

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELLITUS
DI RUANG RAFLESIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

ELGA DARA NINGGAR

(P17240224086)



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *DIABETES MELLITUS*
DI RUANG RAFLESIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan Menyelesaikan
program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi Keperawatan
Trenggalek Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

**ELGA DARA NINGGAR
P17240224086**



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN KAMPUS KAB.TRENGGALEK
2025**

CURICULUM VITAE

Nama : Elga Dara Ninggar
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 17 Mei 2004
Agama : Islam
Alamat : Rt 17 Rw 05 Ds. Bendoagung Kec. Kampak
Kab. Trenggalek
Handphone : 085648844693
Email : elgadara6313@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Azzahra lulus tahun 2009
2. SDN 2 Bendoagung lulus tahun 2016
3. SMPN Negri 1 Kampak lulus tahun 2019
4. SMAN Negri 1 Kampak lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek lulus tahun 2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota UKM Puspenitetri Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek.

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elga Dara Ninggar

Nim : P17240224086

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Trenggalek, ~~06~~ Mei 2025

Mengetahui,

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns. Rahayu Niningsih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005



Elga Dara Ninggar
NIM : P17240224086

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Elga Dara N (P17240224086) dengan judul
"Asuhan Keperawatan Pada Klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD
dr. Soedomo Trenggalek", telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 06 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Elga Dara N (P17240224086) dengan judul
"Asuhan Keperawatan Pada Klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Rafflesia RSUD
dr. Soedomo Trenggalek", telah dipertahankan di depan dewan penguji pada
tanggal 06 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Awan Hariyanto, S.Kep., Ns. M.Kes
NIP. 919800707201901101

Anggota Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

“god have perfect timing, never early, never late. It takes a little patience and it takes a lot of faith, but it's a worth the wait”

PERSEMBAHAN

Untuk Ayah dan Ibukku...,

Cinta pertama dan panutanku, Ayah Subagyo dan pintu surgaku Ibu Istinawati terimakasih atas pengorbanan dan tulus kasih yang di berikan. Kau kirim aku kekuatan lewat untaian kata dan iringan do'a. Tak ada keluh kesah di wajahmu, tak ada sedikitpun keringat bercucuran yang kau tampilkan padaku dalam mengantar putri kesayanganmu ke gerbang masa depan yang cerah, untuk meraih segenggam harapan dan impian menjadi kenyataan. Semua itu adalah kekuatanku untuk menjalani perjuangan yang penuh pahit dan manis ini. Sehat-sehat ayah dan ibu, episode melihat perkembanganku masih panjang.

Untuk Nenek saya tercinta (almh)...,

Teruntuk nenek saya (alm) yang pasti sudah tenang di alam sana. Penulis mengucapkan banyak terimakasih atas pengorbanan sejak penulis kecil hingga saat ini. , Yang sering hadir dimimpi penulis, walau sudah tidak lagi ada disisi penulis, tapi pencapaian ini dan pencapaian-pencapaian selanjutnya penulis persembahkan untuk seorang wanita yang kerap penulis panggil dengan sebutan "mayen" .Janji kita pasti akan bertemu lagi.

Terakhir, banyak terimakasih kepada diri sendiri, Elga Dara Ninggar. Terimakasih sudah bertahan sejauh ini. Terimakasih tetap memilih berusaha, mengendalikan dan merayakan dirimu sendiri, walau sering kali merasa putus asa atas apa yang diusahakan, tapi selalu mencoba dan mengusahakan. Terimakasih untuk tidak menyerah sesulit apapun prosesnya , ini merupakan pencapaian yang patut di apresiasi untuk diri kita sendiri.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen.,M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S. selaku direktur yang telah memberikan izin serta tempat untuk melakukan penelitian di RSUD dr.Soedomo Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek dan selaku pembimbing yang telah dengan suka cita memberikan nasihat, arahan, serta bantuan dalam menyelesaikan berbagai permasalahan yang dihadapi penulis dalam penulisan tugas akhir ini. Dan memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

5. Awan Hariyanto, S.Kep.Ns,M.Kes selaku penguji ujian Karya Tulis Ilmiah.
6. Titin Saptiyani, A.Md.Kep selaku Kepala Ruang Raflesia yang telah memberikan tempat penelitian
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
9. Kepada Ny.Y selaku responden yang memberikan bantuan dan izin dalam melakukan penelitian untuk tugas akhir saya. Saya ucapkan terima kasih telah memberikan kesempatan tersebut kepada penulis.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, 06 Mei 2025

ELGA DARAN.

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
CURRICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
ABSTRAK	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR ISTILAH.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	15
2.1.5 Patofisiologis.....	19

2.1.6 Komplikasi	23
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	26
2.1.8 Penatalaksanaan	29
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus	37
2.2.1 Pengkajian.....	38
2.2.2 Analisa Data	49
2.2.3 Diagnosis Keperawatan.....	49
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	60
2.2.5 Implementasi Keperawatan	70
2.2.6 Evaluasi	71
BAB 3 METODE PENELITIAN	72
3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian	72
3.2 Batasan Istilah	73
3.3 Partisipan	74
3.4 Lokasi dan Waktu	74
3.4.1 Lokasi.....	74
3.4.2 Waktu.....	74
3.5 Prosedur pengumpulan Data	75
3.5.1 Instrumen	75
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	75
3.5.3 Proses pengumpulan data.....	75
3.6 Analisis Data	78
3.7 Uji Keabsahan Data	79
3.7.1 Kepercayaan (<i>Credibility</i>).....	79
3.7.2 Keteralihan (<i>Transferability</i>)	79
3.7.3 Kebergantungan (<i>Dependability</i>).....	80
3.7.4 Kepastian (<i>Confirmability</i>)	80
3.8 Etika Penelitian	80
3.8.1 <i>Informed consent</i> (lembar persetujuan menjadi responden)	80
3.8.2 <i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	81
3.8.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	81
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	82

4.1 Hasil	82
4.2 Pembahasan.....	115
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	127
5.1 Simpulan	127
5.2 Saran	130
DAFTAR PUSTAKA	132

ABSTRAK

Elga Dara Ninggar (2025). *Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek. Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih S.Kep.,M.Kes

Penderita yang terdiagnosa *Diabetes Mellitus* yang lama tidak dilakukan pengobatan dan kontrol akan berlanjut menjadi penyakit kronis dimana akan terjadi kekurangan insulin dalam tubuh karena pankreas mengalami kerusakan sehingga tubuh tidak menghasilkan insulin. Pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif diperlukan agar mempercepat kesembuhan pasien diabetes mellitus dan tidak berlanjut pada komplikasi. Tujuan dilakukan penelitian adalah memberikan asuhan keperawatan serta menganalisis adanya kesenjangan teori dan fakta pada klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini pasien *Diabetes mellitus* yang dirawat di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kriteria: bersedia menjadi partisipan, kooperatif, keadaan compos mentis, memiliki kadar gula darah diatas normal yaitu kadar gula darah acak > 200 mg/dL klien yang baru masuk saat di Ruang Raflesia. Analisis dilakukan dengan membandingkan antara teori dan fakta. Kesenjangan ditemukan pada riwayat penyakit dahulu, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan system pernafasan, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan ekstremitas, dan pemeriksaan integumen. Diagnosa yang muncul yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Intervensi disusun berdasarkan teori yang sudah ada. Implementasi yang dilakukan disesuaikan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan masalah teratasi sebagian pada setiap diagnosa yang muncul. Peneliti menyimpulkan bahwa pasien *Diabetes Mellitus* harus diberikan asuhan keperawatan yang tepat untuk mencapai kesembuhan dengan menjaga diit makanan, olahraga, dan rutin pengobatan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Untuk itu diharapkan klien mengikuti anjuran dalam asuhan keperawatan yang komprehensif dan rutin ke pelayanan kesehatan untuk memantau keseimbangan kadar glukosa darah.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Klien, *Diabetes Mellitus*

