

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M DENGAN DIABETES MELITUS
PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CAAH RT/RW 03/05
KELURAHAN GALIH PAKUWON KECAMATAN BL. LIMBANGAN
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

NURUL TRI LESTARI

NIM : KHGA20061



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN
DIABETES MELITUS PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG BABAKAN CAAH RT/RW 03/05
KELURAHAN GALIH PAKUWON KECAMATAN
BILIMBANGAN KABUPATEN GARUT

PENYUSUN : NURUL TRI LESTARI

NIM : KHGA20064

Garut, Juni 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji

Program Studi D III Keperawatan

Stikes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN
DIABETES MELITUS PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG BABAKAN CAAH RT/RW 03/05
KELURAHAN GALIH PAKUWON KECAMATAN BI.
LIMBANGAN KABUPATEN GARUT

PENYUSUN : NURUL TRI LESTARI

NIM : KHGA20064

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Iwan Wahyudi, M.Kep.

Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Dr. H. Dian Roslan, S.Kep., M.Kes.

ABSTRAK

IV BAB, 116 Halaman, 18 Tabel, 1 Bagan, 3 Lampiran

Diabetes mellitus adalah penyakit menahun (Kronis) berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan gula darah yang melebihi batas normal.. Seiring dengan berjalannya angka peningkatan lansia yang menderita diabetes mellitus, maka akan menyebabkan peningkatan komplikasi yang di alami oleh penderita diabetes melitus di antaranya komplikasi fisik yang timbul seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal bahkan dapat menyebabkan gangguan yang berdampak pada tingkat kemandirian lansia. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif studi kasus dengan mengambil sampel sebanyak 1 orang. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 3 diagnosa yang muncul pada Tn.M yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin, perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, dan intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.M dari mulai pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, melakukan implementasi, melakukan evaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Diabetes

MellitusDaftar Pustaka: 23

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis sampaikan kepada Allah SWT, atas berkat rahmatnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 03/05 Kelurahan Galih Pakuwon Kecamatan Bl.limbangan Kabupaten Garut”** tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menerima bantuan, dan bimbingan serta pengarahan dari berbagai pihak baik moril maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. H Hadiat, MA. Selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnasi S. Kep, Ners., M. Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. K. Dewi Budiarti, S. Kep, Ners., M.Kep. selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Dr. H Dian Roslan H, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing institusi yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta motivasi hingga selesainya penulisan karya ilmiah ini.
5. Iwan Wahyudi, M. Kep, selaku penguji I yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga selesainya penulisan karya ilmiah ini.

6. Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners. Kep, selaku penguji II yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga selesainya penulisan karya ilmiah ini.
7. Tn. M dan keluarga Tn. M yang telah bekerjasama meluangkan waktu dan kesempatannya dalam penyusunan karya ilmiah ini.
8. Kepada Staff dan Dosen Stikkes Karsa Husada Garut khusus prodi D III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Bapak Agus dan Ibu Nunung selaku orang tua saya serta kakak saya Sakti Muhammad Megantara dan Bayu Muhamad Perkasa serta Orang special dalam Hidup saya Prayuda Aditya sebagai motivator yang telah membantu, mendidik, selalu mensupport dan kasih sayang serta do'ayang tiada henti-hentinya.
10. Kepada Teman-teman seperjuangan di Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, khususnya Salwa Aulia Rahma, Putri Aprilia, Diantika Altysya Sania, dan Siti Sobariah, yang telah memberikan bantuan, dorongan semangat dan kenangan yang terukir manis dihati penulis.
11. Kepada semua Teman-teman mahasiswa kelas 3B D3 Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, kebersamaan dengan kalian semua adalah kenangan terindah dalam hidup penulis yang tak pernah terlupakan.
12. Seluruh pihak terkait yang tidak bias disebutkan satu persatu yang turut membantu, sehingga laporan ini diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk membangun kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Aamiin

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Metode Telaahan	6
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konser Dasar Keperawatan Gerontik	10
1. Definisi Lanjut Usia.....	10
2. Batasan Lanjut usia	10
3. Tipe Lansia	12
4. Proses Menua.....	13
5. Perubahan-perubahan Akibat Proses Menua	13

B. Konsep Dasar Penyakit.....	18
1. Definisi	18
2. Klasifikasi Diabetes Mellitus.....	19
3. Etiologi	20
4. Manifestasi Klinis.....	23
5. Patofisiologi.....	25
6. Pathway.....	28
7. Penatalaksanaan.....	29
8. Komplikasi.....	30
9. Pemeriksaan Penunjang.....	32
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	34
1. Pengkajian.....	35
2. Diagnosa Keperawatan	49
3. Rencana Keperawatan	50
4. Implementasi Keperawatan.....	61
5. Evaluasi Keperawatan	61
6. Dokumentasi Keperawatan.....	62
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	63
A. TINJAUAN KASUS	63
1. Pengkajian.....	63
2. Diagnosa Keperawatan	79
3. Rencana Keperawatan	81

4. Implementasi Keperawatan.....	84
5. Catatan Perkembangan	88
B. PEMBAHASAN	91
1. Pengkajian.....	92
2. Diagnosa Keperawatan	93
3. Rencana keperawatan	95
4. Implementasi Keperawatan	97
5. Evaluasi Keperawatan	99
6. Dokumentasi Keperawatan.....	100
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	101
A. Kesimpulan.....	101
1. Pengkajian.....	101
2. Diagnosa Keperawatan	101
3. Intervensi Keperawatan	101
4. Implementasi Keperawatan.....	103
5. Evaluasi Keperawatan	103
6. Dokumentasi Keperawatan.....	103
B. Rekomendasi	104
DAFTAR PUSTAKA	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Distribusi frekuensi 10 besar penyakit di wilayah kerja					
UPT	Puskemas	limbangan	Tahun	2022	10	
.....						
Tabel	2.	1	Katz	Indeks	38	
.....						
Tabel	2.2	Modifikasi	Barthel	Indeks	39	
.....						
Tabel 2.3	Pengkajian	Kemampuan	Intelektual	SPSMQ	41	
.....						
Tabel 2.4	Pengkajian	Kemampuan	Aspek Kognitif	MMSE	42	
.....						
Tabel 2.5	Pengkajian	Fungsi	Sosial	Apgar	44	
.....						
Tabel	2.6	Analisa	Data	45		
.....						
Tabel 2.7	Rencana Keperawatan					49
Tabel	3.1	Katz	Indeks	Tn.	M	68
.....						
Tabel	3.2	Barthel	Indeks	Tn.	M	69
.....						
Tabel 3.3	Short Portabel Mental Status Questioner (SPSMQ) Tn. M.					70
..						

Tabel 3.4	Mini Mental State Examination (MMSE)	Tn. M	71
.....			
Tabel 3.5	Apgar Keluarga	Tn. M	73
.....			
Tabel 3.6	Analisa Data	Tn. M	74
.....			
Tabel 3.7	Rencana Keperawatan	Tn. M	77
M.....			
Tabel 3.8	Implementasi Keperawatan	Tn. M	80
.....			
Tabel 3.9	Catatan Perkembangan	Tn. M Hari Ke-1	83
.....			
Tabel 3.10	Catatan Perkembangan	Tn. M Hari Ke-2	85
.....			

DAFTAR BAGAN

Bagan	2.1	Pathway	Diabetes	Militus	26
--------------	------------	----------------	-----------------	----------------	-----------

.....

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I

Lampiran II Daftar Riwayat Hidup

Lampiran III Lembar Bimbingan

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan salah satu kelompok atau populasi berisiko (population at risk) yang semakin meningkat jumlahnya. Indonesia akan memasuki ageing population ditandai dengan persentase lanjut usia (lansia) yang akan mencapai 10% pada tahun 2020 (Kemenkes RI, 2020). Jumlah orang lanjut usia (Lansia) di Indonesia saat ini sekitar 27,1 juta orang (Redaksi Sehat Negeriku, 2021). Lansia identik dengan berbagai penurunan status kesehatan terutama status kesehatan fisik dan berisiko terkena Penyakit Tidak Menular (PTM) salah satunya diabetes mellitus (Kemenkes RI, 2020).

Diabetes Mellitus adalah Penyakit menahun (Kronis) berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan gula darah yang melebihi batas normal. Penyebab kenaikan kadar gula darah tersebut menjadi landasan pengelompokan jenis Diabetes Mellitus (Kementrian Kesehatan RI, 2020). Diabetes mellitus pada lansia disebabkan karena DM tipe II terjadi karena akibat adanya resistensi insulin yang mana sel - sel dalam tubuh tidak mampu merespon sepenuhnya insulin. (International Diabetes Federation, 2021).

Organisasi International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF

memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9 % pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi terus meningkat hingga mencapai 578 juta ditahun 2030 dan 700 juta ditahun 2045 (Kemenkes RI, 2020).

Wilayah Asia Tenggara dimana Indonesia berada, menempati peringkat ke-3 dengan prevalensi sebesar 11,3%. IDF juga memproyeksikan jumlah penderita diabetes pada penduduk umur 20-79 tahun pada beberapa negara di dunia yang telah mengidentifikasi 10 negara dengan jumlah penderita tertinggi. Cina, India, dan Amerika Serikat menempati urutan tiga teratas dengan jumlah penderita 116,4 juta, 77 juta, dan 31 juta. Indonesia berada di peringkat ke-7 di antara 10 negara dengan jumlah penderita terbanyak, yaitu sebesar 10,7 juta. Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia Tenggara pada daftar tersebut, sehingga dapat diperkirakan besarnya kontribusi 3 Indonesia terhadap prevalensi kasus diabetes di Asia Tenggara (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Data terbaru International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2021 menyebut sekitar 19,46 juta orang di Indonesia mengidap diabetes. Angka itu meningkat 81,8% dibandingkan 2019 (International Diabetes Federation, 2021).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus (DM) di Indonesia berdasarkan diagnosa dokter pada umur ≥ 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan perevalensi diabetes melitus pada penduduk ≥ 15 tahun pada

hasil Riskesdas tahun 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2020), terdapat empat Provinsi dengan prevalensi tertinggi pada tahun 2013 dan 2018, yaitu Yogyakarta, DKI Jakarta, Sulawesi Utara, dan Kalimantan Timur. Provinsi Jawa Barat menduduki urutan ke 17 dari 34 provinsi di Indonesia. Prevelensi diabetes mellitus di jawa barat meningkat dari 1,3% menjadi 1,7%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur menurut Kabupaten atau Kota di Provinsi Jawa Barat yang mengalami diabetes mencapai 73.285 orang. Kabupaten Garut masuk ke dalam peringkat ke 5 sebanyak 3.930 orang dan pravelensi tertinggi pada tahun 2018 yaitu Kabupaten Bogor, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Bandung.

Data yang didapatkan dari Puskesmas limbangan dari tahun 2022 penderita Diabetes Mellitus berada di peringkat ke 3 dari 10 penyakit dengan penderita sebanyak 30 orang. Dalam hal ini penulis melakukan penelitian dan kunjungan di wilayah kerja Puskesmas Limbangan Kabupaten Garut melalui Kader Kesehatan di kampung Babakan Caaah RT/RT 03/05 kelurahan Galih pakuwon kecamatan BL.Limbangan kabupaten Garut.

Berikut data yang diperoleh tahun 2022 dari 10 besar penyakit di Puskesmas Limbangan sebagai berikut:

Tabel 1.1
Distribusi frekuensi 10 besar penyakit di wilayah kerja
UPT Puskesmas limbangan Tahun 2022

NO	Nama Penyakit	Jumlah
1	Arthritis	41
2	Hipertensi	37
3	Diabetes militus	30
4	Gastritis	28
5	ISPA	19
6	Infeksi saluran kemih	15
7	Skabies	14
8	Anemia	10
9	PPOK	5
10	Stroke	3

Sumber : UPT Puskesmas Limbangan

Seiring dengan berjalannya angka peningkatan yang menderita diabetes mellitus, maka akan menyebabkan peningkatan komplikasi yang di alami oleh penderita diabetes melitus di antaranya komplikasi fisik yang timbul seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal bahkan dapat menyebabkan gangguan yang berdampak pada tingkat kemandirian lansia, maka dari itu untuk mengurangi angka peningkatan komplikasi yang akan terjadi serta untuk memandirikan lansia, maka perlu dilakukan upaya untuk penyembuhan dalam bentuk pengobatan dan perawatan (Decroli, 2019).

Dengan demikian maka di perlukan peran perawat sebagai *care giver* untuk membantu lansia dalam kebutuhannya, serta untuk memandirikan lansia dalam upaya mempercepat penyembuhan dan mencegah terjadinya komplikasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan keperawatan,

implementasi keperawatan, evaluasi tindakan keperawatan, sampai dengan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang bersifat menyeluruh dan terarah.

Berdasarkan uraian di atas, dengan tingginya persentase penyakit Diabetes Melitus pada lansia, Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang menderita penyakit Diabetes Melitus dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 03/05 Kelurahan Galij Pakuwon Kecamatan BL.Limbanagan Kabupaten Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian yang menyebabkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakowon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Mampu

membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut.

