

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N 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  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

**Oleh:**

**PRAYUDA ADITYA N.A**

**NIM : KHGA20062**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**2023**

## **ABSTRAK**

### **IV BAB, 113 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 antaranyakomplikasi fisik yang timbul seperti kerusakan mata, kerusakan ginjal bahkan dapatmenyebabkan 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. Berdasrakan hasil penelitian didapatkan 3 diagnosa yang muncul pada Ny.N yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin, pola tidur kurang efektif b.d kurang kontrol tidur, dan intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.N dari mulai pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, melakukan implementasi, melakukan evaluasi dan mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Diabetes

MellitusDaftar Pustaka: 23

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>v</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Metode Telaahan .....	7
D. Sistematika Penulisan.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
A. KONSEP DASAR LANSIA .....	10
1. Definisi Lansia .....	11
2. Batasan Lansia.....	11
3. Tipe Lansia .....	10
4. Proses Menua .....	12
5. Perubahan-Perubahan Akibat Proses Menua .....	13
B. KONSEP DASAR PENYAKIT .....	18
1. Definisi .....	18
2. Klasifikasi.....	18
3. Etiologi .....	20
4. Manifestasi Klinis.....	22
5. Patofisiologi .....	24
6. Phatway .....	27
7. Penatalaksanaan .....	28
8. Komplikasi .....	29
9. Pemeriksaan Penunjang.....	31

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN .....	33
1. Pengkajian .....	33
2. Analisa Data .....	48
3. Diagnosa .....	52
4. Perencanaan .....	53
5. Implementasi .....	66
6. Evaluasi .....	66
7. Dokumentasi .....	67
<b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>69</b>
A. TINJAUAN KASUS .....	69
1. Pengkajian .....	69
2. Analisa Data .....	85
3. Diagnosa .....	87
4. Perencanaan .....	89
5. Implementasi .....	94
6. Evaluasi .....	94
7. Catatan Perkembangan .....	98
B. PEMBAHASAN .....	104
1. Tahap Pengkajian .....	104
2. Tahap Diagnosa Keperawatan .....	105
3. Tahap Perencanaan .....	108
4. Tahap Implementasi .....	109
5. Tahap Evaluasi .....	109
6. Tahap Dokumentasi .....	111
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....</b>	<b>113</b>
1. Kesimpulan .....	113
2. Rekomendasi .....	114
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>116</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>118</b>

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 2.1</b> Phatway .....	<b>27</b>
--------------------------------	-----------

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1.1</b> Daftar Penyakit .....	4
<b>Tabel 2.1</b> Katz Indeks .....	39
<b>Tabel 2.2</b> Barthel Indeks .....	41
<b>Tabel 2.3</b> SPMSQ .....	43
<b>Tabel 2.4</b> MMSE .....	44
<b>Tabel 2.5</b> Apgar Keluarga.....	47
<b>Tabel 2.6</b> Analisa Data .....	48
<b>Tabel 2.7</b> Rencana Keperawatan .....	55
<b>Tabel 3.1</b> Katz Indeks .....	77
<b>Tabel 3.2</b> Barthel Indeks .....	78
<b>Tabel 3.3</b> SPMSQ .....	79
<b>Tabel 3.4</b> MMSE .....	82
<b>Tabel 3.5</b> Apgar Keluarga.....	83
<b>Tabel 3.6</b> Analisa Data .....	85
<b>Tabel 3.7</b> Rencana Keperawatan .....	89
<b>Tabel 3.8</b> Implementasi Keperawatan .....	94
<b>Tabel 3.9</b> Catatan Perkembangan .....	98
<b>Tabel 3.10</b> Catatan Perkembangan .....	101

## **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 (Kementrian 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  $\geq 15$  tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk  $\geq 15$  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. Prevalensi 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 prevalensi 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 Puskemas 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 : PKM 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N 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 Ny.N. Adapun teknik yang digunakan dalam pengambilan data pada kasus yaitu dengan cara:

- a. 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 Ny.N dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Babakan Caah RT/RW 003/005 Kelurahan Galih pakuwon Kecamatan BL.Limbangan Kabupaten Garut

b. 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.

c. 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.

d. 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

e. 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 di lapangan, mulai dari pengkajian sampai evaluasi, sedangkan pembahasan akan dijadikan suatu bahan perbandingan tentang kesamaan dan perbedaan yang ditemukan antara kasus yang nyata di lapangan 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

- 1) Menurut WHO batasan lanjut usia meliputi:
  - a. *Middle age* usia 45-49 tahu
  - b. *Elderly* usia 60-70 tahun
  - c. *Old* usia 75-90 tahun
  - d. *Very old* usia > 90 tahun
- 2) Lanjut usia menurut Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes RI, 2019)dikelompokan menjadi:
  - a. Pra lanjut usia (45-59 tahun)
  - b. Lanjut usia (60-69 tahun)
  - c. 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 pemarah, 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 penurunan fisik, yaitu ditandai dengan adanya penurunan fungsi 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 karenaperubahan 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 ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan)
- 2) IQ (Intelligent 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 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 Melitus 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 di atas 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 Mellitus) 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 factor keturunan melainkan karena factor autoimun. Faktor penyebabnya antara lain:

1) Faktor genetic

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 cadanganenergy dalam tubuhnya banyak begitupun dengan yang tersimpan dalam hati dalam bentuk glikogen..

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 CO<sub>2</sub> dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% sampai 40% diubah menjadi lemak, tetapi proses tersebut terganggu karena defisiensi insulin. Penyerapan glukosa ke dalam 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).