ABSTRACT

Elga Dara Ninggar (2025). *Nursing Care for Diabetes Mellitus Clients in the Raflesia Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. Scientific Paper on Case Study, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang, Nursing Etc. Study Program, Trenggalek. Supervisor: Ns. Rahayu Niningasih S.Kep., M.Kes*

Patients diagnosed with Diabetes Mellitus who have not been treated and controlled for a long time will continue to become a chronic disease where there will be a lack of insulin in the body because the pancreas is damaged so that the body does not produce insulin. Providing comprehensive nursing care is needed to accelerate the recovery of diabetes mellitus patients and not continue to complications. The purpose of this study was to provide nursing care and analyze the gap between theory and facts in Diabetes Mellitus clients in the Raflesia Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. This study uses a qualitative descriptive method with a case study approach. Participants in this study were Diabetes mellitus patients who were treated in the Raflesia Room of Dr. Soedomo Hospital. Soedomo Trenggalek with the following criteria: willing to participate, cooperative, compos mentis condition, have above normal blood sugar levels, namely random blood sugar levels > 200 mg/dL for newly admitted clients in the Raflesia Room. The analysis was conducted by comparing theory and facts. Gaps were found in past medical history, elimination patterns, rest and sleep patterns, cognitive and sensory perception patterns, head and neck examination, respiratory system examination, abdominal examination, extremity examination, and integument examination. The diagnoses that emerged were unstable blood glucose levels and activity intolerance. Interventions were arranged based on existing theories. The implementation carried out was adjusted to the client's condition. The evaluation was conducted for 3 days with problems partially resolved in each diagnosis that emerged. The researcher concluded that Diabetes Mellitus patients must be given proper nursing care to achieve recovery by maintaining diet, exercise, and routine medication so that further complications do not occur. For this reason, clients are expected to follow recommendations in comprehensive nursing care and routinely go to health services to monitor blood glucose balance.

Keywords: Nursing Care, Clients, Diabetes Mellitus

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Diabetes Melitus.....	19
--	----

DAFTAR SINGKATAN

DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
FBS	: Fasting Blood Sugar
HDL	: High-Density Lipoprotein
IDF	: International Diabetes Federation
KHNC	: Koma Hiperosmolar Non - Ketotik
Mg/dL	: Microgram per Deciliter
OHO	: Oral Hipoglikemik Oho
PGD	: Penyakit Ginjal Diabetes
PVD	: Peripheral Vascular Disease
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TTGO	: Tes Toleransi Glukosa Oral

DAFTAR ISTILAH

Aterosklerosis	: Kondisi terjadinya penyempitan dan pengerasan di dalam pembuluh darah arteri akibat pengendapan kolesterol dan zat lemak lainnya.
Diit	: Pengaturan pola makan, baik menurut porsi, ukuran, dan kandungan gizi dalam makanan.
Diuresis osmotik	:Efek osmotik dari glukosa dalam tubulus ginjal yang mengurangi reabsorpsi cairan tubulus.
Edukasi	: Proses pengajaran yang dilakukan baik secara formal maupun non formal kepada seseorang atau lebih dari satu orang baik secara bersama-sama ataupun secara individu.
Farmakologi	: Ilmu pengetahuan yang mempelajari interaksi obat dengan konstituen (unsur pokok) tubuh untuk menghasilkan efek terapi.
Genetik	: Istilah untuk menyatakan karakteristik seseorang yang diwariskan karena keberadaan gen.
Glikogenesis	: Proses pembentukan glikogen dari glukosa kemudian disimpan didalam hati dan otot.
Glikogenelisis	: Proses pembentukan glikogen yang disimpan sel untuk menghasilkan kembali glukosa di dalam sel.
Glikolisis	: Proses dimana gula sebagian dipecah oleh sel - sel dalam reaksi enzim yang tidak membutuhkan oksigen.
Glukogenelisis	: Proses pembentukan glukosa dari asam amino dan dari gugus glisterol lemak

Glukosuria	: Kondisi ketika ginjal tidak mampu menyerap semua gula kembali ke darah, sehingga gula terbuang melalui urine.
Glukosa	: Produk akhir metabolisme karbohidrat dan merupakan sumber energi utama untuk organisme hidup yang kegunaannya dikontrol insulin.
Hiperglikemia	: Istilah medis untuk keadaan dimana kadar gula dalam darah lebih tinggi dari normal.
Hipoglikemia	: Suatu keadaan dimana kadar gula darah (glukosa) secara abnormal rendah.
Insulin	: Hormon yang mengatur tingkat gula (glukosa) dalam darah dan yang diproduksi oleh sel – sel beta dari pulau Langerhans pada pankreas.
Ketoasidosis	: Suatu kondisi dimana kadar keton dalam tubuh mencapai kadar abnormal yang tinggi.
Ketogenesis	: Proses dimana badan keton diproduksi sebagai hasil pemecahan asam lemak.
Keton	: Asam yang dapat menumpuk dalam darah dan dieliminasi dalam urin.
Komplikasi	: Jenis penyakit dimana seseorang mengalami dua jenis penyakit atau lebih secara bersamaan yang biasanya penyakit kedua merupakan tambahan atau lanjutan dari penyakit kedua.

Lipolisis	: Suatu proses yang di stimulus oleh hormon seperti kortisol dan melalui proses ini, trigliserida yang tersimpan dibebaskan dari jaringan adiposa untuk menghasilkan energi.
Pankreas	: Organ pada sistem pencernaan yang memiliki 2 fungsi yaitu menghasilkan enzim pencernaan atau fungsi eksokrin serta menghasilkan beberapa hormone atau fungsi endokrin.
Makrovaskuler	: Komplikasi pembuluh darah arteri yang lebih besar sehingga menyebabkan aterosklerosis.
Mikrovaskuler	: Komplikasi yang terjadi pada pembuluh darah kecil.
Nefropati	: Penyakit atau gangguan ginjal yang disebabkan oleh rusaknya pembuluh darah atau unit - unit ginjal yang bekerja membersihkan darah dan merupakan salah satu komplikasi <i>Diabetes Mellitus</i> .
Neuropati	: Masalah pada syaraf yang disebabkan oleh nyeri, kelemahan otot, mati rasa, kesemutan dan pembengkakan.
Obesitas	: Kelainan nutrisi yang sering dijumpai dan ditandai oleh penimbunan lemak tubuh yang berlebihan.
Polydipsia	: Timbulnya rasa haus yang berlebihan sehingga menyebabkan lebih sering minum.
Polifagia	: Timbulnya rasa lapar yang berlebihan tetapi tidak meningkatkan berat badan namun menyebabkan penurunan berat badan.