- c. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan keperawatan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut.
- d. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut
- e. Mampu mendokumentasikan prosese asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan pada Tn.M. Adapun teknik yang digunakan dalam pengambilan data pada kasus yaitu dengan cara:

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data dengan cara berkomunikasi secara langsung

dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas, riwayat kesehatan, data psikologis, social dan spiritual serta data penunjang yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus serta untuk menjalin hubungan perawat dengan Tn. M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL. Limbangan Kabupaten Garut

2. Observasi

Penulis menggunakan metode pengumpulan data melalui pengamatan atau observasi secara langsung pada klien Diabetes Melitus, menggunakan teknik pengkajian khusus lansia diantaranya: Pengkajian KATZ Indeks, Barthel Indeks, MMSE, SPSMQ, dan lain-lain.

3. Pemeriksaan Fisik

Teknik ini dilakukan dengan cara langsung melakukan pemeriksaan fisik pada klien untuk memperoleh data objektif mengenai kasus Diabetes Melitus dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

4. Study Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui data penunjang yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku referensi yang berguna untuk memperoleh dasar- dasar teori yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan sebagai landasan dalam pemberian asuhan keperawatan

5. Study Kepustakaan

Dilakukan dengan cara membaca dan mempelajari buku-buku dari perpustakaan dan referensi dari internet mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan Diabetes Melitus.

D. Sistematika Penulisan

Pada sistematika penulisan dalam menyusun karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Berisikan meliputi latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, serta sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Berisikan tentang konsep keperawatan gerontik, teori lansia, konsep penyakit Diabetes Mellitus, dan konsep asuhan keperawatan gerontik pada penyakit Diabetes Melitus.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus yaitu membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian sampai evaluasi, sedangkan pembahasan akan dijadikan suatu bahan perbandingan tentang kesamaan dan perbedaan yang ditemukan antara kasus yang nyata dilapangan dan menurut teori, mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berisi kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konser Dasar Keperawatan Gerontik

1. Definisi Lanjut Usia

Menurut Nugroho (2017) Lansia adalah tahap akhir perkembangan manusia yang ditandai dengan adanya kemunduran, misalnya kemundurn fisik yang ditandai dengan mengendur, rambut memutih, gigi ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan figure tubuh yang tidak proporsional. Lansia adalah seseorang yang telah berusia > 60 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari dan merupakan tahap lanjut usia dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi (Ratnawati, 2017).

Lansia yang sehat, merupakan lansia yang mampu memelihara, pencegahan penyakit, meningkatkan kapasitas fungsional, pemulihan dan rehabilitas yang dimiliki lansia, yaituseperti mandi, berpakaian sendiri, berpindah, makan, minum, dan mempertahankan kontinensia. Menjaga dan melestarikan kemampuan untuk melakukan kegiatan dasar hidup sehari-hari adalah hal yang mendasar untuk memperpanjang hidup seorang lansia (Mawaddah, 2020).

2. Batasan Lanjut usia

a. Menurut WHO batasan lanjut usia meliputi:

1) *Middle age* usia 45-49 tahu

2) *Elderly* usia 60-70 tahun

3) *Old* usia 75-90 tahun

4) *Very old* usia > 90 tahun

b. Lanjut usia menurut Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI, 2019) dikelompokkan menjadi:

1) Pra lanjut usia (45-59 tahun)

2) Lanjut usia (60-69 tahun)

3) Usia lanjut dengan resiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan)

3. Tipe Lansia

Menurut Kemenkes RI (2020) beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, social, dan ekonominya. Type tersebut adalah sebagai berikut:

a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan memenuhi undangan.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis. (Mustika, 2019).

Proses menua merupakan proses yang dialami tiap individu disertai dengan adanya penurunann fisik, yaitu ditandai dengan adanya penurunannfungsi organ tubuh individu.

Penurunan fungsi tubuh diikuti dengan perubahan emosi secara psikologis, kognitif, sosial dan kondisi biologis, yang saling berkaitan sehingga dapat memunculkan berbagai macam gangguan. Pada umumnya perubahan-perubahan tersebut mengarah pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang akan menimbulkan pengaruh pada aktivitas ekonomi dan sosialnya (Setiawan, 2009 dalam Zulfiana 2019).

5. Perubahan-perubahan Akibat Proses Menua

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra Sistem pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Intergumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

4) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrop sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat.

5) Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya

ovary dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur.

b. Perubahan Kognitif

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan)
- 2) IQ (Intellegent Quotient)
- 3) Kemampuan Belajar (Learning)
- 4) Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- 5) Pemecahan Masalah (Problem Solving)
- 6) Pengambilan Keputusan (Decision Making)
- 7) Kebijaksanaan (Wisdom)
- 8) Kinerja (Performance)
- 9) Motivasi

c. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat Pendidikan
- 4) Keturunan (hereditas)
- 5) Lingkungan
- 6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.
- 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan

teman dan famili.

- 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

d. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

e. Perubahan Psikososial

1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2) Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3) Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

5) Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

6) Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Diabetes mellitus (DM) yaitu suatu gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglokemia (ADA,2017). Diabetes militus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah akibat kerisakan sekresi insulin ,kerja

insulin atau keduanya (Smelzer,2015)

Diabetes mellitus yaitu suatu penyakit yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang terjadi karena pancreas tidak mampu mensekresi insulin, gangguan kerja insulin, ataupun keduanya. Diabetes mellitus dapat menyebabkan terjadinya kerusakan jangka panjang dan kegagalan pada organ seperti mata, ginjal, syaraf, jantung, serta pembuluh darah apabila dalam keadaan hiperglikemia kronis (*American Diabetes Assosiation, 2020*).

2. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Klasifikasi Diabetes Melitus menurut Tandra (2020:18) adalah sebagai berikut:

a. Diabetes Mellitus type I

Diabetes tipe 1 disebabkan karena pankreas tidak dapat atau kurang mampu membuat insulin yang mengakibatkan insulin dalam tubuh mengalami kekurangan atau tidak ada sama sekali insulin. Kemudian gula akan menumpuk dalam peredaran darah dikarenakan tidak dapat diangkut ke dalam sel. Diabetes tipe ini biasanya timbul pada anak atau remaja serta memerlukan suntik insulin.

b. Diabetes Mellitus type II

Pada type II ini pankreas masih bisa membuat insulin tetapi karena kualitas insulinnya buruk dan tidak dapat berfungsi dengan baik yang menyebabkan gula darah meningkat. Diabetes tipe ini biasanya tidak perlu diberi suntikkan insulin tetapi perlu obat yang bekerja untuk

memperbaiki fungsi insulin dalam menurunkan gula darah. Insulin tidak peka atau biasa disebut resistensi insulin, dimana kualitas insulinnya buruk dan pada akhirnya gula tertimbun dalam peredaran darah. Keadaan ini umumnya terjadi pada orang yang gemuk atau obesitas dan berusia diatas 40 tahun.

c. Diabetes Mellitus Gestational

Diabetes Mellitus Gestational atau Diabetes pada masa kehamilan diakibatkan karena pembentukan beberapa hormon pada wanita hamil yang menyebabkan resistensi insulin. Diabetes ini biasanya baru diketahui setelah kehamilan bulan ke empat ke atas, kebanyakan pada trimester ketiga (tiga bulan terakhir kehamilan). Setelah persalinan, pada umumnya gula darah akan kembali normal.

d. Diabetes Mellitus Tipe Lain

Diabetes ini terjadi karena sekunder atau akibat dari penyakit lain yang mengganggu produksi insulin atau mempengaruhi kerjanya insulin. Contohnya pada pasien dengan pankreatitis, pasien dengan infeksi berat akhirnya memicu kenaikan gula darah dan menjadi penderita diabetes.

3. Etiologi

Menurut American Diabetes Association (2021), etiologi atau penyebab diabetes mellitus adalah sebagai berikut:

a. Diabetes mellitus tipe I

Diabetes tipe 1 atau IDDM (Insulin Dependent Diabetes Millitus) sangat tergantung pada insulin. Disebabkan oleh kerusakan sel beta

pankreas sehingga tubuh tidak dapat memproduksi insulin alami untuk mengontrol kadar glukosa darah, penyebabnya bukan karena faktor keturunan melainkan karena faktor autoimun. Faktor penyebabnya antara lain:

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi oleh proses imun lainnya.

2) Faktor imunologi

Adanya respons otoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

3) Faktor lingkungan

Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Sebagai contoh hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi (hilangnya) sel beta. Virus penyebab DM adalah Rubela,

Mumps, dan Human coxsackievirus B4. Melalui mekanisme infeksi sitolitik dalam sel beta, virus ini mengakibatkan destruksi atau perusakan sel. Bisa juga, virus ini menyerang melalui reaksi autoimunitas yang menyebabkan hilangnya autoimun (aktivasi limfosit T reaktif terhadap antigen sel pulau kecil) dalam sel beta.

b. Diabetes mellitus tipe II

Diabetes tipe 2 atau NIDDM (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus) tidak tergantung insulin. Disebabkan oleh gangguan metabolisme dan penurunan fungsi hormon insulin dalam mengontrol kadar glukosa darah dan hal ini bisa terjadi karena faktor genetik dan juga dipicu oleh pola hidup yang tidak sehat. Selain itu terdapat pula faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe 2. Faktor-faktor ini adalah:

- 1) Usia: Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun.
- 2) Obesitas: Orang yang mengalami obesitas, tubuhnya memiliki kadar lemak yang tinggi atau berlebihan sehingga jumlah cadangan energy dalam tubuhnya banyak begitupun dengan yang tersimpan dalam hati dalam bentuk glikogen.
- 3) Riwayat keluarga

c. Diabetes mellitus gestasional

Diabetes gestasional terjadi karena kelainan yang dipicu oleh kehamilan, diperkirakan karena terjadinya perubahan pada metabolisme

glukosa (hiperglikemia akibat sekresi hormone-hormon plasenta). Teori yang lain mengatakan bahwa diabetes tipe ini disebut sebagai “*unmasked*” atau baru ditemukan saat hamil dan patut dicurigai pada wanita yang memiliki ciri gemuk, riwayat keluarga diabetes, riwayat melahirkan bayi > 4 kg, riwayat bayi lahir mati, dan riwayat abortus berulang.

d. Diabetes tipe lain

Diabetes yang terjadi sekunder atau akibat penyakit lain, yang mengganggu produksi insulin atau mempengaruhi kerja insulin, seperti radang pankreas (pankreatitis), gangguan kelenjar adrenal atau hipofisis, penggunaan hormon kortikosteroid, pemakaian obat-obatan antihipertensi atau antikolesterol, malnutrisi atau infeksi, pasien stroke, pasien infeksi berat, penderita yang dirawat dengan berbagai keadaan kritis, akhirnya memicu kenaikan gula darah dan menjadi penderita diabetes.

4. Manifestasi Klinis

Berikut tanda dan gejala diabetes mellitus yang sering muncul adalah sebagai berikut:

a. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan terjadi ketika sel-sel dalam tubuh tidak mendapatkan glukosa dan energi yang diperoleh dari makanan sehingga tubuh akan memecah lemak untuk memenuhi kebutuhan energi (Pamungkas, 2021).

b. Poliuri (peningkatan pengeluaran urin)

Poliuri terjadi apabila peningkatan glukosa melebihi nilai ambang ginjal untuk reabsorpsi glukosa, maka akan terjadi glukosuria. Hal ini menyebabkan diuresis osmotik yang secara klinis bermanifestasi sebagai poliuri (Rahmasari, 2019).

c. Polidipsi (peningkatan rasa haus)

Polidipsi terjadi karena tingginya kadar gula darah yang menyebabkan dehidrasi berat pada sel di seluruh tubuh. Hal ini terjadi karena glukosa tidak dapat dengan mudah berdifusi melewati pori-pori membran sel (Rahmasari, 2019).

d. Polifagi (peningkatan rasa lapar)

Polifagi terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel (Rahmasari, 2019).

e. Masalah kulit dan proses penyembuhan lambat

Masalah kulit sering ditemukan pada pasien diabetes melitus yaitu kulit gatal dan kulit kering serta proses penyembuhan luka yang lambat karena tingginya kadar gula di dalam darah yang menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan dapat mengurangi efisiensi sel progenitor endotel atau EFC untuk sampai ke lokasi luka sehingga luka sulit sembuh (Pamungkas, 2021).

f. Penglihatan kabur

Kadar gula darah yang tidak terkontrol dalam kurun waktu yang lama mengakibatkan kerusakan permanen pada mata bahkan sampai terjadi kebutaan (Pamungkas, 2021).

g. Kesemutan dan mati rasa

Kesemutan dan mati rasa sering dirasakan pada tangan dan kaki, bersamaan dengan rasa sakit yang membakar. Jika kadar gula darah tidak terkontrol dalam waktu lama akan menyebabkan kerusakan saraf yang permanen (Pamungkas, 2021).