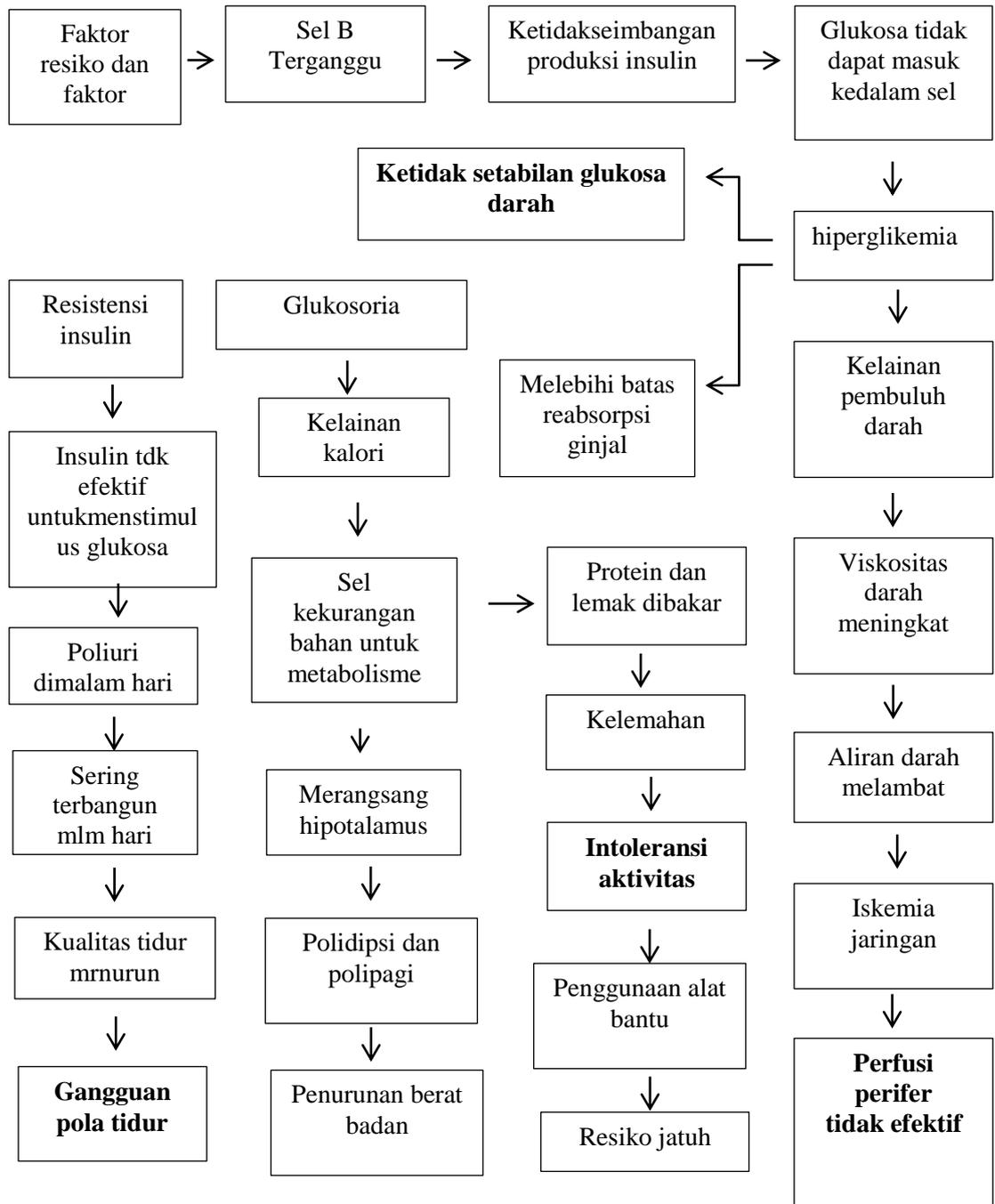
Pada Diabetes Melitus tipe II pasien mengalami penurunan berat badan, cepat merasa lemas, dan lelah, hal ini karena tubuh kehabisan glikogen yang telah dilebur menjadi glukosa maka tubuh akan berusaha mendapatkan pelepasan zat dari bagian tubuh lain yaitu protein dimana akan terjadi katabolisme protein 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. Phatway

Bagan 2.1

Phatway Diabetes Militus



## 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 DM2. 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 mengonsumsi 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 oral 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 berkeinginan dengan munculnya

rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, berdebar-debar, pusing, pusing, dan penderita bisa menjadi tidak sadar.

## 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%. 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:

b. 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.

c. 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.

d. 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) dikatakannormal. 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 objektif 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) 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)

#### 2) 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).

### 3) Pola personal Hygiene

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

### 4) Pola aktivitas

Pada pasien DM, menunjukkan gejala sering merasa lemah, nyeri atau kelemahan pada otot, tidak mampu beraktivitas atau bekerja. Tanda yang 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 diabetik

c. System pernafasan

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

d. System kardiovaskuler

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

e. System pencernaan

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

f. System perkemihan

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

g. System endokrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid. Adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat terganggunya produksi insulin.

h. System saraf

Menurunnya kesadaran, kehilangan memori, neuropati pada ekstremitas, penurunan sensasi, prestasi pada jari-jari tangan

dan kaki. (Tarwoto dkk, 2017)

i. System integument

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

j. System musculoskeletal

Kelemahan otot, nyeri tulang, kelainan bentuk tulang, adanya kesemutan, paratasia, 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)**

<b>Kategori</b>	<b>Kriteria</b>
<b>KATZ Indeks A</b>	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB BAK), berpindah, pergike toilet, berpakaian dan mandi
<b>KATZ Indeks B</b>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidupsehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
<b>KATZ Indeks C</b>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidupsehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
<b>KATZ Indeks D</b>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dansalah satu fungsi lain seperti tersebut di Atas
<b>KATZ Indeks E</b>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
<b>KATZ Indeks F</b>	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
<b>KATZ Indeks G</b>	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas Lain-lain

<b>Lain-lain</b>	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F
------------------	--

### **Interprestasi Hasil:**

- a. Mandiri berarti tanpa pengawasan pengarahannya atau bantuan aktif dari orang lain.
- b. 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**

<b>No.</b>	<b>Kriteria</b>	<b>Dengan Bantuan</b>	<b>Mandiri</b>
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”  $\geq 1$** 

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

**Interpretasi Hasil:**

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

**3) Pengkajian status mental****a) Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)**

Pengkajian *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ) adalah alat yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya defisit otak organik pada pasien lansia.

**TABEL 2.3**  
**PENGAJIAN KEMAMPUAN INTELEKTUAL**  
**SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER (SPMSQ)**

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 angka baru, 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**  
**PENGAJIAN 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	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai 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 mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)

6	Bahasa	9	<p><b>a. Memberi nama (<i>naming</i>):</b> Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangi tunjukkan benda yang berbeda (pensil)</p> <p><b>b. Pengulangan</b> Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”.</p> <p><b>c. Membaca (<i>Reading</i>)</b> Minta klien untuk membaca kalimat. Missal “pejamkan mata anda”</p> <p><b>d. Menulis (<i>Writing</i>)</b> Berikan selembar kertaskosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja.</p> <p><b>e. Menyalin (<i>Copying</i>)</b> Minta klien untuk mengikut menggambar apa yang pemeriksagambar</p> 
<b>Total</b>			

**Interpretasi Hasil:**

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

#### 4) 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 dari keluar

**TABEL 2.5**  
**PENGAJIAN FUNGSI SOSIAL**  
**APGAR Keluarga**

NO.	URAIAN	SKOR		
		SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	HAMPIR TDK PERNAH (0)
1	<b>A: ADAPTATION</b> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	<b>P: PARTNERSHIP</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya			
3	<b>G: GROWTH</b> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru			

<b>4</b>	<b>A: AFFECTION</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai			
<b>5</b>	<b>R: RESOLVE</b> Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama sama			
<b>JUMLAH SKOR</b>				

**Interpretasi Hasil:**

8-10 : Disfungsi Keluarga Tinggi

4-7 : Disfungsi Keluarga Sedang

0-3 : Disfungsi Keluarga Rendah

**2. Analisa Data**

**TABEL 2.6**  
**ANALISA DATA**

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
<b>1.</b>	<b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b> <i>Hiperglikemia</i> <b>Subjektif</b> a) Lelah/Lesu <b>Objektif</b> a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi <b>b. Gejala dan Tanda Minor</b> <i>Hiperglikemia</i>	Fakto Resiko dan Faktor Pencetus ↓ Sel β Terganggu ↓ Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓	<b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b>