- Poliuria : Timbulnya rasa ingin kencing yang berlebihan karena kadar gula dalam darah meningkat sehingga merangsang tubuh untuk berusaha mengeluarkan melalui ginjal bersama air kencing.
- Retinopati : Kondisi yang mempengaruhi kerja retina mata, yang merupakan lapisan syaraf yang berada di bagian belakang mata dan yang menangkap gambar.
- Trigliserida : Lemak yang diserap oleh usus setelah mengalami hidrolisis.
- Ulkus : Luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian	136
Lampiran 2 Surat Pengantar Rumah Sakit	137
Lampiran 3 Informed Consent	138
Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden	139
Lampiran 5 Format Askep Medikal Bedah	140
Lampiran 6 Lembar Konsultasi.....	160

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemajuan ilmu serta teknologi, dari yang tradisional menjadi modern, telah memberikan berbagai dampak terhadap perubahan gaya hidup. Perubahan gaya hidup masyarakat tersebut mengubah perilakunya ke arah konsumtif, apabila perilaku ini tidak dapat dikontrol akan menimbulkan pola konsumsi yang salah. Ditinjau dari gaya hidup dan perilaku masyarakat sekarang lebih memilih makanan cepat saji dan instan karena dinilai lebih modern, kekinian dan praktis sehingga mengesampingkan komposisi yang terkandung dalam makanan tersebut seperti bahan pengawet, minum-minuman yang manis, makanan yang mengandung gula/lemak sedikit mengandung karbohidrat/serat, jarang melakukan aktivitas, jarang berolahraga serta obesitas dapat menyebabkan masalah pada kesehatan, salah satunya adalah penyakit Diabetes Melitus. *Diabetes Mellitus* merupakan kumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (*hiperglikemi*) sebagai akibat dari kurangnya produksi hormon insulin oleh sel beta pankreas, gangguan aktivitas kerja insulin atau keduanya (Bruner & Suddarth, 2015). Diabetes masih menjadi masalah utama dan paling sering terjadi di Indonesia. Angka kejadiannya terus meningkat setiap tahunnya. Diabetes Melitus merupakan masalah kesehatan yang sangat prioritas untuk ditindak lanjuti oleh dunia khususnya Indonesia, karena Diabetes Melitus merupakan penyakit yang tidak menular namun berdampak pada dunia kesehatan. Penderita yang terdiagnosa Diabetes Melitus yang lama tidak dilakukan pengobatan dan kontrol akan

berlanjut menjadi penyakit kronis dimana akan terjadi kekurangan insulin dalam tubuh karena pankreas mengalami kerusakan sehingga tubuh tidak menghasilkan insulin (Sukmawaty, 2021). Proses asuhan keperawatan pada penderita Diabetes Melitus sangat penting untuk mendapatkan solusi dari masalah kesehatan yang dialami, agar perawat tidak salah dalam menentukan diagnosa yang akan dilakukan dan untuk mempercepat kesembuhan pasien Diabetes Melitus. Sehingga diperlukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus agar tidak berlanjut pada komplikasi.

Data *International Diabetes Federation* (IDF) mendapati bahwa penderita diabetes mellitus menyebabkan 6,7 juta kematian pada tahun 2021. Diperkirakan 44% orang dewasa yang hidup dengan diabetes (240 juta orang) tidak terdiagnosis. 541 juta orang dewasa di seluruh dunia, atau 1 dari 10, mengalami gangguan toleransi glukosa, menempatkan mereka pada risiko tinggi terkena diabetes tipe 2 (IDF, 2022). *International Diabetes Federation* pada tahun 2022 melaporkan bahwa 537 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta (1 dari 9 orang dewasa) pada tahun 2030 dan 784 juta (1 dari 8 orang dewasa) pada tahun 2045 (IDF, 2023). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita Diabetes Melitus pada tahun 2021 sebanyak 19,47 juta jiwa (Kemenkes RI, 2022). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah penderita Diabetes Mellitus di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2022 mencapai 939.637 kasus. Dari jumlah tersebut diestimasikan sebanyak 867.257 penderita (93,3%) yang telah terdiagnosis dan mendapatkan pelayanan kesehatan (Dinkes Jatim, 2022). Berdasarkan

penelitian Luky Ardila yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada tahun 2023 bahwa, diperoleh data kasus Diabetes Melitus pada bulan Januari hingga Maret sebanyak 420 kasus.

Penyakit Diabetes Melitus di bagi menjadi 2 jenis meliputi diabetes tipe 1 dan tipe 2. Diabetes Melitus tipe 1 terjadi karena sistem kekebalan tubuh penderita menyerang dan menghancurkan sel-sel pankreas yang memproduksi insulin, hal inilah yang mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah, sehingga terjadi kerusakan pada organ-organ tubuh. Diabetes tipe 2 lebih sering terjadi disebabkan oleh sel-sel tubuh yang kurang sensitif terhadap insulin, sehingga insulin yang dihasilkan tidak dapat digunakan dengan baik (Dr.T.Karthikeyan, 2015). Diabetes Melitus atau lebih dikenal dengan istilah kencing manis mempunyai beberapa faktor pemicu antara lain pola makan, obesitas (kegemukan), faktor genetik, bahan-bahan kimia dan obat-obatan, penyakit dan infeksi pada pankreas, dan kehamilan (Stevani, 2017) . Tanda dan gejala yang muncul pada penderita Diabetes Melitus diantaranya polidipsia (sering merasa haus), poliuria (sering buang air kecil), polifagia (banyak makan), penurunan berat badan, kesemutan dan adanya ulkus pada kulit. Mayoritas masyarakat menganggap gejala yang dirasakan umum terjadi dan tidak membahayakan sehingga pada saat datang ke petugas kesehatan pengobatannya sudah terlambat dan menimbulkan komplikasi. Ketidakpatuhan dalam pengobatan tersebut juga akan menjadi masalah pada penderita Diabetes Melitus yang akan mengakibatkan penyakit tidak terkontrol dan komplikasi. Pada penderita Diabetes Melitus komplikasi menjadi alasan utama

menjalani perawatan. Komplikasi diabetes dapat diklasifikasikan sebagai mikrovaskular dan makrovaskular. Komplikasi mikrovaskular termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan system ginjal (nefropati), dan kerusakan mata (retinopati). Sedangkan komplikasi makrovaskular termasuk penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer. Penyakit pembuluh darah perifer dapat menyebabkan cedera yang sulit tidak sembuh, gangrene, bahkan amputasi (Rosyada, 2013).