5. Patofisiologi

Pada diabetes mellitus tipe II masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu jumlah insulin kurang (defisiensi insulin) dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang, sehingga terjadinya resistensi insulin karena glukosa yang masuk ke dalam sel berkurang. Dalam keadaan normal, kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% sampai 40% diubah menjadi lemak, tetapi proses tersebut terganggu karena defisiensi insulin. Penyerapan glukosa kedalam sel macet dan metabolismenya terganggu, sehingga terjadi kerusakan pada sel beta dan menyebabkan ketidakseimbangan produksi insulin. Kelainan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah dan tidak dapat dibawa masuk ke dalam sel sehingga terjadi hiperglikemia dan mengakibatkan terjadinya ketidakstabilan kadar glukosa darah. (Anggit, 2017).

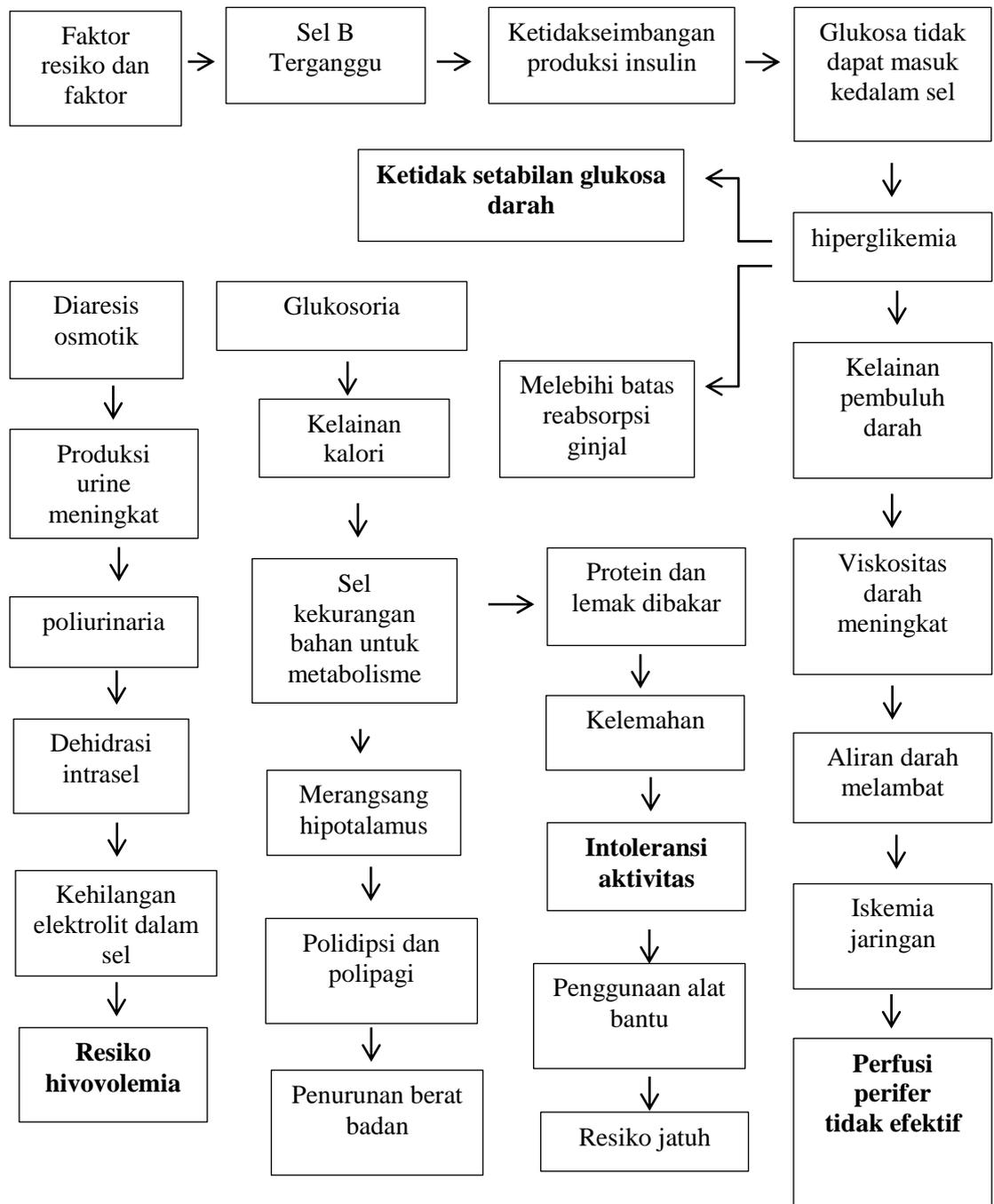
Saat terjadi hiperglikemia, ginjal tidak dapat menahannya karena ambang batas reabsorpsi ginjal untuk gula darah adalah 180 mg/dL, bila melebihi ambang batas tersebut, maka ginjal tidak bias menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria. (Anggit, 2017).

Glukosa menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (Poliuria). Poliuria pada pasien mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien merasakan haus secara terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (Polidipsi). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah menjadi energy. Cara sel untuk mempertahankan fungsinya maka sel akan mengkompensasi hal tersebut dengan cara memecah lemak (lipolisis) dalam tubuh menjadi glukosa dan energi, selain memecah lemak untuk kompensasinya sel juga akan memecah protein yang tersimpan dalam tubuh sehingga mengakibatkan penurunan penyimpanan protein dalam tubuh. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka pasien akan merasa lapar secara terus-menerus sehingga menyebabkan banyak makan yang disebut (Polifagia). Pada Diabetes Melitus tipe II pasien mengalami penurunan berat badan, cepat merasa lemas, dan lelah, hal ini karena tubuh kehabisan glikogen yang telah dilebur menjadi glukosa maka tubuh akan berusaha mendapatkan pelepasan zat dari bagian tubuh lain yaitu

protein dimana akan terjadi katabolisme protein meningkat yang menyebabkan pasien diabetes mellitus sering mengalami kelelahan dan kelemahan otot dan mengakibatkan terjadinya intoleransi aktivitas. Tetapi tubuh akan merasa terus kekurangan bahan untuk metabolisme sehingga tubuh akan memecah cadangan makanan yang ada termasuk jaringan otot dan lemak sehingga akan terjadi penurunan berat badan dan mengakibatkan terjadinya defisit nutrisi Pada seseorang yang mengidap diabetes mellitus, gula darah yang meningkat dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kelainan pada sistem saraf atau neuropati diabetik dan kelainan pembuluh darah (angiopati). Kelainan pembuluh darah terjadi karena tingginya kandungan gula dalam darah pada penderita DM. Hal ini akan membuat darah menjadi lebih pekat, darah yang pekat akan mengakibatkan terjadinya resistensi pembuluh darah karena sirkulasi ke bagian kaki menurun, penurunan sirkulasi (iskemia) diikuti oleh penurunan suplai oksigen ke bagian kaki, akibatnya perfusi jaringan bagian distal menjadi kurang baik dan mengakibatkan terjadinya perfusi jaringan tidak efektif. (Nurahmani & Kurniadi, 2017).

6. Pathway

Bagan 2.1
Pathway Diabetes Melitus



7. Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2021), pengelolaan penyakit Diabetes Melitus dikenal dengan empat pilar yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani dan terapi farmakologis. Keempat pilar pengelolaan tersebut dapat diterapkan pada semua jenis Diabetes Melitus termasuk Diabetes Melitus tipe 2.

a. Edukasi

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

b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi nutrisi medis (TNM) merupakan bagian penting dari pelaksanaan DM secara komprehensif. Prinsip pengaturan makan pada pasien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi itu sendiri. Komposisi makanan yang dianjurkan yaitu Karbohidrat, Lemak, Protein, Natrium, Serat, dan Pemanis Alternatif.

c. Latihan Fisik

Latihan fisik merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM T2. Program latihan fisik secara teratur dilakukan 3-5 hari seminggu selama

sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit per minggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah sebelum latihan fisik. Apabila kadar glukosa darah <100 mg/dL, pasien harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dL, dianjurkan untuk menunda latihan fisik.

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis ini terdiri dari obatoral dan bentuk suntikan.

8. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita Diabetes Mellitus menurut (Subiyanto, 2019) adalah:

a. Komplikasi Akut

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah kurang atau di bawah nilai normal (<60 mg / dl). Gejala ini awalnya akan berkeringat dengan munculnya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, berdebar-debar, pusing, pusing, dan penderita bisa menjadi tidak sadar atau kejang.

2) Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba. Gejala hiperglikemia adalah poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang parah dan pandangan yang kabur. Hiperglikemia yang

berlangsung lama dapat menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik yaitu dimana tubuh sangat kekurangan insulin secara mendadak.

b. Komplikasi kronis

1) Penyakit jantung dan pembuluh darah.

Diabetes meningkatkan risiko berbagai masalah kardiovaskular, termasuk penyakit arteri koroner dengan nyeri dada (angina), serangan jantung, stroke, penyempitan arteri (aterosklerosis), dan tekanan darah tinggi.

2) Kerusakan saraf (neuropati).

Kelebihan gula dapat melukai dinding pembuluh darah kecil (kapiler) terutama di kaki. Ini dapat menyebabkan kesemutan mati rasa, rasa terbakar atau rasa sakit yang biasanya dimulai di ujung jari kaki dan secara bertahap menyebar ke tubuh bagian atas. Gula darah yang tidak terkontrol pada akhirnya dapat menyebabkan mati rasa di bagian tubuh yang terkena.

3) Kerusakan ginjal (nefropati).

Ginjal mengandung jutaan kluster darah kecil yang menyaring limbah dari darah. Diabetes dapat merusak sistem penyaringan tersebut. Kerusakan parah dapat menyebabkan gagal ginjal atau penyakit ginjal tahap akhir yang ireversibel, yang akhirnya memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal.

4) Kerusakan mata.

Diabetes dapat merusak pembuluh darah retina (diabetic retinopathy), berpotensi menyebabkan kebutaan. Diabetes juga meningkatkan risiko kondisi penglihatan serius lainnya, seperti katarak dan glaukoma.

5) Kerusakan kaki.

Kerusakan saraf di kaki atau aliran darah yang buruk ke kaki meningkatkan risiko berbagai komplikasi kaki. Jika tidak diobati, luka dan lecet bisa menjadi infeksi serius. Kerusakan parah mungkin menyebabkan terjadinya amputasi kaki.

6) Gangguan pendengaran.

Masalah pendengaran lebih sering terjadi pada penderita diabetes.

7) Gangguan kulit.

Diabetes dapat membuat seseorang lebih rentan terhadap masalah kulit, termasuk infeksi bakteri dan jamur.

8) Penyakit Alzheimer.

Diabetes tipe 2 dapat meningkatkan risiko penyakit Alzheimer. Semakin buruk kendali gula darah, semakin besar risikonya.

9. Pemeriksaan Penunjang.

Berikut cara pemeriksaan kadar glukosa darah untuk menegakkan diagnosa DM berdasarkan konsensus pengelolaan dan pencegahan DM di

Indonesia (Kardiyudiani & Dwi, 2019) adalah:

a. Tes gula darah (A1C).

Tes darah ini menunjukkan tingkat gula darah rata-rata selama dua hingga tiga bulan terakhir. Tes ini mengukur persentase gula darah yang melekat pada hemoglobin dan protein pembawa oksigen dalam sel darah merah. Tingkat A1C 6.5% atau lebih tinggi pada dua tes terpisah menunjukkan pasien menderita diabetes. Hasil antara 5.7-6.4% dianggap prediabetes, yang menunjukkan risiko tinggi terkena diabetes. Tingkat normal dari A1C adalah dibawah 5.7%.

b. Jika tes A1C tidak dapat dilakukan karena kondisi tertentu yang dapat membuat tes A1C tidak akurat, seperti hamil atau kelainan, dokter akan menggunakan tes berikut untuk mendiagnosis diabetes:

1) Tes gula darah acak.

Sampel darah di ambil pada waktu acak. Nilai gula darah dinyatakan dalam milligram per desiliter (mg/dL) atau milimoles per liter (mmol/L). Kadar gula darah acak 200 mg/dL (11.1 mmol/L) atau lebih tinggi menunjukkan diabetes, terutama bila digabungkan dengan salah satu tanda dan gejala diabetes, seperti sering buang air kecil dan haus ekstrem.

2) Tes gula darah puasa.

Sampel darah diambil setelah pasien menjalani puasa dalam semalam. Tingkat gula darah puasa normal adalah kurang dari 100

mg/dL (5.6 mmol/L). Tingkat gula darah puasa dari 100 hingga 125 mg/dL (5.6 hingga 6.9 mmol/L) dianggap prediabetes, sedangkan hasil pengukuran 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih tinggi pada dua test terpisah adalah indikasi diabetes.

c. Tes toleransi glukosa oral.