	<p><b>Subjektif</b></p> <p>a) Mulut Kering b) Haus Meningkat</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a) Jumlah urin meningkat</p>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	
2.	<p><b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a) Pengisian kapiler &gt;3detik b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba c) Akral teraba dingin d) Warna kulit pucat e) Turgor kulit menurun</p> <p><b>b. Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <p>a) Parastesia b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi interniten)</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a) Edema b) Penyembuhan luka lambat c) Indeks ankle &lt; 0,90 d) Bruit femoral</p>	<p>Hiperglikemia ↓ Kelainan pembuluh darah ↓ Viskositas darah meningkat ↓ Aliran darah melambat ↓ Iskemia jaringan ↓ Perfusi perifertidak efektif</p>	<b>Perfusi Perifer TidakEfektif</b>
3.	<p><b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p><b>b. Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <p>a) Cepat kenyang setelahmakan</p>	<p>Hiperglikemia<sup>+</sup> Melebihi batas reabsorpsi ginjal<sup>+</sup> Glukosuria<sup>+</sup> Kehilangan kalori<sup>+</sup> Sel kekuranganbahan untuk metabolisme<sup>+</sup> Merangsang hipotalamus<sup>+</sup> Polidipsi danpolipagi<sup>+</sup> Penurunan berat badan<sup>+</sup></p>	<b>Defisit Nutrisi</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Kram/nyeri abdomen</li> <li>c) Nafsu makan menurun</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bising usus hiperaktif</li> <li>b) Otot pengunyah lemah</li> <li>c) Otot menelan lemah</li> <li>d) Membrane mukosapucat</li> <li>e) Sariawan</li> <li>f) Serum albumin turun</li> <li>g) Rambut rontokberlebihan</li> <li>h) Diare</li> </ul>	Defisit nutrisi	
4	<p><b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh sulit tidur</li> <li>b) Mengeluh sering terjaga</li> <li>c) Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>d) Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>e) Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ul> <p><b>b. Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</li> </ul>	<p>Hesistensi insulin ↓ Insulin tidak efektif untuk menstimulus glukosa ↓ poliuri dimalam hari ↓ Sering terbangun dimalam hari ↓ Kualitas tidur menurun ↓ Gangguan pola tidur</p>	<b>Gangguan pola tidur</b>
5.	<p><b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh lelah</li> </ul> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ul>	<p>Sel kekurangan baham untuk metabolisme ↓ Protein dan lemak dibakar ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi aktivitas</p>	<b>Intoleransi Aktivitas</b>

	<p><b>b. Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><i>Subjektif</i></p> <p>a) Dispnea saat/setelahaktivitas</p> <p>b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c) Merasa lemah</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a) Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</p> <p>b) Gambaran EKG menunjukkan aritmiasaat/setelah aktivitas</p> <p>c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d) Sianosis</p>		
--	--	--	--

### 3. 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. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D. 0056)

#### **4. 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.

**TABEL 2.7**  
**RENCANA KEPERAWATAN**

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN KEPERAWATAN		
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	<p><b>SDKI (D. 0027)</b></p> <p><b>Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah</b></p> <p><b>Definisi:</b> Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Disfungsi pancreas</li> <li>b. Resistensi Insulin</li> <li>c. Gangguan toleransi glukosa darah</li> <li>d. Gangguan glukosa darah</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p>	<p><b>SLKI (L. 03022)</b></p> <p><b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Koordinasi meningkat</li> <li>b. Kesadaran meningkat</li> <li>c. Mengantuk menurun</li> <li>d. Pusing menurun</li> <li>e. Lelah/lesu menurun</li> <li>f. Keluhan lapar menurun</li> <li>g. Gemetar menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI (I. 03115)</b></p> <p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>b. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala).</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebagai acuan untuk menentukan nilai kadar gula darah</li> <li>b. Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol</li> <li>c. Menghindari terjadinya hiperglikemia</li> <li>d. Menjaga intake dan output stabil</li> <li>e. Agar tidak terjadi komplikasi ketaodosis metabolic</li> </ol>

	<p><i>Hiperglikemia</i>  <b>Subjektif</b>  a. Lelah/Lesu</p> <p><b>Objektif</b>  a. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><i>Hiperglikemia</i>  <b>Subjektif</b>  a. Mulut Kering  b. Haus Meningkat</p> <p><b>Objektif</b>  a. Jumlah urin meningkat</p>	<p>h. Berkeringat menurun  i. Mulut kering menurun  j. Rasa haus menurun  k. Kesulitan bicara menurun  l. Kadar glukosa dalam darah membaik  m. Kadar glukosa dalam urine membaik  n. Palpitasi membaik  o. Perilaku membaik  p. Jumlah urine membaik</p>	<p>d. Monitor intake dan output cairan  e. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi.</p> <p><b>Terapeutik</b>  f. Berikan asupan cairan oral  g. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada dan memburuk  h. Fasilitasi ambulasi jika ada hiotensi ortostatik</p> <p><b>Edukasi</b>  i. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</p>	<p><b>Terapeutik</b>  f. Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi  g. Untuk mencegah hypokalemia  h. Untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat dari hiperglikemi</p> <p><b>Edukasi</b>  i. Untuk mencegah kerusakan pada sistem organ tubuh yang lain  j. Agar klien mampu mengendalikan kadar glukosa darah  k. Membantu agar pasien patuh pada diet dan olahraga  l. Menginformasikan cara pengelolaan diabetes</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><b>Kolaborasi</b></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><b>Kolaborasi</b></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>
2.	<p><b>SDKI (D. 0009)</b></p> <p><b>Perfusi Perifer Tidak Efektif</b></p> <p><b>Definisi:</b> Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang</p>	<p><b>SLKI (L. 02011)</b></p> <p><b>Perfusi Perifer</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ...</p>	<p><b>SIKI (I. 02079)</b></p> <p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien</p> <p>b. Mengetahui penyebab gangguan sirkulasi</p>

	<p>dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hiperglikemia</li> <li>b. Penurunan konsentrasi hemoglobin</li> <li>c. Peningkatan tekanan darah</li> <li>d. Kekurangan volume cairan</li> <li>e. Penurunan aliran arteri dan atau vena</li> <li>f. Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)</li> <li>g. Kurang terpapar informasi tentang prosese penyakit (mis. Diabetes mellitus, hiperlipedemia)</li> </ul>	<p>jam maka Perfusi Perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>b. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>c. Sensasi meningkat</li> <li>d. Warna kulit pucat menurun</li> <li>e. Edema perifer menurun</li> <li>f. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>g. Parastesia menurun</li> <li>h. Kelemahan otot menurun</li> <li>i. Pengisian kapiler membaik</li> <li>j. Turgor kulit membaik</li> </ul>	<p>(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle-brachial index</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi)</li> <li>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>e. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Menghindari terjadinya infiltrasi</li> <li>e. Mencegah terjadinya nyeri pada pasien</li> <li>f. Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal</li> <li>g. Mencegah terjadinya luka pada kaki</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. Untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer</li> <li>i. Mengontrol tekanan darah agar dalam keadaan normal</li> <li>j. Agar tekanan darah dapat terkontrol secara efektif</li> </ul>
--	--	--	---	---

<p>h. Kurang aktivitas fisik</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Pengisian kapiler &gt;3 detik</p> <p>b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Warna kulit pucat</p> <p>e. Turgor kulit menurun</p> <p><i>Subjektif</i></p> <p>a. Parastesia</p> <p>b. Nyeri ekstremitas (klaudikasi interniten)</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Edema</p> <p>b. Penyembuhan luka lambat</p> <p>c. Indeks ankle-brachial &lt;0,90</p> <p>d. Bruit femoral</p>		<p>f. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>g. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>h. Anjurkan berolahraga secara rutin</p> <p>i. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu.</p> <p>j. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>k. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kuring pada kaki)</p>	<p>k. Mencegah terjadinya luka</p> <p>l. Untuk memperbaiki sirkulasi</p> <p>m. Mengetahui dan memberikan petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut.</p>
---	--	--	--