Dalam upaya penanganan Diabetes Melitus dibagi menjadi dua yaitu penanganan secara farmakologis (menggunakan obat oral atau suntikan) dan non farmakologis (tidak menggunakan obat). Secara non farmakologis pada pasien Diabetes Melitus dimulai dengan menerapkan. Secara farmakologis antara lain dengan cara pemberian Obat Hipoglikemi Oral (OHO) seperti Sulfonisures pola hidup sehat meliputi pengaturan diit dengan pembatasan kalori, latihan jasmani dan pengendalian gula darah, Metformin, acarbose serta injeksi insulin sesuai indikasi yang dilakukan secara kolaborasi terhadap tenaga medis untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasien (FKUI, 2007). Peran perawat merupakan harapan yang diinginkan oleh pasien dari tingkah laku perawat dalam menjalankan tugasnya. Dalam hal pemberian asuhan keperawatan peran perawat meliputi edukasi pada pasien tentang , pola makan yang seimbang sesuai kebutuhan dengan prinsip 3J (jenis makanan terutama yang berkarbohidrat, ,jumlah atau porsi yang dikonsumsi, jadwal atau keteraturan makan), aktivitas fisik dengan durasi 30 menit/hari manajemen berat badan, perawatan kulit, maupun perawatan luka di kaki, manajemen gula darah. Dengan memberikan pengetahuan tentang penyakitnya, keterampilan dalam

perawatan diri sehingga mereka siap dalam menjalani program perawatan Diabetes Melitus selama dirumah secara mandiri (Yuhelma, Hasneli, & Nauli, 2013). Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian Asuhan Keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Dalam penelitian ini penulis membatasi masalah yaitu Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dengan kadar glukosa darah acak ≥ 200 mg/dL tanpa komplikasi di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek .

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pertanyaan yang lengkap dan rinci mengenai ruang lingkup masalah yang akan diteliti didasarkan atas identifikasi masalah dan pembatasan masalah.

Bedasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pernyataan masalah sebagai berikut:

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini untuk mendeskripsikan pembuatan Asuhan Keperawatan dan menganalisa anatara fakta dan teori pada klien dengan *Diabetes Melitus* di ruang raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Merumuskan diagnosa Keperawatan pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Merencanakan tindakan (intervensi) yang tepat pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan (implementasi) pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta pada klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pembangunan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan

Keperawatan Pada Klien *Diabetes Melitus* di Ruang Rafflesia RSUD dr. soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan masukan bagi profesi keperawatan lain dalam pengembangan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan perawatan pasien dengan Diabetes Mellitus.

2) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang digunakan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada pasien Diabetes Mellitus.

3) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam proses keperawatan serta dalam memberikan materi perkuliahan yang berhubungan dengan perawatan pada pasien Diabetes Mellitus.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan informasi dalam perawatan pada pasien Diabetes Mellitus.

5) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengalaman belajar dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dan pengembangan serta penerapan ilmu yang didapat untuk meningkatkan wawasan bagi peneliti.

6) Bagi Peneliti Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini memberikan masukan data mengenai asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus untuk dilakukan penelitian yang akan datang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

Diabetes Mellitus merupakan kumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemi) sebagai akibat dari kurangnya produksi hormon insulin oleh sel beta pankreas, gangguan aktivitas kerja insulin atau keduanya (Bruner & Suddarth, 2015). Diabetes Mellitus adalah suatu kelainan metabolik dengan karakteristik hiperglikemi kronik yang terjadi akibat adanya gangguan pada sekresi insulin, kerja insulin ataupun keduanya. Tergangguannya fungsi insulin menyebabkan proses metabolisme karbohidrat, lemak dan protein juga terganggu (Auliza Ramadana, 2021). Diabetes Mellitus adalah suatu gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak akibat dari ketidakseimbangan antara ketersediaan insulin dengan kebutuhan insulin (Santi Damayanti, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut American Diabetes Association (2021), klasifikasi Diabetes Mellitus dibagi menjadi 4 jenis meliputi Diabetes Mellitus Tipe 1, Diabetes Mellitus Tipe 2, Diabetes Mellitus Gestasional (kehamilan) dan Diabetes Mellitus Tipe Lain.

1. Diabetes Mellitus Tipe I

Diabetes Mellitus Tipe 1 merupakan adanya kelainan sistemik yang ditandai dengan hiperglikemia kronik akibat terjadinya gangguan metabolisme glukosa. Keadaan tersebut disebabkan kerusakan pankreas sehingga produksi insulin berkurang bahkan berhenti. Produksi insulin yang rendah mengakibatkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.

2. Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan jenis Diabetes yang disebabkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (retensi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin yang diproduksi (Brunner & Suddarth, 2013). Sekitar 90-95% pasien menderita Diabetes Mellitus Tipe 2 dan kebanyakan mengenai penderita dewasa terutama pada umur 40 tahun ke atas. Pada Diabetes Mellitus Tipe 2, penderita tidak perlu melakukan suntik insulin dalam pengobatannya tetapi menggunakan obat yang bisa memperbaiki fungsi insulin dengan baik dan menurunkan kadar gula darah akibat kerja pankreas yang kurang baik tadi (Tandra, 2015).

3. Diabetes Mellitus Gestational

Diabetes Mellitus Gestasional merupakan suatu keadaan yang dialami oleh wanita di mana pada sebelumnya, wanita itu belum pernah didiagnosis diabetes yang kemudian menunjukkan kadar glukosa tinggi selama kehamilan (Kurniawan, 2016). Diagnosis ini terjadi pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, namun ada

kemungkinan sebelum kehamilan tetapi tidak terdiagnosis. Diabetes Mellitus Gestasional terjadi karena pembentukan beberapa hormon pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin (Association, 2021). Diabetes Mellitus gestasional berkaitan erat dengan komplikasi selama kehamilan seperti meningkatnya kebutuhan seksio sesarea, meningkatnya risiko ketonemia, preeklampsia dan infeksi traktus urinaria, serta meningkatnya gangguan perinatal (Kurniawan, 2016).

4. Diabetes Tipe Lain

Diabetes tipe lain merupakan diabetes yang disebabkan oleh gangguan endokrin yang mengakibatkan peningkatan glukosa hati dan penurunan penggunaan glukosa oleh sel sehingga menimbulkan hiperglikemi. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pancreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali atau syndrome chusing, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati (Santi Damayanti, 2016).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit *Diabetes Mellitus* belum diketahui secara lengkap dan kemungkinan faktor penyebab dan faktor risiko penyakit *Diabetes Mellitus*. Penyebab *Diabetes Mellitus* sesuai tipe yaitu :

1) Diabetes Mellitus tipe 1

Menurut Wijaya (2013) penyebab Diabetes Mellitus tipe 1 yaitu :

a) Faktor Genetik

Karena adanya kelainan fungsi atau jumlah sel-sel β pankreas yaitu bersifat genetik dan diturunkan secara autoimun dominan sehingga mempengaruhi sel β serta mengubah kemampuan dalam mengenali dan menyebabkan rangsang yang merupakan bagian dari sintesis insulin.

b) Faktor infeksi virus

Infeksi virus coxsackie pada individu yang peka secara genetik, infeksi ini dapat merusak sel-sel β di dalam pankreas.

c) Faktor imunologi

Respon autoimun abnormal yaitu antibodi menyerang jaringan normal yang dianggap jaringan asing.