Untuk tes ini, pasien akan diminta berpuasa dalam semalam dan kadar gula darah puasa diukur keesokan harinya. Pasien akan diminta minum cairan bergula dan kadar gula darah diuji secara berkala selama dua jam kedepan. Kadar gula darah kurang dari 140 mg /dL (7.8 mmol/ L) dikatakan normal. Hasil antara 140 dan 199 mg/Dl (7.8 mmol/ L dan 11,0 mmol/ L) menunjukkan prediabetes. Sementara itu, pasien dikatakan menderita diabetes bila memiliki hasil tes 200 mg / Dl (11,1 mmol/ L) atau lebih tinggi setelah dua jam.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada lansia dimaksudkan untuk memberikan bantuan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu maupun kelompok, seperti di rumah/lingkungan keluarga, panti werda maupun puskesmas, dan di rumah sakit yang diberikan oleh perawat.

Pendekatan yang digunakan yaitu asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian (Assesment), merumuskan diagnosis keperawatan (nursing diagnosis), merencanakan tindakan keperawatan (nursing intervention), melaksanakan tindakan keperawatan (implementation), dan melakukan

penilaian atau evaluasi (evaluation) (Sunaryo, dkk, 2016).

1. Pengkajian

Menurut Hidayat (2021), Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data yang akurat dari klien. Pengumpulan data dilakukan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah kesehatan risiko, aktual maupun potensial. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objekif pasien yang menjadi dasar rencana keperawatan(Siregar, 2021).

Menurut PPNI (2017), dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia data fokus yang perlu dikaji pada klien dengan Diabetes Melitus antara lain meliputi:

a. Identitas Pasien

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis).
- 2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungandengan pasien).

b. Riwayat kesehatan pasien

1) Keluhan Utama

Cemas, lelah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas

pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kussmaul, gangguan pola tidur, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan, dan sakit kepala.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit, penyebab terjadinya penyakit serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes mellitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pancreas, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit, obesitas, riwayat pankreatitis kronik, riwayat melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosuria selama stres (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit) atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiasid, kontrasepsi oral).

c. Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL)

1) Pola nutrisi dan cairan

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan

berat badan, banyak minum dan perasaan haus. (Tarwoto dkk, 2017).

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAK dan BAB. Perubahan pola berkemih (polyuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare. (Tarwoto dkk, 2017)

3) Pola istirahat tidur

Biasanya klien sering BAK pada malam hari yang mengakibatkan terganggunya pola istirahat tidur dan sering merasa cemas sehingga berdampak pada gangguan tidur (insomnia).

4) Pola personal Hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan di kaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

5) Pola aktivitas

Pada pasien DM, menunjukkan gejala seing merasa lemah, nyeri atau kelemahan pada otot, tidak mampu beraktivitas atau bekerja.

Tandayang ditunjukkan adalah penurunan rentang gerak sendi.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan umum penderita, kesadaran, tinggi badan, berat badan, dan tanda-tanda vital.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital dibagian posterior

b) Sistem penglihatan

Bentuk mata simetris, refleks pupil terhadap cahaya, terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetic

c) Sistem pernafasan

Pada pasien diabetes biasanya terdapat gejala nafas bau keton, dan terjadi perubahan pola nafas (Tarwoto dkk, 2017)

d) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien diabetes mellitus pada sistem kardiovaskuler terdapat hipotensi atau hipertensi, takikardi, palpitasi, (Tarwoto dkk, 2017)

e) Sistem pencernaan

Terdapat polipagia, polydipsia, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen. (Tarwoto dkk, 2017)

f) Sistem perkemihan

Terdapat perubahan pola berkemih (polyuria). Nokturia, kesulitan berkemih, diare. (Tarwoto dkk, 2017)

g) Sistem endokrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar

paratiroid. Adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat terganggunya produksi insulin.

h) Sistem saraf

Menurunnya kesadaran, kehilangan memori, neuropati pada ekstremitas, penurunan sensasi, prestasi pada jari-jari tangan dan kaki. (Tarwoto dkk, 2017)

i) Sistem integument

Pada pasien diabetes mellitus kulit kering dan kasar, gatal-gatal pada kulit dan sekitar alat kelamin, luka gangrene. (Tarwoto dkk, 2017)

j) Sistem musculoskeletal

Kelemahan otot, nyeri tulang, kelainan bentuk tulang, adanya kesemutan, parastasia, dan kram ekremitas, osteomilitis. (Tarwoto dkk, 2017)

e. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita, hubungan social dengan keluarga dan orang lain, pelaksanaan ibadah dan keyakinan klien tentang kesehatan.

f. Data Penunjang

Menurut Purwanto (2016), pemeriksaan penunjang diabetes mellitus adalah:

- 1) Gula darah meningkat >200 ml/dL

- 2) Aseton plasma (aseton) positif secara mencolok
- 3) Osmolaritas serum: meningkat tapi biasanya

g. Pengkajian Khusus Pada Lansia

1) Pengkajian Fungsional

a) Katz Indeks

Indeks Katz merupakan instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional lansia yang mengalami gangguan keseimbangan.

Tabel 2. 1
Katz Indeks
(Indeks Kemandirian Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari)

Kategori	Kriteria
KATZ indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAK, BAB), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi diatas tersebut.
KATZ indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lalin seperti tersebut diatas.
KATZ indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas lain-lain

Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebaga C, D, E atau F
------------------	---

Interprestasi Hasil:

- (1) Mandiri berarti tanpa pengawasan pengarahannya atau bantuan aktif dari orang lain.
- (2) Lansia menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi meskipun lansia tersebut dianggap mampu.

b) Barthel Indeks

Indeks Barthel merupakan suatu instrument untuk mengukur tingkat kemandirian melalui pengukuran *Activity Daily Living (ADL)* pada lansia yang bertujuan untuk mengetahui tingkat

ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari lansia

Tabel 2.2
Modifikasi Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, 5 gosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Menggunakan pakaian	5	15
10	Kontrol BAK	5	5
11	Kontrol BAB	5	10

12	Olahraga/Latihan	5	10
SKOR			

Interprestasi Hasil:

- Skor 130 : Mandiri
- Skor 65-125 : Ketergantungan sebagian
- Skor <65 : Ketergantungan Total

2) Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1:

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering mengalami gelisah?
- c) Apakah klien sering murung/menangis sendiri?
- d) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Lanjut jika jawaban “ya” ≥ 1

- e) Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir
- f) Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- g) Adakah masalah atau banyak pikiran?
- h) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?
- i) Adakah klien menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- j) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Interprestasi Hasil:

Bila klien memberikan jawaban “ya” ≥ 1 pada pertanyaan tahap 2, maka menunjukkan bahwa klien memiliki **masalah emosional positif** (+)

3) Pengkajian status mental

a) Short Prtabel Mental Status Quesioner (SPMSQ)

Pengkajian *Short Prtabel Mental Status Quesioner* (SPSMQ) adalah alat yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya defisit otak organic pada pasien lansia.

Tabel 2.3
Pengkajian Kemampuan Intelektual
Short Portabel Mental Status Quesioner

Benar	Salah	No.	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Dimana alamat anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir?	
		7	Siapa presiden Indonesia?	
		8	Siapa presiden Indonesia Sebelumnya?	
		9	Siapa nama kecil anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angkabar, secara menurun	
SKOR:				

Interpretasi Hasil:

Salah 0-3 : Fungsi Intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi Intelektual kerusakan ringan

Salah 4-8 : Fungsi Intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi Intelektual kerusakan berat

b) Mini Mental State Examination (MMSE)

Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE) adalah alat yang dapat digunakan untuk mengetahui status mental

pasien dan menilai penurunan kognitif pada lansia seiring bertambahnya lansia.

Tabel 2.4
Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif
Mini Mental State Examination (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: a. Tahun : b. Musim : c. Tanggal : d. Hari : e. Bulan :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? a. Negara: b. Provinsi : c. Kabupaten : d. Kelurahan :
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (missal: kursi, meja, kertas), kemudia ditanyakan kepada klien, menjawab: a. Kursi b. Meja c. Kertas
4	Perhatiandan kalkulasi	5		Meminta klien berhitungmulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65

5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangitiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		<p>a. Memberi nama(<i>naming</i>): Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangitunjukkan benda yang berbeda (pensil)</p> <p>b. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”.</p> <p>c. Membaca (<i>Reading</i>) Minta klien untuk membaca kalimat. Misal “pejamkan mata anda”</p> <p>d. Menulis (<i>Writing</i>) Berikan selembar kertaskosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja.</p> <p>e. Menyalin (<i>Copying</i>) Minta klien untuk mengikuti menggambarapa yang pemeriksagambar.</p>
Total nilai				



Interpretasi Hasil:

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

c) Pengkajian APGAR Keluarga

Fungsi sosial lansia dapat diukur dengan pendekatan pada pengkajian tumbuh kembang keluarga dengan lansia. Hal ini penting karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional.

Tabel 2.5
Pengkajian Fungsi Sosial Apgar

No	Uraian	Skor		
		Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Hampir Tidak Pernah (0)
1	A: ADAPTATION Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	P: PARTNERSHIP Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya			
3	G: GROWTH Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru			
4	A: AFFECTION Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai			

5	R: RESOLVE Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktubersama-sama			
JUMLAH SKOR				

Interpretasi Hasil:

8-10 : Disfungsi Keluarga Tinggi

4-7 : Disfungsi Keluarga Sedang

0-3 : Disfungsi Keluarga Rendah

h. Analisa Data

Tabel 2.6
Analisa Data

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	a. Gejala dan Tanda Mayor <i>Hiperglikemia</i> Subjektif a) Lelah/Lesu Objektif a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi b. Gejala dan Tanda Minor <i>Hiperglikemia</i> Subjektif a) Mulut Kering b) Haus Meningkat Objektif a) Jumlah urin meningkat	Fakto Resiko dan Faktor Pencetus ↓ Sel β Terganggu ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2	a. Gejala dan Tanda Mayor Objektif a. Pengisian kapiler >3detik b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba c. Akral teraba dingin d. Warna kulit pucat e. Turgor kulit menurun	Hiperglikemia ↓ Kelainan pembuluh darah ↓ Viskositas darah meningkat ↓	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
	<p>b. Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> a. Parastesia b. Nyeri ekstremitas (klaudikasi interniten) <i>Objektif</i> a) Edema b) Penyembuhan luka lambat c) Indeks ankle-brachial <0,90 d) Bruit femoral</p>	<p>Aliran darah melambat ↓ Iskemia jaringan ↓ Perfusi perifer tidak efektif</p>	
3.	<p>a. Gejala dan Tanda Mayor <i>Objektif</i> a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal b. Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> a) Cepat kenyang setelah makan b) Kram/nyeri abdomen c) Nafsu makan menurun <i>Objektif</i> a) Bising usus hiperaktif b) Otot pengunyah lemah c) Otot menelan lemah d) Membrane mukosa pucat e) Sariawan f) Serum albumin turun g) Rambut rontok berlebihan h) Diare</p>	<p>Hiperglikemia ↓ Melebihi batas reabsorpsi ginjal ↓ Glukosuria ↓ Kehilangan kalori ↓ Sel kekurangan bahan untuk metabolisme ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Polidipsi dan polipagi ↓ Penurunan berat badan ↓ Defisit nutrisi</p>	Defisit Nutrisi
4.	<p>a. Gejala dan Tanda Mayor <i>Objektif</i> a) Frekuensi nadi meningkat b) Nadi teraba lemah c) Tekanan darah menurun d) Tekanan nadi menyempit e) Turgor kulit menurun f) Membrane mukosa kering g) Volume urin menurun h) Hematokrit meningkat b. Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> a) Merasa lemah b) Merasa haus <i>Objektif</i></p>	<p>Melebihi batas abang reabsorpsi ginjal ↓ Glukosuria ↓ Diuresis osmotik ↓ Produksi urin meningkat ↓ Polyuria ↓ Dehidrasi intrasel ↓ Kehilangan elektrolit dalam sel</p>	Resiko Hipovolemia

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
	a) Pengisian vena menurun b) Status mental berubah c) Suhu tubuh meningkat d) Konsentrasi urin meningkat e) Berat badan turun tiba-tiba	↓ Resiko hypovolemia	
	a. Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> a) Mengeluh lelah <i>Objektif</i> a) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat b. Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> a) Dispnea saat/setelah aktivitas b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas c) Merasa lemah <i>Objektif</i> a) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia d) Sianosis	Sel kekurangan bahan untuk metabolisme ↓ Protein dan lemak dibakar ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi Aktivitas

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita Diabetes Mellitus menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu:

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Resistensi Insulin (D. 0027)
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D. 0009)
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Peningkatan Kebutuhan Metabolisme (D. 0019)
- d. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (D.0034)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D. 0056)

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terdiri atas luaran (outcome) dan intervensi. Luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, atau keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran terdiri dari tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Label adalah nama seri luaran keperawatan yang terdiri kata kunci untuk mencari informasi terkait luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan agar tercapai. Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang bias diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi

keperawatan. (PPNI 2019).