			<p>l. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega 3)</p> <p>m. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis.rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa.</p>	
3.	<p><b>SDKI (D. 0019)</b></p> <p><b>Defisit Nutrisi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <p>a. Ketidakmampuan menelan</p>	<p><b>SLKI (L. 03026)</b></p> <p><b>Status Nutrisi</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>SIKI (I. 03119)</b></p> <p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi atatus nutrisi</p> <p>b. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien</p> <p>b. Mencukupi kalori sesuai kebutuhan pasien dan dapat membantu proses penyembuhan pada pasien</p>

<p>b. Ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>c. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>d. Peningkatan kebutuhan metabolisme</p> <p>e. Factor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)</p> <p>f. Factor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p>	<p>a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>c. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>d. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</p> <p>e. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat</p> <p>f. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>g. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>h. Nyeri abdomen menurun</p> <p>i. Sariawan menurun</p>	<p>d. Monitor asupan makanan</p> <p>e. Monitor berat badan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>f. Lakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>g. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</p> <p>h. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>i. Berikan makanan tinggi protein dan kalori.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>j. Anjurkan posisi duduk saat makan</p> <p>k. Ajarkan diet yang diprogramkan</p>	<p>c. Untuk mengetahui asupan makanan apa saja yang dibutuhkan klien</p> <p>d. Mengetahui frekuensi makan pasien</p> <p>e. Untuk mengetahui berat badan klien</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>f. Untuk memberikan rasa nyaman pada mulut klien dan meningkatkan nafsu makan</p> <p>g. Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu</p> <p>h. Karena serat dalam makanan akan membentuk</p>
--	---	---	---

	<p>a. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>b. Kram/nyeri abdomen</p> <p>c. Nafsu makan menurun</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>a. Bising usus hiperaktif</p> <p>b. Otot pengunyah lemah</p> <p>c. Otot menelan lemah</p> <p>d. Membrane mukosa pucat</p> <p>e. Sariawan</p> <p>f. Serum albumin turun</p> <p>g. Rambut rontok berlebihan</p> <p>h. Diare</p>	<p>j. Rambut rontok menurun</p> <p>k. Diare menurun</p> <p>l. Berat badan membaik</p> <p>m. IMT membaik</p> <p>n. Frekuensi makan membaik</p> <p>o. Nafsu makan membaik</p> <p>p. Bising usus membaik</p> <p>q. Tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>r. Membran mukosa membaik</p>		<p>feses sehingga mudah dikeluarkan.</p> <p>i. Memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>j. Memudahkan proses menelan dan menurunkan terjadinya resiko aspirasi</p> <p>k. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan</p>
4.	<p><b>SDKI (D.0055)</b></p> <p><b>Gangguan pola tidur</b></p> <p><b>Definisi:</b> gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<p><b>SLKI (L.05045)</b></p> <p><b>Pola tidur</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam maka pola tidur</p>	<p><b>SIKI (I. 0055)</b></p> <p><b>Dukungan tidur</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Mengetahui kualitas tidur dan frekuensi tidur</p>

	<p><b>Faktor Resiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hambatan lingkungan</li> <li>b. Kurang kontrol tidur</li> <li>c. Restraint fisik</li> <li>d. Ketiadaan teman tidur</li> <li>e. Tidak familiar dengan peralatan tidur</li> </ul> <p><b>a. Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Mengeluh sulit tidur</li> <li>j) Mengeluh sulit terjaga</li> <li>k) Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>l) Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ul>	<p>membalik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan sulit tidur</li> <li>b. Keluhan sering terjaga</li> <li>c. Keluhan tidak puas tidur</li> <li>d. Keluhan pola tidur berubah</li> <li>e. Keluhan istirahat tidak cukup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Modifikasi lingkungan</li> <li>d. Batasi tidur siang</li> <li>e. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>f. Tetapkan jadwal rutin</li> <li>g. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. Jelaskan pentingnya tidur cukup</li> <li>i. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Memenuhi kualitas tidur terjaga</li> <li>d. Memudahkan tidur di malam hari</li> <li>e. Pemenuhan kebutuhan kualitas tidur</li> <li>f. Tidur lebih teratur</li> <li>g. Pijat sebelum tidur secara mandiri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. Untuk pemenuhan kebutuhan tidur</li> <li>i. Tidur lebih teratur</li> </ul>
--	---	---	---	---

<p><b>SDKI (D.0056)</b></p> <p><b>Intoleransi aktivitas</b></p> <p><b>Definisi:</b> Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</li> <li>Tirah baring</li> <li>Kelemahan</li> <li>Imobilitas</li> <li>Gaya hidup monoton</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengeluh lelah</li> <li>Objektif</li> <li>Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari</li> </ol>	<p><b>SLKI (L.05047)</b></p> <p><b>Toleransi aktivitas</b></p> <p>Setelah dilakukann tindakan keperawatan selama ... x ... jam maka Toleransi Aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> <li>Saturasi oksigen meningkat</li> <li>Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>Jarak berjalan meningkat</li> <li>Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> </ol>	<p><b>SIKI (I.05178)</b></p> <p><b>Manejemen energi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahn</li> <li>Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>Monitor pola jam tidur</li> <li>Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</li> <li>Berikan aktivitas distraksi</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>untuk mengetahui gg fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan</li> <li>Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien</li> <li>Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak</li> <li>Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidanyamanan pasien selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien</li> <li>Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan</li> </ol>
---	---	--	---

	<p>kondisi istirahat</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b> <i>Subjektif</i></p> <p>a. Dispnea saat/setelah aktivitas</p> <p>b. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c. Merasa lemah</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Tekanan darah berubah &gt;20% dari istirahat</p> <p>b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas</p> <p>c. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>d. Sianosis</p>	<p>g. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>h. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>i. Keluhan lelah menurun</p> <p>j. Dyspnea saat aktivitas menurun</p> <p>k. Dyspnea setelah aktivitas menurun</p> <p>l. Perasaan lemah menurun</p> <p>m. Sianosis menurun</p> <p>n. Warna kulit membaik</p> <p>o. Tekanan darah membaik Frekuensi napas membaik</p>	<p>yang menenangkan</p> <p>i. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>j. Anjurkan tirah baring</p> <p>k. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>l. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>g. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>gerak ekstremitas pasien</p> <p>g. Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien</p> <p>h. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>i. Memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat</p> <p>j. Menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap</p> <p>k. Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri.</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>l. Untuk memaksimalkan proses penyembuhan</p>
--	--	---	---	--

## 5. 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, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

## 6. 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 disusun sesuai 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).

## **7. 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**

Identitas Pasien

Nama : Ny.N

Umur : 61 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp.Babakan Caah , RT/RW 003/005,

Kel. Galih pakuwon ,Kec.