2) Diabetes Mellitus tipe 2

Menurut Wijaya (2013), penyebab dari Diabetes Mellitus tipe 2 antara lain:

a) Faktor Genetik (Keturunan)

Keturunan merupakan faktor yang tidak dapat diubah. Bila ada anggota keluarga anda yang terkena diabetes, maka anda juga dapat beresiko menjadi penderita diabetes (Tandra, H, 2013). Faktor genetik dapat langsung mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan rangsang sekretoris insulin. Keadaan ini meningkatkan kerentanan individu terhadap faktor - faktor lingkungan yang dapat mengubah integritas dan fungsi sel beta pankreas (Santi Damayanti, 2016).

b) Obesitas

Obesitas atau kegemukan adalah kondisi di mana tubuh seseorang memiliki kadar lemak tinggi. Kadar lemak yang tinggi dalam tubuh dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan. Salah satu resiko yang dihadapi pada orang obesitas adalah penyakit *Diabetes Mellitus*. Kegemukan menyebabkan reseptor insulin yang bekerja dalam sel di seluruh tubuh termasuk pada otot, skeletal, atau jaringan dapat berkurang jumlah dan keaktifannya. Kegemukan juga dapat merusak kemampuan sel beta untuk melepaskan insulin saat meningkatkan kadar glukosa dalam darah (Santi Damayanti, 2016).

c) Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin (Aini & Aridiana, 2016). Pada *Diabetes Mellitus* tipe 2, usia diatas 40 tahun kadar glukosa darah naik 1 - 28 % setiap tahunnya saat puasa dan akan naik 6 - 13% pada 2 jam setelah makan (Santi Damayanti, 2016).

d) Stress

Stres merupakan situasi dimana individu harus berespon atau melakukan tindakan karena adanya tuntutan (Santi Damayanti, 2016). Stress dapat meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada

kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin sehingga menimbulkan kenaikan kadar glukosa darah (hiperglikemi) (Aini & Aridiana, 2016).

e) Pola Makan

Tubuh secara umum membutuhkan diet seimbang untuk menghasilkan energi untuk melakukan fungsi - fungsi vital. Terlalu banyak makanan akan menghambat pankreas untuk menjalankan fungsi sekresi insulin. Jika sekresi insulin terhambat maka kadar gula dalam darah akan meningkat (Waspadji, 2014).

f) Infeksi

Virus dan bakteri yang masuk ke dalam pankreas akan merusak sel - sel beta pankreas sehingga terjadi penurunan fungsi pankreas dan juga bisa merusak imun dalam sel beta atau autoimun (Aridiana, 2016).

3) Diabetes Gastational

Seorang wanita hamil mengalami perubahan hormon di dalam tubuh yang membuat kerja insulin tidak efektif, akibatnya jumlah glukosa dalam darah meningkat dan penyebab lain meliputi : pola makan, faktor keturunan, stress, merokok, obesitas, dan kerusakan sel pankreas (Yulastri, 2013).

4) Diabetes tipe lain

Diabetes Mellitus ini sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang

dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau pengangkatan jaringan pada pankreas, penyakit endokrin seperti *akromegali* atau sindrom chusing, karena zat kimia atau obat-obatan, infeksi dan endokrinpati (Soegondo, Soewondo & Subketi, 2009).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Manurung, 2018), gangguan metabolisme karbohidrat menyebabkan tubuh kekurangan energi, itu sebabnya penderita *Diabetes Mellitus* umumnya terlihat lemas, lemah dan tidak bugar. Tanda dan gejala yang dirasakan oleh penderita *Diabetes Mellitus* adalah :

1) *Diabetes Mellitus* Tipe 1

a. Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

Kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan sebagian glukosa harus dikeluarkan oleh ginjal bersama urin sebagai akibat dari kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi tubulus ginjal yang terbatas. Untuk memudahkan pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air sehingga frekuensi kencing/miksi menjadi meningkat (Tarwoto, 2012).

b. Polidipsi (Sering haus)

Meningkatnya frekuensi kencing/miksi pada klien *Diabetes Mellitus* menyebabkan tubuh mengalami dehidrasi yang merangsang tubuh untuk meningkatkan rasa haus (Tarwoto, 2012).

c. Polifagia (Mudah lapar)

Pada klien *Diabetes Mellitus* terjadi peningkatan

katabolisme, pemecahan glikogen untuk energi yang mengakibatkan cadangan energi pada tubuh berkurang sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar (Tarwoto, 2012).

d. Penurunan berat badan dan kelemahan

Pada klien *Diabetes Mellitus* glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan energi. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot yang mengakibatkan tubuh kehilangan potassium sehingga klien menjadi kurus dan mudah lelah (Tholib, 2016).

2) *Diabetes Mellitus* Tipe 2

Menurut LeMone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM tipe 2 antara lain :

e. Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

f. Polidipsi (Sering minum)

g. Perubahan Penglihatan Secara Mendadak (Kabur)

Pada kondisi kronis, peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) menyebabkan aliran darah menjadi lambat dan sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa yang mengakibatkan penglihatan menjadi kabur bahkan sampai mengalami kebutaan (Tarwoto, 2012).

h. Keletihan/kelemahan

i. Parestesia/rasa kebas pada tangan dan kaki (Santi Damayanti, 2016).

j. Infeksi kulit

k. Adanya lesi atau luka yang sulit sembuh (Santi Damayanti, 2016).

3) *Diabetes Mellitus* Gestasional

Menurut LeMone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM gestasional antara lain :

l. Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

m. Polidipsi (Sering minum)

n. Keletihan/kelemahan

o. Mual

p. Rasa Gatal dan Infeksi Kulit

Peningkatan glukosa darah mengakibatkan penumpukan gula pada kulit sehingga timbul rasa gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit. Rasa gatal biasanya terjadi pada area sekitar kulit, penis dan vagina (Tarwanto, 2012).

q. Perubahan penglihatan secara mendadak (kabur).

r. Ditemukan kandungan glukosa pada urin.

4) *Diabetes Mellitus* Tipe Lain

Menurut LeMone (2016), tanda dan gejala klinis yang muncul pada penderita DM tipe lain antara lain :

a) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

b) Polidipsi (Sering minum)

c) Polifagia (Mudah lapar)