Sedangkan intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. (PPNI, 2018)

Tabel 2.7
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>SDKI (D. 0027) Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah Definisi: Variasi kadar glukosadarah naik/turun dari rentang normal. Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> Disfungsi pancreas Resistensi Insulin Gangguan toleransi glukosa darah Gangguan glukosa darah <p>Gejala dan Tanda Mayor <i>Hiperglikemia</i> Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Lelah/Lesu <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi <p>Gejala dan Tanda Minor <i>Hiperglikemia</i> Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Mulut Kering Haus Meningkat 	<p>SLKI (L. 03022) Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensikeperawatan selama ... x ...jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Koordinasi meningkat Kesadaran meningkat Mengantuk menurun Pusing menurun Lelah/lesu menurun Keluhan lapar menurun Gemetar menurun Berkeringat menurun Mulut kering menurun Rasa haus menurun Kesulitan 	<p>SIKI (I. 03115) Manajemen Hiperglikemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Monitor kadar glukosa darah Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). Monitor intake dan output cairan Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik danfrekuensi nadi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan asupan cairan oral Konsultasi dengan medis 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Sebagai acuan untuk menentukan nilai kadar guladarah Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol Menghindari terjadinya hiperglikemia Menjaga intake dan output stabil Agar tidak terjadi komplikasi ketaodosis Metabolik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi Untuk mencegah hipokalemia Untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat dari hiperglikemi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mencegah

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p><i>Objektif</i></p> <p>a. Jumlah urin meningkat</p>	<p>bicara menurun</p> <p>l. Kadar glukosa dalamdarah membaik</p> <p>m. Kadar glukosa dalamurine membaik</p> <p>n. Palpitasi membaik</p> <p>o. Perilaku membaik</p> <p>p. Jumlah urine membaik</p>	<p>jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada dan memburuk</p> <p>h. Fasilitasi ambulasi jika ada hiotensi ortostatik</p> <p>Edukasi</p> <p>i. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</p> <p>j. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>k. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>l. Anjurkan pengelolaan diabetes</p> <p>Kolaborasi</p> <p>m. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>n. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p> <p>o. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</p>	<p>kerusakan pada sistem organ tubuh yang lain</p> <p>j. Agar klien mampu mengendalikan kadar glukosa darah</p> <p>k. Membantu agar pasien patuh pada diet dan olahraga</p> <p>l. Menginformasikan cara pengelolaan diabetes</p> <p>Kolaborasi</p> <p>m. Pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal</p> <p>n. Untuk memudahkan memberikan tambahan cairan ke pasien</p> <p>o. Pemberian cairan parental akan membantu dan mengembalikan jumlah normal cairan serta keseimbangan elektrolit</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2	<p>SDKI (D. 0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, imobilisasi) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes mellitus, hiperlipidemia) Kurang aktivitas fisik 	<p>SLKI (L. 02011) Perfusi Perifer Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam maka Perfusi Perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Denyut nadi perifer meningkat Penyembuhan luka Sensasi meningkat Warna kulit normal Edema perifer menurun Nyeri ekstremitas menurun Parastesia menurun Kelemahan ekstremitas Pengisian kapiler membaik Turgor kulit membaik 	<p>SIKI (I. 02079) Perawatan Sirkulasi Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle-brachial index</i>) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien Mengetahui penyebab gangguan sirkulasi Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Menghindari terjadinya infiltrasi Mencegah terjadinya nyeri pada pasien Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal Mencegah terjadinya luka pada kaki <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer Mengontrol tekanan darah agar dalam keadaan normal Mencegah terjadinya luka Untuk memperbaiki

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>Gejala dan Tanda Mayor <i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pengisian kapiler >3 detik Nadi perifer menurun atautidak teraba Akral teraba dingin Warna kulit pucat Turgor kulit menurun <p><i>Subjektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Parastesia Nyeri ekstremitas(klaudikasi interniten) <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Edema Penyembuhan luka lambat Indeks ankle-brachial <0,90 Bruit femoral 		<ol style="list-style-type: none"> Lakukan perawatan kaki dan kuku <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan berolahraga secara rutin Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis.rasa sakit yang tidak hilang saat 	<p>sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui dan memberikan petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut Agar tekanan darah dapat terkontrol secara efektif

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa.	
3	<p>SDKI (D. 0019) Defisit Nutrisi Definisi: Asupan nutrisi tidakcukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Penyebab: a. Ketidakmampuan menelan b. Ketidakmampuan mencerna makanan c. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient d. Peningkatan kebutuhan metabolisme e. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi) f. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan) Gejala dan Tanda Mayor Objektif a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p>	<p>SLKI (L. 03026) Status Nutrisi Setelah dilakukan intervensikeperawatan selama ... x ...jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Kekuatan c. Kekuatan otot d. Pengetahuan tentang pilihan makanan yangsehat meningkat e. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat f. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat g. Perasaan cepat</p>	<p>SIKI (I. 03119) Manajemen Nutrisi Observasi a. Identifikasi atatus nutrisi b. Identifikasi makanan yang disukai c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient d. Monitior asupan makanan e. Monitor berat badan Terapeutik f. Lakukan oral hygiene sebelum makan g. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) h. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi i. Berikan makanan tinggi protein dan kalori. Edukasi j. Anjurkan posisi duduk saatmakan</p>	<p>Observasi a. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien b. Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dan dapat membantu proses penyembuhan pada pasien c. Untuk mengetahui asupan makanan apa saja yang dibutuhkan klien d. Mengetahui frekuensi makan pasien e. Untuk mengetahui berat badan klien Terapeutik f. Untuk memberikan rasa nyaman pada mulut klien dan meningkatkan nafsu makan g. Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu h. Karena serat dalam</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i></p> <p>a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram/nyeri abdomen c. Nafsu makan menurun</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Bising usus hiperaktif b. Otot pengunyah lemah c. Otot menelan lemah d. Membrane mukosa pucat e. Sariawan f. Serum albumin turun g. Rambut rontok berlebihan h. Diare</p>	<p>kenyang menurun h. Nyeri abdomen menurun i. Sariawan menurun j. Rambut rontok menurun k. Diare menurun l. Berat badan membaik m. IMT membaik n. Frekuensi makan membaik o. Nafsu makan membaik p. Bising usus membaik q. Tebal lipatan kulit trisep membaik r. Membran mukosa membaik</p>	<p>k. Ajarkan diet yang diprogramkan</p>	<p>makanan akan membentuk feses sehingga mudah dikeluarkan. i. Memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>j. Memudahkan proses menelan dan menurunkan terjadinya resiko aspirasi k. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan</p>
4	<p>SDKI (D.0034) Resiko Hipovolemia Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Faktor Resiko:</p> <p>a. Kehilangan cairan secara</p>	<p>SLKI (L.03028) Status Cairan Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama . . .x. . .jam maka status cairan membaik, dengan kriteria</p>	<p>SIKI (I. 03116) Manajemen Hipovolemia Observasi</p> <p>a. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darahmenuurn, tekanan</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Mengetahui kadar naik turunnya frekuensi tanda dan gejala pada hypovolemia b. Untuk memantau intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>c. Mengetahui kebutuhan dan</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	aktif b. Gangguan absorpsi cairan c. Usia lanjut d. Kelebihan berat badan e. Status hipermetabolik f. Kegagalan mekanismeregulasi g. Evaporasi h. Kekurangan intake cairan i. Efek agen farmakologis a. Gejala dan Tanda Mayor <i>Objektif</i> a) Frekuensi nadi meningkat b) Nadi teraba lemah c) Tekanan darah menurun d) Turgor kulit menurun e) Membrane mukosa kering f) Volume urin menurun g) Hematokrit meningkat b. Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> a) Merasa lemah b) Merasa haus <i>Objektif</i>	hasil: a. Kekuatan nadi meningkat b. Turgor kulit meningkat c. Output urine meningkat d. Ortopnea menurun e. Dipnea menurun f. Edema anasarkamenurun g. Edema perifer menurun h. Perasaan lemah menurun i. Keluhan haus menurun j. Konsentrasi urin meningkat k. Frekuensi nadi membaik l. Tekanan darah membaik m. Tekanan nadi membaik n. Membrane mukosa membaik o. JVP membaik p. Kadar Hb membaik	nadi menyempit, turgor kulitmenurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah, b. Monitor intake dan output cairan Terapeutik c. Hitung kebutuhan cairan d. Berikan posisi modified Trendelenburg e. Berikan asupan cairan oral Edukasi f. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral g. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi h. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) i. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 25%, NaCl 0,4%) j. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis.albumin, Plasmanate)	kehilangan cairan d. Posisi pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki, untuk melancarkan peredaran darah. e. Pemenuhan kebutuhan dasar menurun kanresiko kekurangan cairan Edukasi f. Untuk pemenuhan kebutuhan dasar cairan dan mempertahankan cairan g. mencegah kesalahan posisi pasien dalam menjalani perencanaan keperawatan Kolaborasi h. Cairan intravena diperlukan untuk mengatasi kehilangan cairan tubuh secara hebat i. Membantu mempercepat dalam pemenuhan kebutuhan cairan j. Membantu mempercepat dalam pemenuhan kebutuhan cairan k. Membantu mempercepat dalam pemenuhan kebutuhan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	a) Pengisian vena menurun b) Suhu tubuh meningkat c) Konsentrasi urin meningkat d) Berat badan turun tiba-tiba	q. Kadar Ht membaik r. Berat badan membaik s. Oliguria membaik t. Intake cairan membaik u. Suhu tubuh membaik	k. Kolaborasi pemberian produk darah	cairan
5	SDKI (D. 0056) Intoleransi Aktivitas Definisi: Ketidacukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab: a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen b. Tirah baring c. Kelemahan d. Imobilitas e. Gaya hidup monoton Gejala dan Tanda MayorSubjektif a. Mengeluh lelah b. Objektif c. Frekuensi jantungmeningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda Minor	SLKI (L.05047) Toleransi Aktivitas Setelah dilakukann tindakankeperawatan selama ... x ...jam maka ToleransiAktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: a. Frekuensi b. Saturasi oksigenmeningkat c. Kemudahan dalam melakukan ivitassehari-hari meningkat d. Kecepatan berjalan meningkat e. Jarak berjalan meningkat	SIKI (I. 05178) Manajemen Energi Observasi a. Identifikasi gangguanfungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahn b. Monitor kelelahan fisik danemosional c. Monitor pola jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik e. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) f. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif g. Berikan aktivitas distraksi	Observasi a. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan b. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien c. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak d. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidanyamananpasien selama melakukanaktivitas Terapeutik e. Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien f. Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstremitas pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<p>Subjektif</p> <p>a. Dispnea saat/setelah aktivitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c. Merasa lemah</p> <p>Objektif</p> <p>a. Tekanan darah berubah >20% dari istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan arit miasaat/setelah beraktivitas</p> <p>c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d. Sianosis</p>	<p>f. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>g. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>h. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>h. Keluhan lelah menurun</p> <p>i. Dyspnea saat aktivitas menurun</p> <p>j. Dyspnea setelah aktivitas menurun</p> <p>k. Perasaan lemah menurun</p> <p>l. Sianosis menurun</p> <p>m. Warna kulit membaik</p> <p>n. Tekanan darah membaik</p>	<p>yang menenangkan</p> <p>Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p> <p>Edukasi</p> <p>h. Anjurkan tirah baring</p> <p>i. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>j. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien</p> <p>g. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat</p> <p>Edukasi</p> <p>h. Memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat</p> <p>i. Menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap</p> <p>j. Agar pasien dapat mengatasi kelelehannya secara mandiri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Untuk memaksimalkan proses penyembuhan</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan SOAP/ SOAPIE/ SOAPIER.

S : Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.

O: Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A: Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.

P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

I : Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disesuaikan dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

E : Evaluasi adalah respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan

R: Reassessment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017).

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai tindakan medis dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn.M
Umur	: 66 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: wiraswasta
Alamat	: Kp.Babakan Caah , RT/RW 003/005, Kel. Galih pakuwon Kec. BL.Limbangan Kota, Kab. Garut
Status	: Menikah
Tanggal Pengkajian	: 5 April 2023
Diagnosa Medis	: Diabetes Mellitus

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan badannya sering merasa letih

2) Riwayat kesehatan saat ini

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu, sering merasa kesemutan dan terasa sakit dibagian punggung yang menjalar ke ekstermitas bawah. Letih dirasakan saat

melakukan aktivitas dan berkurang saat beristirahat dan kesemutan dirasakan saat bangun tidur dan berkurang saat dipijat secara mandiri. Keluhan dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sudah mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus selama 15 tahun. Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD dr.Slamet Garut karena penyakit diabetes militus dan sering berobat ke puskesmas limbangan dan rutin mengkonsumsi obat metmorfin. Klien mengatakan hasil pemeriksaan gula darah terakhirnya yaitu 300 mg/dl. Klien juga mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan kolestrol.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mengalami penyakit Diabetes Militus yang serupa.

c. Aktivitas Sehari-hari (ADL)

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menghabiskan 1 porsi makanan dengan lauk pauk seadanya, klien kurang senang makan makanan gorengan. Klien mengatakan sering mengkonsumsi teh manis hangat dan makanan yang manis-manis. Klien minum \pm 13 gelas per hari. Berat badan klien mengalami penurunan dari 60 kg menjadi 51 kg.

2) Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan tidur malam kurang lebih 8 jam sehari, klien sering terbangun saat malam hari karena sering kencing, klien jarang tidur siang.