BL.Limbangan Kota, Kab. Garut

Status : Cerai Mati

Tanggal Pengkajian : 5 April

2023Diagnosa Medis : Diabetes

Mellitus

##### **2. Riwayat Kesehatan**

###### **a. Keluhan utama**

Klien mengatakan badannya sering merasa letih

b. Riwayat kesehatan saat ini

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu, sering merasa kesemutan dan terasa kebas. Letih dirasakan saat melakukan aktivitas dan berkurang saat beristirahat dan klien mengatakan sulit tidur akibat sering BAK pada malam hari. dan kesemutan dirasakan saat bangun tidur dan berkurang saat dipijat secara mandiri. Keluhan dirasakan hilang timbul.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sudah mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus selama 10 tahun. Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di Puskesmas limbangan karena penyakit diabetes dan Gastritis selama 3 Hari perawatan , dan sering melakukan pengobatan berjalan di Puskesmas limbangan . Klien mengatakan hasil pemeriksaan gula terakhirnya 197 mg/dl.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

**3. Aktivitas Sehari-hari (ADL)**

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menghabiskan 1 porsi makanan dengan lauk pauk seadanya, Klien mengatakan sering mengonsumsi makanan apa saja tanpa

pantangan . Klien minum  $\pm$  13 gelas per hari.

b. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan tidur malam kurang lebih 4-5 jam sehari, klien sering terbangun saat malam hari karena sering BAK , klien jarang tidur siang.

c. 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.

d. 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.

e. Pola Aktivitas

Klien mampu beraktivitas sehari-hari secara mandiri, tetapi sering merasa cepat lemas saat melakukan aktivitas. Aktivitas klien selama dirumah yaitu berkebun dan bermain bersama cucunya .

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a. Status Kesehatan Umum

- 1) Keadaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Compos mentis
- 3) Berat Badan : 55 Kg
- 4) Tinggi Badan : 145 cm
- 5) Tanda-tanda Vital
  - Tekanan Darah : 120/80mmHg
  - Suhu : 36,2°C
  - Nadi : 92 x/menit
  - Respirasi : 22 x/menit

##### a) Sistem Pernafasan

posisi lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung tekstur, lubang hidung tampak bersih, tidak ada lesi, frekuensi nafas 22x/menit, tidak ada nyeri tekan, bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, fungsi penciuman baik terbukti klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

##### b) Sistem Integumen

###### (1) Rambut dan Kulit kepala

Warna rambut hitam beruban, tidak tampak adanya lesi, rambut tampak bersih dan rapi, tekstur kulit halus, tidak terdapat benjolan.

(2) Kulit

Warna kulit pucat, kulit sedikit keriput, turgor kulit menurun, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan

(3) Kuku

Warna transparan, bentuk kuku datar, kuku tampak bersih, CRT kembali > 3 detik.

c) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak terdapat peningkatan JVP, nadi 66x/menit denyut nadi teraba kuat dan teratur, irama jantung regular, bunyi jantung (S1,S2) normal, tekanan darah 120/100 mmHg.

d) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan, keadaan bibir bersih, warna gigi tampak putih kekuningan, fungsi menelain baik, fungsi pengecapan baik terbukti klien dapat merasakan manis, asin dan pahit, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12x/menit.

e) Sistem Endokrin

Saat di inspeksi pergerakan leher baik terbukti klien dapat menengok ke arah kiri dan kanan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada leher sebelah kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan.

f) Sistem Sensori dan persepsi

(1) Sistem penglihatan

Bentuk dan posisi mata simetris antara mata kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera putih, replek pupil baik terbukti pada saat diberi rangsangan gerak reflek mengikhti rangsangan dan pupil mengecil saat diberi rangsangan cahaya, fungsi penglihatan sebelah kiri buram, fungsi penglihatan sebelah kanan baik terbukti klien masih dapat membaca papan nama mahasiswa pada jarak  $\pm 60$  cm.

(2) Sistem pendengaran

Letak telinga antara kiri dan kanan simetris, tidak ada penumpukan inspaksi serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab pertanyaan mahasiswa.

g) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (Olfactorius) :

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

(2) Nervus II (Opticus) :

Klien dapat membaca papan nama mahasiswa.

(3) Nervus III (Oculomotorius) :

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan kanan

(4) Nervus IV (Trochlearis) :

Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah

(5)Nervus V (Abdusen) :

Klien dapat menggerakkan bola mata kesamping kiri dan kanan

(6)Nervus VI ( Trigeminus) :

Sensori kulit wajah klien baik, dapat merasakan sentuhan pada pipi kanan

(7)Nervus VII (Facialis) :

Klien dapat menggerakkan alis dan megerutkan dahi

(8)Nervus VIII (vestibulokoklearis) :

Fungsi keseimbangan klien baik, terbukti saat berjalan klien tidak menggunakan alat bantu.

(9)Nervus IX (Glospharingeus) :

Klien dapat membuka mulut

(10)Nervus X (Vagus) :

Klien dapat menelan dengan baik.

(11)Nervus XI (Hipoglosus) :

Klien dapat berbicara dengan jelas, fungsi lidah baik terbukti klien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan kesegala arah.

(12)Nervus XII (Aksesoris) :

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan

menggerakkan kepala.

#### h) Sistem musculoskeletal

##### (1) Ekstremitas atas

Posisi kedua tangan simetris antara tangan kanan dan kiri, tidak ada lesi ataupun edema, tangan kanan dan kiri dapat digerakan secara fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi.

##### (2) Ekstremitas bawah

Posisi kaki simetris antara kaki kanan dengan kaki kiri, tidak ada edema, tidak terdapat lesi pada kedua kaki, tidak terdapat nyeri tekan, kedua kaki bisa di gerakan dan dapat berjalan, kekuatan otot baik.

Kekuatan otot.

5	5
3	3

Keterangan :

0: Otot sama sekali tidak mampu bergerak

1: Tampak kontraksi ada sedikit gerakan

2: Mampu menahan tegak tetapi dengan sentuhan akan jatuh

3: Mampu menahan tegak walaupun didorong tetapi tidak mampu melawan tekan

4: kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5: kekuatan otot penuh

## **5. Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

### **1. Data Psikologis**

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan jelas, Klien selalumemberi 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.

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

Hasil GDS saat pengkajian pada tanggal 5 April 2023 di dapatkan hasil yaitu 197 mg/dL

## 7. Pengkajian Fungsional

### 1. Pengkajian Katz Indeks

**TABEL 3.1**  
**KATZ INDEKS**

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

<b>Lain-lain</b>	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C, D, E atau F
------------------	--

Dari hasil pengkajian didapatkan Katz Indeks Ny.N berada pada Katz Indeks A yang berarti Ny.N mandiri dalam hal makan, kontinensia (BAB, BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi

## 2. Modifikasi dari Barthel Indeks

**TABEL 3.2**  
**BARTHEL INDEKS**

<b>NO.</b>	<b>KRITERIA</b>	<b>DENGAN BANTUAN</b>	<b>MANDIRI</b>
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, 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 Ny.N yaitu 130 yang berarti mandiri.

## 8. Pengkajian Emosional

### Pertanyaan tahap 1:

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya
- b) Apakah klien sering mengalami gelisah? Tidak
- c) Apakah klien sering murung/menangis sendiri? Tidak
- d) Apakah klien sering was-was atau khawatir? Tidak
- g) Apakah klien cenderung mengurung diri? Tidak

### Interprestasi Hasil:

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny.N memiliki masalah emosional negative.

## 9. Pengkajian Status Mental

### 1. Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

**TABEL 3.3**

**Short Portable Mental Status Questioner  
(SPSMQ)**

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?	61 Tahun
√		6	Kapan anda lahir?	1962
√		7	Siapa presiden Indonesia?	Jokowi
√		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	SBY
√		9	Siapa nama kecil anda?	Ambu
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	17, 14, 11, 8, 5,
<b>JUMLAH</b>		<b>Benar : 10</b>		
<b>Salah : 0</b>				

**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 Portable Mental Status Questionare (SPMSQ)

didapatkan hasil 10 benar dan 0 salah ini menunjukkan bahwa

Ny.N memiliki fungsi intelektual utuh.