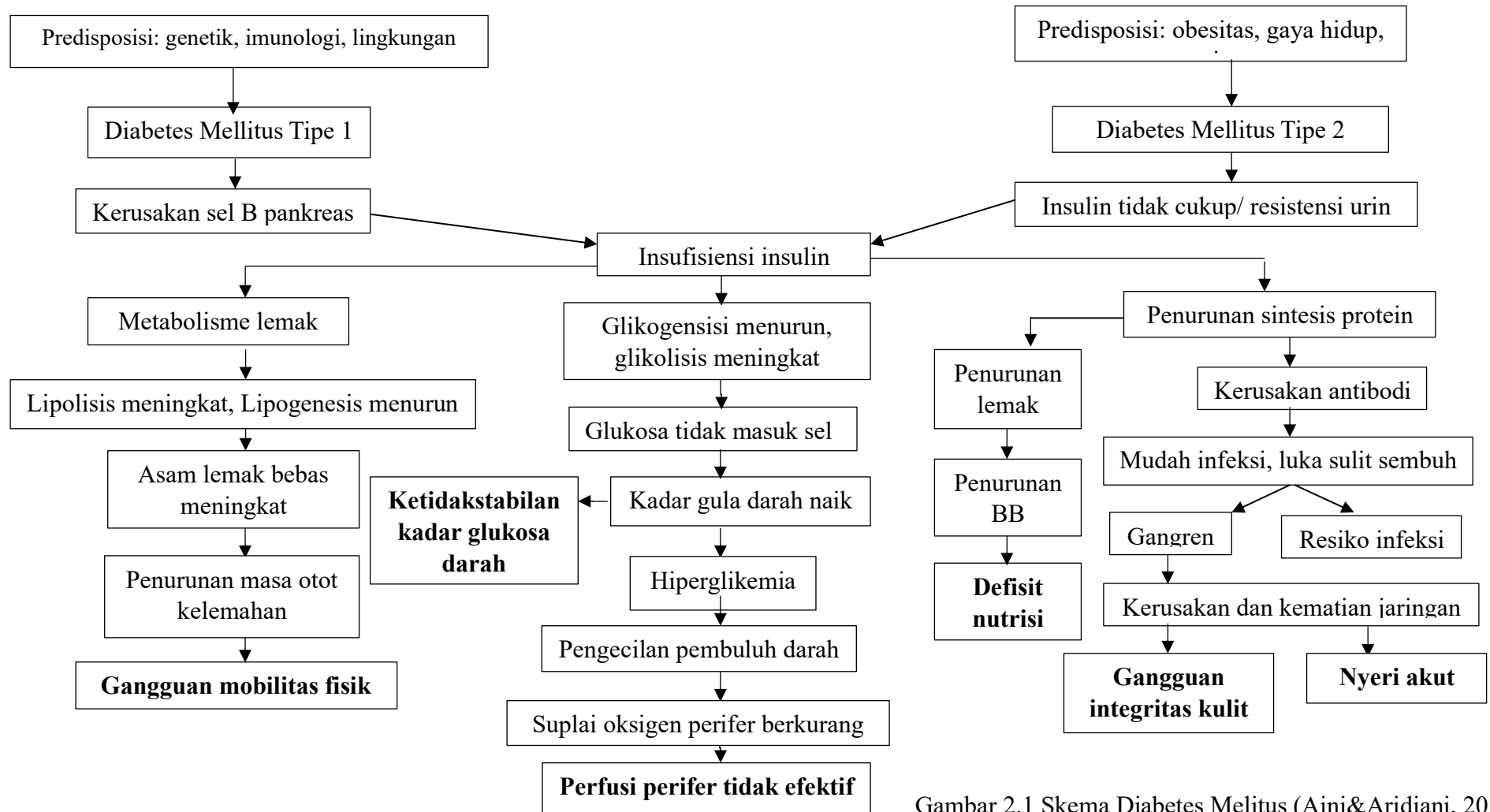
d) Keletihan/kelemahan

e) Infeksi pada kulit

- f) Nyeri abdomen
- g) Parestesia/rasa kebas pada tangan dan kaki
- h) Timbul gejala ketoasidosis (mual, muntah, dan nafas bau keton).

2.1.5 Patofisiologis

1) Pathway



Gambar 2.1 Skema Diabetes Melitus (Aini&Aridiani, 2016)

Uraian

Diabetes melitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan insulin. Pada diabetes tipe-1 belum diketahui hal apa yang memicu terjadinya kerusakan sel pada pankreas, namun bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa faktor genetik imunologi dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam prosesnya. Pada kondisi ini terdapat autoimun yang dapat menyebabkan kerusakan sel β pankreas sehingga timbul defisiensi insulin absolut. Sedangkan pada diabetes tipe II, faktor penyebab yang banyak berperan adalah faktor predisposisi seperti usia, obesitas, gaya hidup usia dll. Diabetes tipe ini juga terjadi resistensi urin sehingga menyebabkan insufisiensi urin atau terganggunya kerja fungsi insulin. Insulin merupakan hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen (Aini & Aridiana, 2016).

Berkurangnya fungsi kinerja insulin menyebabkan kadar gula darah menjadi tidak terkontrol. Kondisi ini juga mempengaruhi metabolisme protein, metabolisme karbohidrat, dan metabolisme lemak. Pada metabolisme karbohidrat normalnya asupan glukosa atau produksi glukosa dalam tubuh akan difasilitasi (oleh insulin) untuk masuk ke dalam sel tubuh. Glukosa ini kemudian diolah untuk menjadi bahan energi, apabila bahan energi yang dibutuhkan masih ada sisa, maka akan disimpan sebagai glikogen dalam sel hati dan sel otot (sebagai masa sel otot). Proses ini tidak dapat berlangsung dengan baik pada penderita diabetes, sehingga glukosa banyak yang menumpuk di darah

(hiperglikemia) ketika glikolisis meningkat glukosa tidak masuk ke dalam sel sehingga kadar gula darah naik yang menyebabkan masalah perawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Kondisi defisit insulin diawali dengan berkurangnya transpor glukosa yang melintasi membran sel. Kondisi ini memicu terjadinya penurunan glikogenesis (pembentukan glikogen dari glukosa), namun tetap terdapat kelebihan glukosa dalam darah sehingga meningkatkan glikolisis (pemecahan glikogen). Cadangan glikogen menjadi berkurang dan glukosa yang tersimpan dalam hati dikeluarkan terus menerus melebihi kebutuhan. Peningkatan glukoneogenesis (pembentukan glukosa dari unsur nonkarbohidrat seperti asam amino dan lemak) juga terjadi sehingga glukosa dalam hati semakin banyak yang dikeluarkan sehingga glukosa banyak yang menumpuk di darah (hiperglikemia) sehingga produksi energi metabolisme menurun dan tubuh akan mengalami kelelahan muncul masalah perawatan keletihan. Hiperglikemia dapat mempengaruhi pembuluh darah kecil, arteri kecil sehingga suplai makanan dan oksigen ke perifer menjadi berkurang, yang memunculkan suatu masalah perawatan, yang baru yaitu perfusi perifer tidak efektif. Ketika insulin berkurang maka kadar glukosa dalam darah juga akan meningkat. Hormon insulin diperlukan pada proses penyerapan nutrisi agar gula dapat masuk ke dalam sel-sel tubuh untuk dijadikan sumber energi. Ketika kadar hormon insulin dalam darah rendah, maka gula tidak dapat masuk ke dalam sel untuk diproses menjadi sumber energi. Jika demikian, tubuh akan mengkompensasinya dengan cara

menggunakan lemak sebagai sumber energi alternatif lainnya dan menghasilkan suatu zat yang disebut badan keton. Kemudian badan keton akan terakumulasi di dalam darah (ketonemia) yang nantinya akan dikeluarkan lewat urin. Kandungan keton dalam urin inilah yang dinamakan dengan ketonuria. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan kadarnya juga meningkat dalam urin. Meningkatkan kadar glukosa dalam urine akan menyebabkan volume urin bertambah sehingga cairan tubuh akan berkurang. Ketika kondisi tubuh mengalami dehidrasi dan terbentuknya badan keton membuat darah menjadi lebih asam. Keadaan darah menjadi lebih asam disebut ketoasidosis. Ketoasidosis menyebabkan beberapa gejala, seperti mual dan muntah serta mengalami penurunan berat badan sehingga memunculkan suatu masalah keperawatan yang baru, yaitu defisit nutrisi. Starvasi selular mengakibatkan peningkatan metabolisme protein dan asam amino yang digunakan sebagai substrat yang diperlukan untuk glukoneogenesis dalam hati. Perubahan ini berdampak pada penurunan sintesis protein. Penurunan sintesis protein nanti dapat menyebabkan kerusakan antibody ketika kekebalan tubuh terganggu tubuh mudah terjadi infeksi, dan luka sulit sembuh yang menimbulkan masalah keperawatan resiko infeksi. Saat tubuh tidak mendapatkan suplai darah yang tepat sel tidak dapat bertahan hidup yang memicu kerusakan dan kematian jaringan lama kelamaan akan mati karena infeksi sehingga terjadi gangren dan ini juga memunculkan suatu masalah keperawatan baru yaitu kerusakan integritas kulit. Munculnya luka gangrene terjadi karena penyumbatan pada arteri

perifer pertumbuhan jaringan terhambat. Ketika kulit mengalami luka terbuka yang tidak segera teratasi bakteri akan masuk ke dalam tubuh yang menyebabkan kerusakan jaringan tubuh sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut (Aini & Aridiana, 2016).