3) Pola Eliminasi

Klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, dan tidak ada gangguan waktu BAB. Klien mengatakan selama menderita Diabetes Mellitus BAK klien kurang lebih 9-10 kali dalam sehari dan paling sering pada malam hari, urin berwarna kuning.

4) Pola Personal Hygiene

Klien mengatakan biasanya mandi 2 kali sehari pada pagi dan siang hari menggunakan sabun, sikat gigi setiap kali mandi, menggunakan pasta gigi, dan biasa mengganti pakaian 1 hari sekali.

5) Pola Aktivitas

Klien mampu beraktivitas sehari-hari secara mandiri, tetapi sering merasa cepat lemas saat melakukan aktivitas. Aktivitas klien selama dirumah yaitu menjahit tas sebagai borongan yang akan distorkan ke pengepul.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

- a) Keadaan umum : Baik
- b) Kesadaran : Compos mentis

- c) Berat Badan Sebelum Sakit : 60 Kg
 - d) Berat Badan Setelah Sakit : 51 Kg
 - e) Tinggi badan : 155 cm
- 2) Tanda-tanda vital
- a) Tekanan darah : 150/10 mmHg
 - b) Nadi : 92x/menit
 - c) Suhu : 36,2°C
 - d) Respirasi : 22x/menit
- 3) Pemeriksaan Head To Toe
- a) Kepala
 - Inspeksi : Bentuk kepala simeteris, tidak ada kelainan, kulit kepala bersih, rambut terlihat hitam dan beruban, kulit kepala tampak sedikit berminyak dan tidak berketombe.
 - Palpasi : Pada saat dipalpasi tidak terdapat pembengkakan, tidak ada lesi pada kepala.
 - b) Sistem penglihatan
 - Inspeksi : Mata tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, fungsi penglihatan baik, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, pupil isokor.
 - Palpasi : Saat diraba tidak teraba adanya pembengkakan, tidak ada nyeri tekan di daerah mata

c) Sistem pendengaran

Inspeksi : Telinga simetris, tidak terdapat serumen, fungsi pendengaran normal, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinnitus.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

d) Sistem pernafasan

Inspeksi : Tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada secret, klien tidak mengalami sesak, dan tidak menggunakan otot-otot bantu pernafasan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar bunyi sonor pada bagian dada kanan dan kiri.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, irama nafas teratur, tidak terdapat suara nafas tambahan.

e) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : Tidak ada sianosis, terlihat ictus cordis, tidak ada peningkatan vena jugularis, pengisian kapiler <3

detik.

Palpasi : Tidak teraba masa

Perkusi : Tidak terdapat adanya bunyi pekak

Auskultasi : Irama jantung regular, suara jantung normal (lup-
dup)

f) Sistem pencernaan

Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, tidak ada massa
atau pembengkakan pada abdomen, tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Terdengar bunyi tympani

Auskultasi : Bising usus peristaltik 15x/menit

g) Sistem perkemihan

Inspeksi : Pola BAK 9-10 kali sehari, warna urin kuning
jernih, tidak ada pendarahan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

h) Sistem saraf

N I : Penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan.

N II : Klien mampu membaca buku dari jarak 20 cm

N III, IV, VI : Klien bias memutar bola matanya.

N V : Klien mampu menggerakkan rahang ke semua sisinya

N VII : Tidak ada gangguan pengecapan, mampu
mengekspresikan rasa manis, asam, pahit, asin
dengan baik.

Klien dapat mendengar saat berbisik dengan jarak

N VIII : 30 cm

N IX : Klien dapat mengunyah

N X : Klien dapat menelan

N XI : Klien dapat menggerakkan kepala.

N XII : Klien dapat mengeluarkan lidahnya.

i) Sistem endokrin

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton. GDS tanggal 5 APRIL :233 mg/Dl

j) Sistem integument

Inspeksi : Kulit terlihat bersih, turgor kulit baik, kulit berwarna sawo matang, klien mengatakan sering gatal pada daerah kaki, terdapat bekas garukan pada area kulit, tidak ada edema.

Palpasi : Kulit teraba hangat, turgor kulit kembali dalam 3 detik, tidak ada edema.

k) Sistem musculoskeletal

Inspeksi : Kedua tangan dan kaki klien tampak sejajar dan sama panjang, anggota gerak lengkap, tidak ada varises, tidak ada edema, keadaan otot lemah

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 3 & 4 \end{array}$$

Klien mengatakan sering mengalami kesemutan
Dan sakit yang menjalar dari ekstermitas atas ke
ekstremitas bawah.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan,tiadak oedema.

e. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1) Data Psikologis

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan jelas, Klien selalu memberi informasi dengan jelas dan mudah dipahami. Klien mengatakan keadaan emosinya baik, jika ada masalah klien selalu menyelesaikandengan kepala dingin.

2) Data Sosial

Klien mengatakan dapat bersosialisasi dan mudah bergaul dengan masyarakat maupun orang lain. Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik, harmonis, dan saling terbuka. Klien mengatakan tidak mempunyai masalah baik dengan keluarga muapun orang lain.

3) Data Spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan taat dalam melakukan ibadah seperti shalat 5 waktu dan aktif dalam mengikuti pengajian. Klien mengatakan bahwa yakin akan sehat kembali dalam keadaan baik dan tidakpernah lupa berdo'a untuk kesembuhannya.

f. Pemeriksaan Penunjang

Hasil GDS saat pengkajian pada tanggal 5 April 2023 di dapatkan hasil yaitu 233 mg/dL

g. Pengkajian Fungsional

1) Pengkajian Katz Indeks

Tabel 3.1
Katz Indeks Tn. M

Kategori	Kriteria
KATZ indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAK, BAB), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.
KATZ indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi diatas tersebut.
KATZ indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan salah satu fungsi lain seperti tersebut diatas.
KATZ indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lalin seperti tersebut diatas.
KATZ indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas lain-lain
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebaga C, D, E atau F

Dari hasil pengkajian didapatkan Katz Indeks Tn. M berada pada Katz

Indeks A yang berarti Tn. M mandiri dalam hal makan, kontinensia (BAB, BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.

2) Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3.2
Barthel Indeks Tn. M

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, 5 gosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Menggunakan pakaian	5	15
10	Kontrol BAK	5	5
11	Kontrol BAB	5	10
12	Olahraga/Latihan	5	10

Interpretasi Hasil:

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

Dari hasil pengkajian didapatkan nilai barthel indeks pada Tn.M yaitu 130 yang berarti mandiri.

h Pengkajian Emosional

1) Pertanyaan tahap 1:

a) Apakah klien mengalami sukar tidur?

Jawaban: Tidak

b) Apakah klien sering mengalami gelisah?

Jawaban: Tidak

c) Apakah klien sering murung/menangis sendiri?

Jawaban: Tidak

d) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Jawaban: Tidak

e) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Jawaban: Tidak

Interprestasi Hasil: Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Tn.M memiliki masalahemosional negatif

i. Pengkajian Status Mental

1) Short Portabel Mental Status Questioner (SPSMQ)

Tabel 3.3
Short Portabel Mental Status Questioner (SPSMQ) Tn. M.

Benar	Salah	No.	Pertanyaan	Jawaban
√		1	Tanggal berapa hari ini?	5
√		2	Hari apa sekarang?	Rabu
√		3	Apa nama tempat ini?	Babkan Caah
√		4	Dimana alamat anda?	Garut
√		5	Berapa umur anda?	66 Tahun
√		6	Kapan anda lahir?	1957
√		7	Siapa presiden Indonesia?	Jokowi
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Gusdur
√		9	Siaopa nama kecil anda?	Mumung
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun	17, 14, 11, 8, 5

Interpretasi:

Skor 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Skor 4-5 : Kerusakan intelektual kerusakan ringan

Skor 6-8 : Kerusakan intelektual kerusakan sedang

Skor 9-10 : Kerusakan intelektual kerusakan berat

Dari hasil Short Portabel Mental Status Questionare (SPMSQ) didapatkan hasil 9 benar dan 1 salah ini menunjukkan bahwa Tn.M memiliki fungsi intelektual utuh

2) Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabel 3.4
Mini Mental State Examination (MMSE) Tn. M

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar 1. Tahun :2023 2. Musim : Hujan 3. Tanggal : 5 4. Hari : Rabu 5. Bulan : April
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? 1. Negara: Indonesia 2. Propinsi : Jawa 3. Kabupaten : Garut 4. Kelurahan : Galih pakuwon
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
4	Perhatiandan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulaidari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	8	<p>g. Memberi nama (<i>naming</i>): Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangi tunjukkan benda yang berbeda (pensil) Hasil: Klien mampu menyebutkan benda tersebut.</p> <p>h. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkanter lebih dahulu, misal “Tidak adajika, dan, atau tetapi”. Hasil: Klien mampu mengikuti kalimat yang diucapkan pemeriksa.</p> <p>i. Membaca (<i>Reading</i>) Minta klien untuk membaca kalimat. Missal “ pejamkan mata anda” Hasil : Klien mampu membaca dengan baik</p> <p>j. Menulis (<i>Writing</i>) Berikan selemba kertas kosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja. Hasil: Klien tidak mengikuti perintah dengan baik.</p> <p>k. Menyalin (<i>Copying</i>) Minta klien untuk mengikuti menggambar apa yang pemeriksa gambar.</p>
Total nilai		30	29	

Interpretasi Hasil:

24-30: Tidak ada gangguan kognitif

18-23: Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Dari hasil pengkajian MMSE (Mini Mental Status Exam) didapatkan total nilai 29, ini menunjukkan bahwa Tn.M tidak ada gangguan kognitif.

3) Pengkajian Apgar Keluarga

Tabel 3.5
Apgar Keluarga Tn. M

No	Uraian	Skor		
		Selalu (2)	Kadang- Kadang (1)	Hampir Tidak Pernah (0)
1	A: Adaptation Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2		
2	P: Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	2		
3	G: Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	2		
4	A: Affection Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	2		
5	R : RESOLVE Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama		1	
Jumlah Skor		9		

Interpretasi Hasil:

8-10 : Disfungsi Keluarga Tinggi

4-7 : Disfungsi Keluarga Sedang

0-3 : Disfungsi Keluarga Rendah

Dari hasil pengkajian didapatkan skor apgar keluarga pada Tn.M adalah 9 yang menunjukkan status fungsional berfungsi dengan baik.

j. Analisa Data

Tabel 3.6
Analisa Data Tn. M

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu 2. Klien mengatakan sering merasa haus 3. Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari 4. Klien mengatakan mengkonsumsi obat metmorfin dari puskesmas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat lemasGDS : 233 mg/Dl 2. Tanda-tanda Vital: TD: 150/100mmH gN: 92 x/menit 3. R: 22 x/menit 4. S : 36, 2°C 	<p>Fakto Resiko dan Faktor Pencetus</p> <p>↓</p> <p>Sel β Terganggu</p> <p>↓</p> <p>Ketidakseimbangan produksi insulin</p> <p>↓</p> <p>Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa Darah</p>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki b. Klien mengatakan telapak kaki sakit <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Warna kulit pada kaki terlihat pucat b. Akral teraba dingin c. Turgor kulit menurun d. Kulit kaki kering Pengisian kapiler >3 detik 	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Kelainan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Viskositas darah Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah melambat</p> <p>↓</p> <p>Iskemia jaringan</p> <p>↓</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	Perfusi perifer tidak efektif
3	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan letih setelah beraktivitas b. Klen mengatakan sering kesemutan c. Klien mengatakan berjalan dibantu menggunakan tongkat 	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Melebihi batas reabsorpsi ginjal</p> <p>↓</p> <p>Glukosauria</p> <p>↓</p> <p>Kehilangan kalori</p>	Intoleransi aktivitas

	O: a. Klien terlihat lemas b. Klien tampak hanya duduk dikursi c. Klien tampak menggunakan alat bantu jalan	↓ Sel kekurangan untuk metabolisme ↓ Protein dan lemak dibakar ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi aktivitas	
--	---	---	--

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D. 0027)

DS:

- 1) Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu
- 2) Klien mengatakan sering merasa haus
- 3) Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari
- 4) Klien mengatakan mengkonsumsi obat metmorfin dari puskesmas

DO:

- 1) Klien terlihat lemas
- 2) GDS : 315 mg/Dl
- 3) Tanda-tanda Vital:

TD:150/100mmHg

N: 90 x/menit

R: 20 x/menit

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)

DS:

- 1) Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki
- 2) Klien mengatakan telapak kaki terasa baal
- 3) Klien mengatakan sering merasa gatal pada daerah kaki

DO:

- 1) Warna kulit pada kaki terlihat pucat
- 2) Akral teraba dingin
- 3) Turgor kulit menurun
- 4) Kulit kaki kering
- 5) Pengisian kapiler >3 detik

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0019)

DS :

- a. Klien mengatakan letih setelah melakukan aktivitas
- b. Klien mengatakan sering kesemutan
- c. Klien mengatakan jalan harus dibantu menggunakan tongkat

DO :

- 1) Klien terlihat lemas
- 2) Klien tampak hanya duduk dikursi
- 3) Klien tampak menggunakan alat bantu jalan