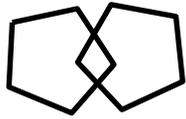
## 2. Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

**TABEL 3.4**

### Mini Mental State Examination (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksim AI	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar a. Tahun : 2022 b. Musim : Hujan c. Tanggal : 05 d. Hari : Rabu e. Bulan : April
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? f. Negara: Indonesia g. Propinsi : Jawa h. Kabupaten : Garut i. Kelurahan : Galih pakuwon
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : a. Kursi b. Meja c. Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65

5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	8	<p>a. <b>Memberi nama (<i>naming</i>):</b> Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangi tunjukkan benda yang berbeda (pensil) Hasil: Klien mampu menyebutkan benda tersebut.</p> <p>b. <b>Pengulangan</b> Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”. Hasil: Klien mampu mengikuti kalimat yang diucapkan pemeriksa.</p> <p>c. <b>Membaca (<i>Reading</i>)</b> Minta klien untuk membaca kalimat. Missal “ pejamkan mata anda” Hail : Klien mampu membaca dengan baik</p> <p>d. <b>Menulis (<i>Writing</i>)</b> Berikan selembar 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>e. <b>Menyalin (<i>Copying</i>)</b> Minta klien untuk mengikuti</p>

				<p>menggambar apa yang pemeriksa gambar.</p>  <p>Hasil: Klien dapat menggambar dengan baik.</p>
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>29</b>	

### 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 Ny.N tidak ada gangguan kognitif

## 10. Pengkajian Apgar Keluarga

**TABEL 3.5**  
**APGAR KELUARGA**

NO.	URAIAN	SKOR		
		SELALU (2)	KADANG-KADANG (1)	HAMPIR TDK PERNAH (0)
1	<b>A : ADAPTATION</b> Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk	<b>2</b>		

	membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
<b>2</b>	<b>P : PARTNERSHIP</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	<b>2</b>		
<b>3</b>	<b>G : GROWTH</b> Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	<b>2</b>		
<b>4</b>	<b>A : AFFECTION</b> Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	<b>2</b>		
<b>5</b>	<b>R : RESOLVE</b> Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama		<b>1</b>	
<b>JUMLAH SKOR</b>		<b>9</b>		

**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 Ny.N adalah 9 yang menunjukkan status fungsional berfungsi dengan baik.

**3. Analisa Data**

**TABEL 3.6**  
**ANALISA DATA**

<b>NO.</b>	<b>DATA FOKUS</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH</b>
<b>1.</b>	<p><b>S:</b></p> <p>a. Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu</p> <p>b. Klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>c. Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari</p> <p><b>O:</b></p> <p>a. Klien terlihat lemas</p> <p>b. GDS : 233 mg/dl</p> <p>c. Tanda-tanda Vital: TD:150/100mmHg N: 92 x/menit R :22x/menit S : 36, 2<sup>o</sup>C</p>	<p>Fakto Resiko dan Faktor Pencetus ↓</p> <p>Sel β Terganggu ↓</p> <p>Ketidakseimbangan produksi insulin ↓</p> <p>Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓</p> <p>Hiperglikemia ↓</p> <p>Ketidakstabilankadar glukosa darah</p>	<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b></p>

<p>2.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sering BAK</li> <li>b. Klien mengatakan sulit tidur kembali karena terbangun</li> <li>c. Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Terdapat kantung mata</li> <li>b. Tamapak lesu</li> <li>c. Sering menguap</li> </ul>	<p>Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa ↓ Sering berkemih (poliurine) pada malam hari ↓ Kualitas tidur menurun ↓ Gangguan pola tidur</p>	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b></p>
<p>3.</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan sering letih</li> <li>b. Klien mengatakan sering kesemutan dan terasa kebas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien terlihat lemas</li> <li>b. Klien tampak hanya duduk dikursi</li> <li>c. Klien tampak sulit terbangun setelah duduk terlalu lama</li> </ul>	<p>Hiperglikemia ↓ Melebihi batas reabsorpsi ginjal ↓ Glukosuria ↓ Kehilangan kalori ↓ Sel kekurangan untuk metabolisme ↓ Protein dan lemak dibakar ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi aktivitas</p>	<p><b>Intoleransi aktivitas</b></p>

#### 4. Diagnosa Keperawatan

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

DS:

- a) Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu
- b) Klien mengatakan sering merasa haus
- c) Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari

DO:

- a) Klien terlihat lemas
- b) GDS : 197 mg/dl
- c) Tanda tanda Vital:

TD:120/80mmHg

N: 92 x/menit

R: 22 x/menit

S : 36, 2<sup>o</sup>C

- b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055)

DS:

- a) Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena sering BAK
- b) Klien mengatatakan sulit tidur kembali karena terbangun
- c) Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam

DO:

- a) Tampak kantung mata
  - b) Tampak lesu
  - c) Sering menguap
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0019)

DS :

- a) Klien mengatakan sering letih
- b) Klien mengatakan sering kesemutan dan terasa kebas

DO :

- a) Klien terlihat lemas
- b) Klien tampak hanya duduk dikursi
- c) Klien tampak selit terbangun setelah duduk terlalu lama

## 5. Rencana Keperawatan

Nama : Ny.N

Umur : 61 Tahun

**TABEL 3.7**  
**RENCANA KEPERAWATAN**

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	RENCANA KEPERAWATAN		
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	<p><b>SDKI (D. 0027)</b></p> <p><b>Ketidaksabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia.</b></p> <p><b>S :</b></p> <p>a. Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu</p> <p>b. Klien mengatakan sering merasahaus</p> <p>c. Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari</p>	<p><b>SLKI (L. 03022)</b></p> <p><b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Lelah/lesu menurun</p> <p>b. Rasa haus menurun</p>	<p><b>SIKI (I. 03115)</b></p> <p><b>Manajemen Hiperglikemia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Monitor Kadar glukosadarah</p> <p>b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala )</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol</p> <p>b. Menghindari terjadinya hiperglikemia</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>c. Agar klien mampu mengontrol kadar gula darah secara mandiri</p> <p>d. Menginformasikan cara pengelolaandiabetes</p>

	<p><b>O:</b></p> <p>a. Klien terlihat lemas</p> <p>b. GDS : 195 mg/dl</p> <p>c. Tanda-tanda Vital: TD: 120/80 mmHg N: 92 x/menit R: 22 x/menit S : 36, 2<sup>o</sup>C</p>	<p>c. Kadar glukosa dalamdarah membaik</p> <p>d. Jumlah urine membaik</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <p>c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secaramandiri</p> <p>d. Anjurkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obatoral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p>	
2.	<p><b>SDKI (D. 0055)</b> <b>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur</b></p> <p><b>S :</b></p> <p>a. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena BAK</p> <p>b. Klien mengatakan sulit tidur kembali karena terbangun</p> <p>c. Klien mengatakan sering terasa pusing karena sulit tidur</p> <p><b>O :</b></p> <p>a. Tampak kantung mata</p> <p>b. Tampak lesu</p>	<p><b>SLKI (L. 05045)</b> <b>Pola Tidur</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 3 jam maka pola tidur meningkat, dengan kriteriahasil:</p> <p>a. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>b. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p><b>SIKI (I. 09265)</b> <b>Dukungan tidur</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <p>a. identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>b.fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>c. Tetapkan jadwal ritin tidur</p> <p>d. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.pijat dan pengaturan posisi)</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Mengetahui kondisi dan frekuensi tidur</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>b. Untuk meningkatkan kualitas tidur</p> <p>c. Meningkatkan jadwal tidur yang terjaga</p> <p>d. Meningkatkan kualitas tidur</p>