2.1.6 Komplikasi

Klien dengan *Diabetes Mellitus* berisiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis, diantaranya :

1) Komplikasi Akut

a) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (<50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita *Diabetes Mellitus* tipe 1 yang dapat dialami 1 - 2 kali per minggu. Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel - sel otak tidak mendapatkan suplai energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat rusak (Fatimah, 2015).

b) Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah ketika kadar gula darah naik secara tiba - tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, meliputi ketoasidosis diabetikum, koma hiperosmolar non - ketotik (KHNK) dan asidosis kemolakto (Fatimah, 2015).

c) Ketoasidosis metabolik

Ketoasidosis metabolik adalah keadaan yang disebabkan karena tidak adanya insulin atau ketidak cukupan jumlah insulin yang menyebabkan kekacauan metabolisme lemak, karbohidrat dan

protein. Ada tiga gambaran klinis ketoasidosis metabolik yaitu, dehidrasi, kehilangan elektrolit, dan asidosis.

2) Komplikasi Kronis

a) Mikrovaskuler

(1) Neuropati diabetik

Kerusakan pada saraf system saraf yang disebabkan kadar gula darah tinggi dan berkepanjangan. Kerusakan ini mempengaruhi fungsi saraf. Neuropati diabetic menyebabkan kerusakan saraf di kaki, tangan dan anggota gerak lainnya. (Putri, 2015).

(2) Retinopati diabetik

Retinopati diabetik ditujukan untuk retina pada penderita *Diabetes Mellitus* dengan kondisi perubahan aliran darah pada struktur kapiler retina sehingga terjadi iskemia retina. Retinopati diabetik menyebabkan sebagian besar penderita mengalami kebutaan dengan rentan usia antara 20 dan 74 tahun (Venesia Pengan, 2014).

(3) Nefropati diabetik

Nefropati atau dikenal dengan penyakit ginjal diabetes (PGD) ditandai dengan adanya mikro atau makroproteinuria persisten, peningkatan tekanan darah, gangguan fungsi ginjal progresif yang berlanjut dengan penurunan fungsi ginjal yang dapat berakhir sebagai gagal ginjal stadium akhir (GGTA) dan sangat berpengaruh signifikan terhadap morbiditas dan

mortalitas serta kualitas hidup penderitanya. Diantara komplikasi mikrovaskuler, nefropati diabetik salah satu yang paling serius dengan sekitar 20 – 40% penderita diabetes mengalami nefropati diabetik (Desyani Ariza, 2021).

b) Makrovaskuler

Penyakit makrovaskuler merupakan komplikasi yang sering mengakibatkan kematian. Penyakit makrovaskuler yang muncul pada penderita *Diabetes Mellitus* tipe 2 meliputi penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan penyakit serebrovaskuler. Penyakit makrovaskuler disebabkan adanya aterosklerosis pada pembuluh darah besar. Aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah besar ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya penyakit arteri perifer pada penderita *Diabetes Mellitus* tipe 2. Dampak pada penyakit arteri perifer adalah timbul ulkus dan gangren (Supriyadi, 2017).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Tarwoto, 2012), untuk menentukan penyakit *Diabetes Mellitus*, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien juga yang penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya :

1) Pemeriksaan Gula Darah atau Fasting Blood Sugar (FBS)

Tujuan : Menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa.

Pembatasan : Melakukan puasa selama 12 jam sebelum test biasanya, jam 08:00 sampai jam 20:00, namun diperbolehkan untuk minum.

Prosedur : Darah diambil dari vena dan kirim ke laboratorium

Hasil :

Normal : 80 – 120 mg/100 ml serum

Abnormal : 140 mg/100 ml atau lebih

2) Pemeriksaan gula darah 2 jam setelah makan / post prandial (PP)

Tujuan : Menentukan gula darah setelah makan.

Pembatasan : Tidak ada

Prosedur : Pasien diberi makan kira - kira 100 gr karbohidrat, dua jam kemudian diambil darah venanya.

Hasil :

Normal : Kurang dari 120 mg/10 ml serum

Abnormal : Lebih dari 200 mg/100 ml atau lebih, indikasi *Diabetes Mellitus*.

3) Pemeriksaan toleransi glukosa oral/Oral glukosa tolerance test (TTGO)

Tujuan : Menentukan toleransi terhadap respons pemberian gula.

Pembatasan : Pasien tidak makan 12 jam sebelum dan selama test, boleh minum air putih, dan tidak merokok, minum kopi atau teh selama pemeriksaan (untuk mengukur respon tubuh terhadap karbohidrat), sedikit aktivitas, kurangi stress (keadaan banyak aktivitas dan stress menstimulasi epinephrine dan kortisol dan berpengaruh terhadap peningkatan gula darah melalui peningkatan glukoneogenesis)

Prosedur : Pasien diberi makan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum test, kemudian puasa 12 jam, ambil darah puasa dan urin untuk pemeriksaan. Berikan 100 gr glukosa ditambah juice lemon melalui mulut, periksadarah dan urine $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3, 4, dan 5 jam setelah pemberian glukosa

Hasil :

Normal : Puncaknya jam pertama setelah pemberian 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian.

Abnormal : Peningkatan glukosa pada jam pertama tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positive glukosa.

4) Pemeriksaan glukosa urine

Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-obatan seperti aspirin, vitamin C dan Digital Repository Universitas Jember 15 beberapa antibiotik, adanya kelainan ginjal dan pada lansia dimana ambang ginjal meningkat. Adanya glukosuria menunjukkan bahwa ambang ginjal terhadap glukosa terganggu.

5) Pemeriksaan keton urine

Badan keton merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. Jumlah keton yang besar pada urin akan merubah pereaksi pada strip menjadi keunguan. Adanya ketonuria menunjukan adanya ketoasidosis

6) Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkat

karena ketidakadekuatan kontrol glikemik.

- 7) Pemeriksaan hemoglobinglikat (HbA1c) Pemeriksaan lain untuk memantau rata – rata kadar glukosa darah adalah glycosylated hemoglobin (HbA1c). Test ini mengukur presentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin. Pemeriksaan ini menunjukkan kadar glukosa darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai dengan usia eritrosit. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi risiko komplikasi. Hasil HbA1c tidak berubah karena pengaruh kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan HbA1c dilakukan untuk diagnosis dan pada interval tertentu dilakukan untuk mengevaluasi penatalaksanaan diabetes mellitus, direkomendasikan dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien DM. Kadar yang direkomendasikan oleh ADA <7%.