3. Rencana Keperawatan

Nama : Tn.M

Umur : 66 Tahun

Tabel 3.7
Rencana Keperawatan Tn. M

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>SDKI (D. 0027) Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi Insulin.</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu 2) Klien mengatakan sering merasahaus 3) Klien mengatakan sering BAK 9- 10 kali sehari 4) Klien mengatakan mengkonsumsi obat metmorfin dari puskesmas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien terlihat lemas 2) GDS : 233 mg/Dl 3) Tanda-tanda Vital: TD: 150/80 mmHg N: 92 x/menit R: 22 x/menit 	<p>SLKI (L. 03022) Kestabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lelah/lesu menurun 2) Rasa haus menurun 3) Kadar glukosa dalam darah membaik 4) Jumlah urine membaik 	<p>SIKI (I. 03115) Manajemen Hiperglikemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor Kadar glukosadarah 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan,malaise, pandangan kabur, sakit kepala). <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secaramandiri 4) Anjurkan pengelolaan diabete(mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol 2) Menghindari terjadinya hiperglikemia <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Agar klien mampu mengontrol kadar gula darah secara mandiri 4) Menginformasikan cara pengelolaan diabetes

	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
2.	<p>SDKI (D. 0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia S : 1) Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki 2) Klien mengatakan telapak kakiterasa baal O : 1) Warna kulit pada kaki terlihatpucat 2) Akral teraba dingin 3) Turgor kulit menurun 4) Kulit kaki kering 5) Pengisian kapiler >3 detik</p>	<p>SLKI (L. 02011) Perfusi Perifer Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteriahasil: 1) Sensasi meingkat 2) Warna kulit pucat menurun 3) Parastesia menurun 4) Pengisian kapiler membaik 5) Turgor kulit membaik</p>	<p>SIKI (I. 02079) Perawatan Sirkulasi Observasi: 1) Periksa sirkulasi perifer Edukasi 2) Anjurkan berolahraga secara rutin 3) Anjurkan melakukan perawatan kulit yangtepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p>	<p>Observasi 1) Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien Edukasi 2) Untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer 3) Mencegah terjadinya luka</p>
3	<p>SDKI (0019) Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan S : 1) Klien mengatakan letih setelah beraktivitas 2) Klen mengatakan sering kesemutan 3) Klien mengatakan jalan dibantu menggunakan tongkat O : 1) Klien terlihat lemas 2) Klien tampak hanya duduk dikursi 3) Klien tampak menggunakan alat bantu jalan</p>	<p>SLKI (L.05047) Toleransi Aktivitas Setelah dilakukann tindakan keperawatan selama 3x 3 jam maka Toleransi Aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1) Kemudahan dalam Melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2) Kecepatan berjalan meningkat 3) Jarak berjalan meningkat 4) Kekuatan tubuh bagian</p>	<p>SIKI (I. 05178) Manajemen Energi Observasi 1) Identifikasi adanya pembatasan dalam melakukan aktivitas 2) Monitor pola jam tidur 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 4) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p>	<p>Observasi 1) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2) Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak 3) Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidanyamananpasien selama melakukan aktivitas</p>

	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
		atas meningkat 5) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6) Kelemahan menurun	Edukasi 5) Edukasi strategi koping untuk mengurangi kelelahan	Terapeutik 4) Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien Edukasi 5) Menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8
Implementasi Keperawatan Tn. M

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Impelemntasi	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	10 April 23 08.00 08.10 08.15 08.25	<p>Observasi</p> <p>1) Melakukan pemeriksaan kadar gula darah Hasil : GDS 233 mg/dL</p> <p>2) Melakukan pengkajian tanda dan gejala diabetes mellitus yang dirasakan Hasil: Klien mengatakan badan sering letih dan lesu, sering merasa haus, dan frekuensi BAK meningkat 9-10 kali/hari</p> <p>3) Melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus (Definisi, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi) Hasil : Klien mampu memahami definisi, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko dan komplikasi diabetes mellitus</p> <p>4) Memberikan edukasi cara minum obat secara benar, tepat dan teratur. Hasil : klien tampak memahami, klien mengatakan minum obat metmorfin</p>	<p>10 April 2023 (08.30)</p> <p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu</p> <p>2) Klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>3) Klien mengatakan frekuensi BAK 9-10 kali sehari</p> <p>4) Klien mengatakan rutin minum obat metmorfin</p> <p>O:</p> <p>1) Klien terlihat lemas</p> <p>2) GDS : 233 mg/dL</p> <p>3) Tanda-tanda Vital: TD: 106/90 mmHgN: 89 x/menit R: 20 x/menit</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Nurul

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Impelemntasi	Evaluasi	Paraf
3	Intoleransi Aktivitas	10 April 23 09.05 09.10 09.15 09.20 09.25	<p>Observasi</p> <p>1) Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas klien, dengan cara melihat aktivitas yang dapat dilakukan klien Hasil : Klien hanya duduk dikursi</p> <p>2) Memonitor pola tidur dan lamanya Istirahat , dengan cara memonitor berapa lama klien tidur dan istirahat Hasil : klien dapat tidur dan istirahat</p> <p>3) Memonitor lokasi ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas , Hasil: klien tidak nyaman saat melakukan aktivitas terlalu lama</p> <p>Terapeutik</p> <p>4) Membantu melakukan latihan rentang gerak pasif , dengan cara menyuruh klien menggerakkan tanganya dan kaki secara perlahan Hasil: Klien dapat dapat mengikuti instruksi dengan baik</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Memberikan edukasi tentang strategi koping untuk mengurangi kelelahan (cara memilih makanan yang seimbang yang baik untuk penderita DM , cara berolahraga ringan</p>	<p>10 April 2023 (09. 35)</p> <p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan sering letih 2) Klien mengatakan kaki sering kesemutan 3) Klien mengatakan sakit punggung yang menjalar keekstermitas bawah 4) Klien mengatakan sehari-hari hanya duduk dikursi</p> <p>O:</p> <p>1) Klien tampak mudah kelelahan 2) Klien tampak menggunakan alat bantu jalan</p> <p>A: Intoleransi aktivitas</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1) Lanjutkan observasi pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2) Lanjutkan latihan rentang gerak pasif 3) Pantau makanan yang di konsumsi</p>	nurul

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Impelemntasi	Evaluasi	Paraf
			dirumah) Hasil: Klien mampu memahami strategi yang diinstrusikan		

5. Catatan Perkembangan

Nama : Tn.M

Umur : 66 Tahun

Tabel 3.9
Catatan Perkembangan Tn. M Hari Ke-1

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	11 Apr 2023 13.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan letih dan lesu mulai berkurang 2) Klien mengatakan masih sering merasa haus 3) Klien mengatakan frekuensi BAK berkurang 8-9 kali sehari 4) Klien mengatakan sudah meminum obat secara teratur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien terlihat lebih segar 2) GDS : 233 mg/dL 3) TTV TD: 140 mmHg N: 90x/menit R: 20xmenit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lanjutkan cek kadar glukosa darah 2) Anjurkan meminum obat secara teratur <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melanjutkan cek kadar glukosa darah 2) Menganjurkan meminum obat secara teratur <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	Nurul

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
2	Perfusi perifer tidak efektif	13.20	<p>S: Klien mengatakan setelah melakukan senam kaki diabetes kesemutan dan baal berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler >3 detik 2) Akral terasa dingin 3) Warna kulit pucat 4) Kulit kaki terlihat lembab <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lanjutkan periksa sirkulasi perifer 2) Anjurkan senam kaki diabetes setiap hari <p>Anjurkan perawatan kulit</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melanjutkan pemeriksaan sirkulasi perifer 2) Menganjurkan senam kaki diabetes setiap hari 3) Menganjurkan perawatan kulit <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	
3	Intoleransi aktivitas	13.30	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) klien mengatakan letih setelah beraktivitas berkurang 2) klien mengatakan kesemutan berkurang 3) Klien mengatakan jalan masih dibantu menggunakan tongkat <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak mudah kelelahan 2) Klien tampak masih menggunakan alat bantu jalan <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lanjutkan latihan rentang gerak pasif 2) Pantau makanan yang dikonsumsi <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melanjutkan latihan rentang 	

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
			<p>gerak pasif</p> <p>b. Memantau makanan yang dikonsumsi</p> <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan Tn. M Hari Ke-2

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	11 Apr 2023 13.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan letih dan lesu mulai berkurang 2) Klien mengatakan masih sering merasa haus 3) Klien mengatakan frekuensi BAK berkurang 8-9 kali sehari 4) Klien mengatakan sudah meminum obat secara teratur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien terlihat lebih segar 2) GDS : 233 mg/dL 3) TTV TD: 140 mmHg N: 90x/menit R: 20xmenit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lanjutkan cek kadar glukosa darah 2) Anjurkan meminum obat secara teratur <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melanjutkan cek kadar glukosa darah 2) Menganjurkan meminum obat secara teratur <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	Nurul

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
2	Perfusi perifer tidak efektif	10.15	S: 1) Klien mengatakan setelah melakukan senam kaki, kesemutan berkurang dan kaki terasa lebih ringan 2) Klien mengatakan setelah melakukan perawatan kulit kaki tidak terasa gatal dan terasa lembab O: 1) Akral teraba hangat 2) Pengisian kapiler <2 detik 3) Turgor kulit membaik 4) Kulit kaki lembab A: Masalah teratasi P: Pertahankan Intervensi	
3	Intoleransi aktivitas	10.30	S: 1) Klien mengatakan sudah tidak letih setelah beraktivitas 2) Klien mengatakan sudah bisa berjalan jalan disekitar rumah tanpa menggunakan tongkat O: Klien tampak sudah bisa berjalan jalan secara mandiri tanpa batuan tongkat A: Masalah Teratasi P: Pertahankan Intervensi	

B. PEMBAHASAN

Pada bagian ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang ditemukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Bababkan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kota Kabupaten Garut yang meliputi pengkajian,

diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Menurut Hidayat (2021), Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data yang akurat dari klien. Pengumpulan data dilakukan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah kesehatan risiko, aktual maupun potensial. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objekif pasien yang menjadi dasar rencana keperawatan(Siregar, 2021).

Menurut teori tanda dan gejala yang akan muncul pada penderita Diabetes Mellitus yaitu badan sering merasa letih dan lesu, sering buang air kecil (poliuria), sering merasa haus (polidipsi), sering merasa lapar (poliphagi) rasa kesemutan pada kaki, masalah kulit dan proses penyembuhan luka lambat, pandangan kabur, dan penurunan berat badan (Pamungkas, 2021)

Pada saat dilakukan pengkajian penulis menemukan kecocokan antara tanda dan gejala menurut teori dan tanda gejala yang muncul pada NTn.M yaitu didapatkan data klien mengatakan sering mengeluh badannya merasa letih dan lesu, adanya peningkatan kadar glukosa darah pada Tn.M yaitu 233 mg/dl, adanya kesemutan pada daerah kaki, lalu klien mngatakan sering merasa haus, sering kencing pada malam hari dengan frekuensi 9-10 kali/hari.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Tn.M penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus di lapangan, dimana penulis tidak menemukan adanya peningkatan rasa lapar (polifagia), karena saat dikaji klien mengatakan tidak mengalami penurunan nafsu makan, frekuensi makan baik, klien makan 3 kali sehari. Menurut teori juga akan ditemukan adanya masalah kulit dan proses penyembuhan luka lambat, data ini mengalami kesenjangan antara teori dan kasus lapangan karena klien mengatakan klien tidak mempunyai masalah pada kulit dan tidak ada luka. Tanda dan gejala yang terakhir menurut teori yaitu pandangan kabur, penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus lapangan, dimana klien mengatakan tidak mengalami pandangan kabur, klien mengatakan penglihatan jelas.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Setelah dilakukan analisis dari hasil pengkajian pada Tn.M masalah keperawatan yang muncul pada Tn.M ada 3 masalah keperawatan dari 5 diagnosa keperawatan yang muncul menurut teori.

Diagnosa yang pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah

berhubungan dengan resistensi insulin, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data, Tn.M mengeluh badannya sering letih dan lesu, gejala tersebut disebabkan karena jumlah insulin kurang dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang, karena gula yang masuk ke dalam sel berkurang atau tidak dapat masuk sama sekali akibatnya sel tubuh tidak menerima energy yang dibutuhkan sehingga klien akan sering merasa letih dan lesu.

Ketika dilakukan pemeriksaan gula darah pada Tn.M kadar gula darahnya tinggi yaitu 233 mg/dl itu disebabkan karena kerusakan pada sel beta yang menyebabkan ketidakseimbangan produksi insulin, sehingga terjadi hiperglikemia dan mengakibatkan terjadinya ketidakstabilan kadar glukosa darah. Penulis tidak menemukan kesenjangan pada masalah ini.

Tn.M juga mengatakan sering merasa haus dan sering buang air kecil dengan frekuensi 9-10 kali sehari itu disebabkan karena saat terjadi hiperglikemia, ginjal tidak dapat menahannya dan melebihi ambang batas reabsorpsi ginjal, sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria. Glukosa menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (Poliuria). Poliuria pada pasien mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien merasakan haus secara terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (Polidipsi).