3	<p><b>SDKI (0019)</b>  <b>Intoleransi Aktivitas</b>  <b>Berhubungan Dengan Kelemahan</b>  <b>S :</b>  a) Klien mengatakan sering letih  b) Klien mengatakan sering kesemutan dan terasa kebas  <b>O :</b>  a) Klien terlihat lemas  b) Klien tampak hanya duduk dikursi  c) Klien tampak menggunakan alat bantu jalan</p>	<p><b>SLKI (L.05047)</b>  <b>Toleransi Aktivitas</b>  Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x 3 jam maka ToleransiAktivitas meningkat, dengankriteria hasil:  h. Kemudahan dalam melakukan aktivitas asehari-hari meningkat  i. Kecepatan berjalanmeningkat  j. Jarak berjalan meningkat  k. Kekuatan tubuh bagianatas meningkat  l. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat  m. Kelemahan menurun</p>	<p><b>SIKI (I. 05178)</b>  <b>Manajemen Energi</b>  <b>Observasi</b>  h. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  i. Monitor kelelahan fisik dan emosional  j. Monitor pola jam tidur  k. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas  <b>Terapeutik</b>  l. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)  m. Berikan aktivitas yang menyenangkan  <b>Edukasi</b>  h. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  i. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p>	<p><b>Observasi</b>  a. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien pasien akibat kelelahan  m. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien  n. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak  o. Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidanyamanan pasien selama melakukanaktivitas  <b>Terapeutik</b>  Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien  p. Untuk menghilangkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien  <b>Edukasi</b>  q. Membrikan kenyamanan pasien saat beristirahat Menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap</p>
---	---	--	---	--

## b. Implementasi Keperawatan

**TABEL 3.8**  
**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Impelemntasi	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	10 April 2023 08.00  08.10  08.15	<p><i>Observasi</i></p> <p>a. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah Hasil : GDS 197 mg/dL</p> <p>b. 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><i>Edukasi</i></p> <p>c. Melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus (Definisi, penyebab, tanda dan gejala, factor resiko, komplikasi) Hasil : Klien mampu memahami definisi, penyebab, tanda dan gejala, factor resiko dan komplikasi diabetes mellitus</p> <p>d. memberikan edukasi diet diabetes</p>	<p><b>10 April 2023 (08.30)</b></p> <p><b>S:</b></p> <p>a. Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu</p> <p>b. Klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>c. Klien mengatakan frekuensi BAK 9-10 kali sehari</p> <p><b>O:</b></p> <p>a. Klien terlihat lemas</p> <p>b. GDS : 197 mg/dL</p> <p>c. Tanda-tanda Vital: TD: 120/80 mmHg N: 89 x/menit R: 20 x/menit  S : 36, 2<sup>0</sup>C</p>	Yuda



		08.55	<p>nyaman</p> <p>a. Memberikan jadwal rutin tidur ( tidur siang jam 13.00-14.00 setelah sholat dzuhur , tidur malam jam 21.00-04.00 ) Hasil : Klien mampu memahami jadwal yang diprogramkan.</p> <p>b. memberikan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan ( pijatan sebelum tidur secara mandiri )</p> <p>b. hasil : klien mampu memahami prosedur yang di programkan</p>	<p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <p>a. Lanjutkan menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>b. Anjurkan untuk pijat sebelum tidur secara rutin</p> <p>Lanjutkan jadwal rutin tidur</p>	
<b>3.</b>	Intoleransi Aktivitas	10 April 2023 09.05  09. 10	<p><b>Observasi</b></p> <p>a. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas klien,dengan cara melihat aktivitas yang dapat dilakukan klien</p> <p>Hasil : Klien hanya duduk dikursi</p> <p>b. Memonitor pola tidur dan lamanya Istirahat , dengan cara memonitor berapa</p>	<p><b>10 April 2023 (09. 35)</b></p> <p><b>S :</b></p> <p>a. Klien mengatakan sering letih</p> <p>b. Klien mengatakan kaki sering kesemutan dan terasa kebas</p> <p><b>O:</b></p> <p>a. Klien tampak mudah kelelahan</p> <p><b>A:</b> Intoleransi aktivitas</p>	<b>Yuda</b>

			<p>lama klien tidur dan istirahat          Hasil : klien hanya tidur 4-5 jam</p> <p><b><i>Terapeutik</i></b></p> <p>c. Membantu melakukan latihan rentang gerak pasif , dengan cara menyuruh klien menggerakkan tanganya dan kaki secara perlahan</p> <p>Hasil: Klien dapat dapat mengikuti instruksi dengan baik</p> <p><b><i>Edukasi</i></b></p> <p>d. Memberikan edukasi tentang strategi koping untuk mengurangi kelelahan ( cara memilih makanan yang seimbang yang baik untuk penderita DM , cara berolahraga ringan dirumah )</p> <p>Hasil: Klien mampu memahami strategi yang di instruksikan</p>	<p><b>P:</b></p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>a. Lanjutkan observasi pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>b. Lanjutkan latihan rentang gerak pasif pantau makanan yang dikonsumsi</p>	
	09.15				
		09.20			
		09.25			

**c. Catatan Perkembangan**

Nama : Ny.N

Umur : 61 Tahun

**TABEL 3.8**

**CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE I**

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	11 Apr 2023 13.00	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan letih dan lesu mulai berkurang</li> <li>b. Klien mengatakan masih sering merasa haus</li> <li>c. Klien mengatakan frekuensi BAK berkurang 8-9 kali sehari</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien terlihat lebih segar</li> <li>b. GDS : 195 mg/dL</li> <li>c. TTV TD:110/80 N: 90x/menit R: 20xmenit S: 36.5° C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lanjutkan cek kadar glukosa darah</li> <li>b. Anjurkan melanjutkan program diet diabetes</li> </ul> <p><b>I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melanjutkan cek kadar glukosa darah</li> </ul>	<b>Yuda</b>

			<p>b. Menganjurkan melanjutkan program diet diabetes</p> <p><b>E:</b></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>	
2.	Gangguan pola tidur	13.20	<p><b>S:</b></p> <p>a. Klien mengatakan setelah melakukan pijat sebelum tidur dan mendengarkan terapi musik, lebih mudah tidur kembali setelah terbangun</p> <p><b>O:</b></p> <p>a. Terdapat kantung mata b. Terlihat lebih bugar c. Tidur <math>\pm</math> 6 jam</p> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>a. Lanjutkan menghilangkan stres sebelum tidur b. Anjurkan pijat sebelum tidur secara mandiri</p> <p><b>I:</b></p> <p>a. Melanjutkan menghilangkan stres sebelum tidur b. Menganjurkan pijat sebelum tidur secara mandiri</p> <p><b>E:</b></p> <p>Masalah teratasi sebagian</p>	yuda

