gejala dan Tanda Mayor | 10. Keluhan lelah menurun | 6. Anjurkan tirah baring | 6. Untuk meminimalkan stres pada tubuh |
| | Subjektif | 11. Dispnea saat aktivitas menurun | 7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | 7. Untuk mengetahui aktivitas yang dilakukan secara bertahap |
| | 1. Dispnea saat/setelah beraktivitas | 12. Dispnea setelah aktivitas menurun | 8. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang | 8. Untuk mencegah terjadinya gejala kelelahan tidak berkurang |
| | 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas | | | |
| | 3. Merasa lemah | 13. Perasaan lemah menurun | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | | 14. Aritmia saat aktivitas menurun | 9. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan | 9. Untuk mengurangi kelelahan |
| | <i>Objektif</i> | | | |
| | 1. Tekanan darah berubah >20% kondisi istirahat | 15. Aritmia setelah aktivitas menurun | Kolaborasi: | Kolaborasi: |
| | 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas | 16. Sianosis menurun | 10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan | 10. Untuk mengetahui cara meningkatkan asupan makanan |
| | 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia | 17. Warna kulit membaik | | |
| | 4. Sianosis | 18. Tekanan darah membaik | | |
| | | 19. Frekuensi napas membaik | | |
| | | 20. EKG iskemia membaik | | |
| | <i>Kondisi Klinis Terkait</i> | | | |
| | 1. Anemia | (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi keperawatan (SIKI) | Rasional |
|----|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------|
| 2. | Gagal jantung kognitif | | | |
| 3. | Penyakit jantung koroner | | | |
| 4. | Penyakit katip jantung | | | |
| 5. | Aritmia | | | |
| 6. | Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) | | | |
| 7. | Gangguan metabolik | | | |
| 8. | Gangguan muskuloskeleta | | | |

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu secara spesifik. Salah satu bentuk implementasi keperawatan tersebut adalah pemberian rebusan daun salam. (Lisnawati, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi, yang bertujuan untuk menilai pencapaian dari tujuan yang telah dirancang. Proses ini dilakukan dengan membandingkan hasil yang diperoleh secara nyata dengan tujuan serta indikator keberhasilan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. (Lisnawati, 2023).

D. Konsep Daun Salam

1. Definisi

Daun salam (*Syzygium polyanthum*) merupakan tanaman herbal yang mudah ditemukan di berbagai wilayah. Selain sering dimanfaatkan sebagai bahan tambahan dalam masakan, daun ini juga dikenal memiliki manfaat kesehatan, salah satunya adalah membantu mengatasi Diabetes Melitus (Oktaviani, 2023). Kandungan polifenol dalam daun salam berperan dalam meningkatkan sensitivitas terhadap insulin. Selain itu, daun salam juga mengandung berbagai senyawa lain yang bermanfaat dalam menurunkan kadar gula darah, seperti minyak atsiri, tannin, flavonoid, dan terpenoid.

Secara umum, pengobatan dengan tanaman herbal memang cenderung memberikan hasil yang lambat, namun memiliki keuntungan karena minim efek samping yang berbahaya. Sebagai obat tradisional yang diwariskan oleh leluhur, daun salam juga mengandung berbagai vitamin seperti vitamin C, A, E, thiamin, niasin, vitamin B6, B12, serta folat (Yunir et al., 2023). Kandungan flavonoid pada daun salam berfungsi sebagai pencegahan Diabetes dan komplikasinya. Kandungan flavonoid dalam daun salam berfungsi untuk mencegah diabetes serta komplikasi yang menyertainya. Flavonoid juga memiliki sifat protektif terhadap kerusakan sel beta pankreas—yang berperan dalam produksi insulin—dan dapat meningkatkan sensitivitas terhadap insulin serta mengurangi penyerapan glukosa dalam tubuh

(Ajie et al., 2023). Sementara itu, tannin berfungsi sebagai zat astringen yang bekerja dengan mengendapkan protein di permukaan mukosa usus halus, sehingga membentuk lapisan pelindung yang dapat menghambat proses penyerapan glukosa (Monica et al., 2023)

2. Jenis Daun Salam yang Digunakan

Daun salam (*indonesia by life*) merupakan jenis daun salam yang biasa digunakan kebutuhan sehari-hari yang memiliki nama latin *syzygium polyanthum*. Daun ini digunakan sebagai pengharum masakan dan juga sebagai obat tradisional (Rahman et al., 2023).



Gambar 2.2 Daun salam Indonesia *By Leafe*

3. Manfaat Daun Salam

a. Menurunkan kadar gula darah

Kandungan flavonoid dan tannin dalam daun salam berperan penting dalam mengurangi penyerapan gula di dalam tubuh. Senyawa ini tidak hanya membantu mencegah terjadinya diabetes melitus beserta komplikasinya, tetapi juga melindungi sel beta pankreas yang memproduksi insulin. Selain itu, tannin memiliki sifat astringen yang membantu menghambat penyerapan glukosa dalam usus (Monica et al., 2023)

b. Menurunkan asam urat

Penggunaan daun salam sebagai bagian dari terapi herbal tradisional terbukti mampu menurunkan kadar asam urat. Flavonoid yang terkandung di dalamnya membantu proses pengeluaran asam urat melalui urin, sehingga dapat membantu meredakan kondisi tersebut (Wati et al., 2022)

c. Menurunkan kolesterol

Daun salam juga memiliki manfaat dalam membantu menurunkan kadar kolesterol dalam tubuh. Kandungan tannin di dalamnya berperan dalam menurunkan kadar trigliserida dengan efek samping yang sangat minimal (Yunir et al., 2023)

4. Cara Membuat Rebusan Daun Salam

Untuk pengobatan diabetes, daun salam dapat dikonsumsi dalam bentuk rebusan. Langkah-langkahnya dimulai dengan menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan. Setelah itu, ambil sekitar 10 lembar daun salam (sekitar 3 gram), cuci bersih, lalu masukkan ke dalam panci berisi 250 ml air. Rebus selama kurang lebih 10 menit. Setelah selesai, tuangkan air rebusan ke dalam gelas. Rebusan daun salam ini siap diminum dan dapat membantu mempercepat penurunan kadar gula darah, khususnya pada penderita diabetes melitus, rebusan daun salam dapat dikonsumsi setiap pagi (Mukhlisin & Suwanti, 2023)