Diagnosa yang ke dua yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan

dengan hiperglikemia, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data Tn.M mengeluh kakinya sering mengalami kesemutan pada daerah kaki disertai baal pada telapak kaki, dan sering merasa gatal pada kaki. Gejala yang dirasakan Tn.M itu disebabkan karena gula darah yang meningkat dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kelainan pada sistem saraf atau neuropati diabetik dan kelainan pembuluh darah (angiopati). Hal ini akan membuat darah menjadi lebih pekat, darah yang pekat akan mengakibatkan terjadinya resistensi pembuluh darah karena sirkulasi ke bagian kaki menurun, penurunan sirkulasi (iskemia) diikuti oleh penurunan suplai oksigen ke bagian kaki, akibatnya perfusi jaringan bagian distal menjadi kurang baik dan mengakibatkan terjadinya kesemutan. Penulis menemukan kesenjangan antara teori dan lapangan dimana dalam masalah ini tidak ditemukan adanya masalah kulit pada Tn.M

Diagnosa yang ke tiga Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan, sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data subjektif Tn.M mengeluhkan badan terasa lemas setelah beraktivitas hingga berjalan harus dibantu menggunakan tongkat , gejala yang dirasakan Tn.M disebabkan karena ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas karena kelelahan.

3. Rencana keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada, perencanaan dibuat sesuai dengan masalah, situasi, kondisi, dan kemampuan penulis sesuai dengan perencanaan yang harus

dicapai berdasarkan kriteria hasil. Tujuan, kriteria hasil, dan intervensi yang dibuat untuk Tn.M merujuk pada SIKI dan SLKI yang disesuaikan dengan kondisi dan masalah yang muncul pada Tn.M. maka dari itu penulis melakukan perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah klien.

Diagnosa pertama Ketidakstabilan kadar glukosa, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil lelah/lesu menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan yaitu: monitor kadar glukosa darah untuk menentukan nilai kadar gula darah pada Tn.M, monitor tanda dan gejala diabetes mellitus untuk mengetahui tanda dan gejala yang dirasakan Tn.M , anjurkan Tn.M untuk pengelolaan diabetes dengan cara meminum obat secara rutin. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu manajemen hiperglikemia dan penulis tidak menemukan adanya kesenjangan.

Diagnosa kedua perfusi perifer tidak efektif, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil: sensasi meingkat, warna kulit pucat menurun, parastesia menurun, kelemahan otot menurun, pengisian kapiler membaik, turgor kulit membaik, dengan intervensi keperawatan yaitu: Periksa sirkulasi perifer untuk mengetahui kesemutan/kebas yang dirasakan, anjurkan berolahraga secara rutin dengan cara mengajarkan klien latihan senam kaki diabetes untuk melancarkan peredaran darah, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat dengan cara melembabkan kulit kering pada kaki dan memotong kuku untuk mencegah

terjadinya luka pada kaki. Rencananya yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu perawatan sirkulasi dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas, penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil: Tn.M mampu dalam melakukan aktivitas, mampu berjalan, mampu berjalan jarak jauh dan kekuatan tubuh meningkat, dengan intervensi keperawatan yaitu: identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola jam tidur, monitor lokasi ketidaknyamanan saat beraktivitas, monitor jam tidur, sediakan lingkungan yang nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu manajemen energi dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Dinarti & Muryanti, 2017). Secara umum penulis mampu mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan tujuan, kriteria dan standar hasil serta berdasarkan rasional keilmuan.

Diagnosa pertama ketidakstabilan kadar glukosa, penulis melakukan pemeriksaan kadar gula darah puasa dengan menggunakan glucometer dengan hasil GDS:233 mg/dl. Kedua melakukan pengkajian tanda dan gejala

yang dirasakan dengan cara berdiskusi secara langsung dengan Tn.M. Ketiga penulis melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus dengan menggunakan media leaflet dengan hasil Tn.M mampu menyebutkan pengertian dm, tanda dan gejala, faktor resiko dan komplikasi dm. Keempat penulis menganjurkan klien untuk meminum obat secara teratur dengan cara mengedukasikan bagaimana cara meminum obat yang benar dan tepat dengan hasil Tn.M rutin mengkonsumsi obat metmorfin. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan.

Diagnosa kedua Perfusi perifer tidak efektif, pertama penulis mendiskusikan dan mengajarkan klien cara perawatan kulit pada kaki dan kuku yang baik dengan cara memberikan pelembab dan memotong kuku dengan hasil Tn.M mampu melakukan bagaimana cara perawatan pada kaki dan kuku dengan baik. Kedua memberikan penyuluhan tentang senam kaki diabetes mellitus untuk membantu melancarkan peredaran darah pada bagian kaki klien dengan cara mempraktikannya secara langsung disofa dengan hasil Tn.M mampu mempraktikannya dengan baik. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan.

Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas, tindakan pertama yaitu yang mengobservasi adanya pembatasan beraktivitas dengan cara melihat aktivitas yang dapat dilakukan Tn.M , kedua memonitor lamanya tidur dan lamanya beristirahat dengan cara berdiskusi dengan Tn.M berapa lama tidur

dan beristirahat , ketiga membantu melakukan latihan rentang gerak pasif dengan cara menyuruh Tn.M menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan dan bertahap , keempat memberikan edukasi kepada Tn.M tentang strategi koping untuk mengurangi kelelahan dengan cara mengedukasi makanan yang seimbang yang baik untuk penderita DM dan mengedukasi cara berolahraga ringan di rumah .Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan dengan melibatkan Tn.M secara langsung.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Penulis melakukan evaluasi dari tanggal 10-12 April 2023 dengan hasil diagnosa pertama ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu keluhan badan sering merasa letih dan lesu berkurang, keluhan sering haus dan buang air kecil berkurang, kadar gula darah puasa masih belum normal yaitu 195 mg/dl. Masalah klien teratasi sebagian sehingga lanjutkan intervensi dengan rutin melakukan cek pemeriksaan kadar gula darah, anjurkan meminum obat secara rutin agar dapat menurunkan kadar gula dalam darah.

Diagnosa yang kedua perfusi perifer tidak efektif teratasi pada evaluasi hari ke 3, klien mengatakan setelah melakukan senam kaki diabetes

kesemutan dan baal pada kaki sudah tidak dirasakan, klien mengatakan setelah melakukan perawatan kulit pada kaki keluhan gatal pada kaki sudah tidak dirasakan. Pertahankan intervensi dengan rutin melakukan latihan senam kaki diabetes dan perawatan kaki dan kuku untuk mencegah terjadinya kembali masalah yang sama pada klien.

Diagnosa yang ketiga intoleransi aktivitas , pada evaluasi hari ke 3 , klien mengatakan letih setelah beraktivitas sudah tidak ada , klien mengatakan setelah latihan gerak pasif klien sudah tidak menggunakan alat bantu jalan. Pertahankan intervensi latihan gerak pasif secara mandiri untuk mencegah terjadinya kembali masalah yang sama pada klien.

6. Dokumentasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu mendokumentasikan semua proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan dari mulai tahap pengkajian hingga tahap evaluasi sesuai dengan teori, penulis juga tidak mendapatkan hambatan pada saat melakukan pendokumentasian pada saat melakukan proses asuhan keperawatan pada Tn.M sehingga pendokumentasian dapat penulis lakukan dengan baik dan tepat.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut” maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang terdapat pada Tn.M, klien mengeluh badan sering merasa letih dan lesu disertai kesemutan pada daerah kaki.

2. Diagnosa Keperawatan

Penulis mampu membuat masalah keperawatan dari hasil pengkajian berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada Tn.M diantaranya adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas.

3. Intervensi Keperawatan

Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan keadaan pada Tn.M seperti identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, anjurkan pengelolaan diabetes, Periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis.

diabetes),

lakukan perawatan kaki dan kuku anjurkan berolahraga secara rutin (mis. senam diabetes anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki). Identifikasi jenis aktivitas yang menyebabkan kelelahan, monitor asupan makanan, monitor pola tidur, lakukan orientasi gerak pasif, ajarkan olahraga ringan.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis mampu melaksanakan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan tanpa adanya hambatan apapun pada lansia Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 03/05 Kelurahan Galih Pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut

5. Evaluasi Keperawatan

Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi tindakan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan perfusi perifer belum teratasi, dan untuk masalah Intoleransi aktivitas masalah dapat teratasi pada hari ke 3.

6. Dokumentasi Keperawatan

Penulis mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan sesuai dengan teori tanpa adanya hambatan pada lansia Tn.M dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah Kelurahan Galih Pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut.

B. Rekomendasi

1. Bagi Mahasiswa

Supaya bisa menjadi referensi dalam membuat Karya Tulis Ilmiah dan penyuluhan kepada masyarakat bagi mahasiswa keperawatan dalam memperluas wawasan mengenai pasien dengan Diabetes Melitus dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas, mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Diabetes Melitus , dan faktor-faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk diabetes melitus tersebut

2. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan dapat melakukan kerja sama baik dengan pihak puskesmas maupun dengan pelayanan kesehatan yang lainnya untuk melakukan pemeriksaan gula darah, penyuluhan tentang diabetes mellitus kepada masyarakat di sekitar kampus guna meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap bahayanya penyakit diabetes mellitus apabila tidak segera diobati.

3. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengetahuan tentang diabetes mellitus yang telah diberikan. Serta keluarga harus selalu memberikan dorongan, motivasi, dan do'a agar pasien semangat untuk sembuh dan rutin melakukan pemeriksaan cek kadar gula darah.

4. Bagi puskesmas

Diharapkan puskesmas dapat melakukan kunjungan penyuluhan rutin tentang diabetes mellitus kepada masyarakat terutama kepada lansia yang sangat rentan terhadap penyakit diabetes mellitus. Agar masyarakat tahu lebih dalam apa itu penyakit diabetes mellitus sehingga masyarakat akan lebih menjaga kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2020). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(January), S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>
- Dinata, I. (2022). Gambaran Pemberian Terapi Senam Kaki Diabetes Pada Lansia Dengan Diabetes Mellitus Tipe Ii Di Desa Banjar Anyar Kecamatan Kediri Kabupaten Tabanan (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2022).
- Essinta, R. F. (2022). Pengaruh Chair Based Exercise Terhadap Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta)
- Febrinasari, R. P., Maret, U. S., Sholikhah, T. A., Maret, U. S., Pakha, D. N., Maret, U. S (2020). Buku Saku Diabetes Mellitus Untuk Awam. *Buku Saku*, (November), 21.
- International Diabetes Federatio. (2019). International Diabetes Federation. In *The Lancet* (Vol. 266, Issue 6881). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)92135-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)92135-8)
- Insana Maria. 2021. Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Jurnal penderita dm di kab garut Putra, J. R., Rahayu, U., & Shalahuddin, I. (2021). Self Care Of Patients With Diabetes Mellitus Complementary Diseases of Hypertension in Public Health Center
- Karyudiani, Ni Ketut & Susanti, Brigitta A.Y. 2019. Keperawatan Medikal Bedah I. Yogyakarta. Pustaka Baru.
- Kemenkes `RI. (2020). *Infodatin 2020 Diabetes Mellitus Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*
- Kholifah, Siti Nur (2016). Keperawatan Gerontik. Jakarta Selatan: Kemenkes RI. Marliani, N. K. (2021). Gambaran Tingkat Kemandirian Pada Lansia Di Banjar
- Telaga Desa Sibetan Kecamatan Bebandem Kabupaten Karangasem Tahun 2021 (Doctoral dissertation, Jurusan Keperawatan 2021).

Mawaddah, N., & Wijayanto, A. (2020). Peningkatan Kemandirian Lansia Melalui *Activity Daily Living Training* Dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik Rsj Dr. Rdjiman Wediodiningrat Lawang Nurul. *Hospital Majapahit*, 12(1), 32-40.

Nasrullah, Dede. "Buku Ajar Keperawatan Gerontik dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Nandaa-Nic Noc" (2016).

Pamungkas, R. A. (2021). *Panduan Praktis Screening Resiko Diabetes*.

Perkeni. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Dewasa Indonesia*

P2PTM Kemenkes RI. (2021) 'Diet Diabetes Mellitus (DM) Dilakukan Dengan Pola Makan Sesuai Dengan Aturan 3J', Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Ratnawati E. 2017. *Asuhan Keperawatan gerontik*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Lampiran II

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nurul Tri Lestari
NIM : KHGA20061
Tempat ,tanggal lahir : Garut, 24 Januari 2002
Alamat : Kp. Ciranggon Rt/Rw 01/10 kelurahan Cibiuk kidul
Email : nurultrilestari10@gmail.com
Instagram : nurulltr_

Riwayat Pendidikan

TK PGRI Lewigoong 2007- 2008

SDN 03 Cipareuan 2008-2014

SMPN 02 Cibiuk 2014-2017

SMAN 10 Garut 2017- 2020

STIKes Karsa Husada Garut 2020- Sekarang