3.	Intoleransi aktivitas	13.30	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. klien mengatakan letih setelah beraktivitas berkurang</li> <li>b. klien mengatakan kesemutan dan kebas berkurang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak mudah kelelahan</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lanjutkan latihan rentang gerak pasif</li> <li>b. Pantau makanan yang dikonsumsi</li> </ul> <p><b>I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melanjutkan latihan rentang gerak pasif</li> <li>b. Memantau makanan yang dikonsumsi</li> </ul> <p><b>E:</b> Masalah teratasi sebagian</p>	<b>Yuda</b>
----	-----------------------	-------	---	-------------

TABEL 3.10

**CATATAN PERKEMBANGAN  
HARI KE II**

No.	Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	12 April 2023 10.00	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan badan sudah tidak letih dan lesu</li> <li>b. Klien mengatakan frekuensi minum berkurang</li> <li>c. Klien mengatakan frekuensi BAK 7-8 Kali sehari</li> </ul>	<b>Yuda</b>

			<p><b>O:</b>  a. GDS: 160 mg/dl  b. TTV  TD: 140 mmHg  N: 89x/menit  R: 20x/menit  S: 36,1<sup>o</sup>C  c. Klien terlihat lebih segar  <b>A:</b>  Masalah teratasi sebagian  <b>P:</b>  Lanjutkan Intervensi  a. Lanjutkan cek pemeriksaan kadar gula darah  <b>I:</b>  a. Melanjutkan mengecek pemeriksaan kadar gula darah  <b>E:</b>  Masalah teratasi sebagian</p>	
2.	Gangguan pola tidur	10.15	<p><b>S:</b>  a. Klien mengatakan setelah melakukan pijatan sebelum tidur dan terapi musik lebih mudah kembali tidur  b. Klien mengatakan tidur lebih terjaga  <b>O:</b>  a. Tampak lebih segar  b. Kantung mata berkurang  <b>A:</b>  Masalah teratasi  <b>P:</b>  Pertahankan Intervensi</p>	<b>Yuda</b>
3.	<b>Intoleransi aktivitas</b>	10.30	<p><b>S:</b>  a. Klien mengatakan sudah tidak letih setelah beraktivitas  <b>O:</b>  a. Klien tampak sudah bisa berjalan jalan tanpa kelelahan</p>	<b>Yuda</b>

			<b>A:</b> Masalah Teratasi  <b>P:</b> 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 Ny.N 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 objektif 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 Ny.N yaitu didapatkan data klien mengatakan sering mengeluh badannya merasa letih dan lesu, adanya peningkatan kadar glukosa darah pada Ny.N yaitu 195 mg/dl, adanya kesemutan pada daerah kaki, lalu klien mengatakan sering merasa haus, sering kencing pada malam hari dengan frekuensi 9-10 kali/hari, klien mengatakan sulit tidur kembali setelah terbangun.

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.N 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 Ny.N masalah keperawatan yang muncul pada Ny.N ada 3 masalah keperawatandari 5 diagnosa keperawatan yang muncul menurut teori.

Diagnosa yang pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia , sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data, Ny.N 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 danlesu.

Ketika dilakukan pemeriksaan gula darah pada Ny.N kadar gula darahnya tinggi yaitu 195 mg/dl itu disebabkan karena kerusakan pada sel beta yang menyebabkan ketidakseimbangan produksi insulin, sehingga terjadi poliuritaria dan mengakibatkan terjadinya gangguan pola tidur. Penulis tidak menemukan kesenjangan pada masalah ini.

Diagnosa yang ke dua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur , sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data Ny.N mengeluh terangun pada malam hari karena sering BAK. Dimana pada penderita diabetes terjadi peningkatan volume urine dikarenakan kadar gula dalam tubuh tidak sanggup untuk mengurangnya dan berusaha untuk mengeluarkanya mealui urine , sehingga terjadi (poliuria).

Diagnosa yang ke tiga Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan , sesuai dengan data dari hasil pengkajian yang didapatkan dari data subjektif Ny,N mengeluhkan badan tarasa lemas setelah beraktivitas, gejala yang dirasakan Ny.N 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 Ny.N merujuk pada SIKI dan SLKI yang disesuaikan dengan kondisi dan masalah yang muncul pada Ny.N. 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 Ny.N, monitor tanda dan gejala diabetes mellitus untuk mengetahui tanda dan gejala yang dirasakan Ny.N , anjurkan Ny.N 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 gangguan pola tidur , penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun , keluhan pola tidur berubah menurun , keluhan istirahat tidak cukup menurun , dengan intervensikeperawatan yaitu: identifikasi pola aktivitas dan tidur , fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin tidur,lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Rencanana yang dilakukan seseuai dengan

teori yaitu perawatan dukungan tidur dan tidak ditemukan adanya kesenjangan.

Diagnosa ketiga intoleransi aktivitas , penulis merencanakan target 3x3 jam untuk mengatasi masalah ini dengan kriteria hasil: Ny.N 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 ketidak nyamanan 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:195 mg/dl. Kedua melakukan pengkajian tanda dan gejala yang dirasakan dengan cara berdiskusi secara langsung dengan Ny.N. Ketiga penulis melakukan penyuluhan tentang diabetes mellitus dan penerapan diet diabetes mellitus dengan menggunakan media leaflet dengan hasil Ny.N mampu menyebutkan pengertian dm, tanda dan gejala, factor resiko, komplikasi dan makanan yang pantang dan harus dikonsumsi oleh penderita diabetes mellitus. Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan.

Diagnosa kedua gangguan pola tidur , pertama penulis mendiskusikan pola aktivitas dan tidur dengan hasil ; klien tidur kurang lebih 4-5 jam. Kedua mendiskusikan cara menghilangkan stres sebelum tidur , dengan hasil ; klien mengatakan lebih merasa nyaman. Ketiga mendiskusikan jadwal rutin tidur , dengan hasil; klien mampu memahami jadwal yang diprogramkan. Keempat memberikan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan , dengan hasil; klien mampu memahami prosedur yang diprogramkan. 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 Ny.N , kedua memonitor lamanya tidur dan lamanya beristirahat dengan cara berdiskusi dengan Ny.N berapa lama tidur dan beristirahat , ketiga membantu melakukan latihan rentang gerak pasif dengan cara menyuruh Ny.N menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan dan bertahap , keempat memberikan edukasi kepada Ny.N tentang satrategi koping untuk mengurangi kelelahan dengan cara mengedukasi makanan yang seimbang yang baik untuk penderita DM dan mengedukasi cara berolahraga ringan dirumah .Penulis mampu merealisasikan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya tanpa hambatan dengan melibatkan Ny.N 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 180 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 gangguan pola tidur teratasi pada evaluasi hari ke 3, klien mengatakan setelah melakukan pijat sebelum tidur secara mandiri dan terapi musik mudah tertidur kembali setelah terbangun. Pertahankan intervensi pijat sebelum tidur 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 bisa berjalan jalan tanpa kelelahan. 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 Ny.N sehingga pendokumentasian dapat penulis lakukan dengan baik dan tepat.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N 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:

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

Penulis mampu membuat masalah keperawatan dari hasil pengkajian berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada Ny.N diantaranya adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas.

Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan keadaan pada Ny.N 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 factor 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.

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

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.

Penulis mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan sesuai dengan teori tanpa adanya hambatan pada lansia Ny.N 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..

## 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 Kementrian 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 Nanda-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', Kementrian  
Kesehatan Republik Indonesia.

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