2.1.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi *Diabetes Mellitus* adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah untuk mengurangi komplikasi yang ditimbulkan akibat *Diabetes Mellitus* (Smeltzer, 2008). Tujuan terapeutik pada setiap tipe *Diabetes Mellitus* adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadi *hipoglikemia* dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien (Hasanat & Ningrum, 2010). Ada dua komponen dalam penatalaksanaan *Diabetes Mellitus*, yaitu :

A. Non-Farmakologi

1. Pengelolaan makan

Diet yang dianjurkan yaitu diet rendah kalori, rendah lemak,

rendah lemak jenuh, dan tinggi serat. Jumlah asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat kompleks merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang sehingga tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan. Penderita *Diabetes Mellitus* perlu diberikan penekanan akan pentingnya jadwal makan yang teratur, jenis dan jumlah kandungan kalorinya, terutama pada mereka yang menggunakan obat-obatan yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri. Komposisi makanan yang dianjurkan pada penderita *Diabetes Mellitus* terdiri dari :

(1) Karbohidrat

- (a) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45 - 65% total asupan energi. Terutama karbohidrat yang berserat tinggi
- (b) Glukosa dalam bumbu diperbolehkan sehingga penderita *Diabetes Mellitus* dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain
- (c) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi
- (d) Pemanis alternatif dapat digunakan sebagai pengganti glukosa, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (Accepted Daily Intake/ADI)
- (e) Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

(2) Lemak

- (a) Asupan lemak dianjurkan sekitar 20 - 25% kebutuhan kalori, dan tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi
- (b) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans meliputi daging berlemak dan susu fullcream.
- (c) Konsumsi kolesterol dianjurkan < 200 mg/hari.

(3) Protein

- (a) Kebutuhan protein sebesar 10 – 20% total asupan energi
- (b) Sumber protein yang baik adalah daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak ikan, udang, cumi, , kacang - kacangan, tahu dan tempe

(4) Natrium

- (a) Anjuran asupan natrium untuk penderita *Diabetes Mellitus* sama dengan orang sehat yaitu <2300 mg per hari
- (b) Penderita *Diabetes Mellitus* yang juga menderita hipertensi perlu dilakukan pengurangan natrium secara individual
- (c) Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium nitrit dan natrium benzoat.

(5) Serat

- (a) Penderita *Diabetes Mellitus* dianjurkan mengonsumsi erat

dari kacang - kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat

- (b) Anjuran konsumsi serat adalah 20 - 35 gram/hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan.

(6) Pemanis Alternatif

- (a) Pemanis alternatif aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (Accepted Daily Intake/ADI)
- (b) Pemanis alternatif dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tak berkalori
- (c) Pemanis berkalori perlu diperhitungkan kandungan kalorinya sebagai bagian dari kebutuhan kalori, seperti fruktosa dan glukosa alkohol
- (d) Glukosa alkohol antara lain maltitol, mannitol, sorbitol isomalt, lactitol, dan xylitol
- (e) Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penderita Diabetes Mellitus karena dapat meningkatkan kadar LDL, namun tidak ada alasan menghindari makanan seperti buah dan sayuran yang mengandung fruktosa alami
- (f) Pemanis tak berkalori termasuk : aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sucralose dan neotame (PERKENI, 2015).

2. Latihan Fisik

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani teratur (3-4 kali seminggu kurang lebih selama 30 menit), jeda antar latihan

jasmani tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes tipe II. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin, sehingga memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dimaksud adalah jalan, bersepeda santai, jogging atau berenang. Sebelum melakukan latihan jasmani dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah. Apabila kadar glukosa darah ≤ 100 mg/dL pasien harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila ≥ 250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan jasmani. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan kesegaran jasmani. Intensitas latihan jasmani pada penyandang DM yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada penyandang DM yang disertai dengan komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu. Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki kepasar, menggunakan tangga, berkebun tetap dilakukan. Batasi atau jangan terlalu lama melakukan aktivitas yang kurang aktivitas fisik seperti menonton televisi (PERKENI, 2015).

3. Monitor Kadar Gula Darah

Pemantauan Diabetes Mellitus merupakan pengendalian kadar gula darah mencapai kondisi senormal mungkin. Dengan terkontrolnya kadar glukosa darah maka akan terhindar dari keadaan *hiperglikemia* dan *hipoglikemia* serta mencegah

terjadinya komplikasi. Hasil *Diabetes Control And Complication Trial* (DCCT) menunjukkan bahwa pengendalian diabetes yang baik dapat mengurangi komplikasi diabetes antara 20-30%.

Prosedur pemantauan glukosa darah adalah :

- (1) Tergantung dari tujuan pemeriksaan tes dilakukan pada waktu
 - a. Sebelum makan.
 - b. 2 jam sesudah makan (postpradial).
 - c. Sebelum tidur malam (pada jam 22.00).
- (2) Pasien dengan kendali buruk atau tidak stabil dilakukan tes setiap hari.
- (3) Pasien dengan kendali baik atau stabil sebaiknya tes tetap dilakukan secara rutin. Pemantauan dapat dilakukan lebih jarang (minggu sampai bulan) apabila pasien terkontrol baik secara konsisten.
- (4) Pemantauan glukosa darah pada pasien yang mendapat terapi insulin, ditujukan juga untuk penyesuaian dosis insulin dan memantau timbulnya hipoglikemia.
- (5) Tes lebih sering dilakukan pada pasien yang melakukan aktivitas tinggi, pada keadaan krisis atau pada pasien yang sulit mencapai target terapi (selalu tinggi atau sering mengalami hipoglikemia), juga pada saat perubahan dosis terapi.

4. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada klien *Diabetes Mellitus* diperlukan karena penatalaksanaan *Diabetes Mellitus* memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Klien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak, tetapi juga harus memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang (Santi Damayanti, 2016).

B. Farmakologi

Farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

a) Obat Hipoglikemi Oral (OHO)

(1) Biguanid

Biguanid (Metformin, Fenformin, Buformin) merupakan obat anti diabetes dengan mekanisme kerja menurunkan sekresi glukosa hepatic dan meningkatkan absorpsi glukosa perifer termasuk otot rangka. Metformin merupakan obat hipoglikemik utama bagi penderita *Diabetes Mellitus* tipe 2 pada anak - anak dan remaja serta sesuai untuk pasien yang kelebihan berat badan (obesitas). Obat ini tidak boleh digunakan oleh pasien dengan gangguan fungsi hati atau ginjal. Penggunaan pada penderita lansia dapat menyebabkan

terjadinya asidosis (Hardianto, 2020).

(2) Sulfonilurea

Sulfonilurea (glibenklamid, gliklazid, glimepirid, gliburid, glipizid, tolbutamid) adalah obat antihiperglikemik oral yang pertama digunakan dan merupakan obat pilihan kedua untuk *Diabetes Mellitus* tipe 2. Obat ini biasanya digunakan untuk *Diabetes Mellitus* tipe 2 yang lanjut usia. Mekanisme kerjanya meningkatkan sekresi insulin dengan bekerja langsung pada saluran KATP sel beta pankreas. Pasien yang menggunakan obat ini dapat mengalami hipoglikemia sehingga pasien harus mengetahui pola makan yang baik dan gejala hipoglikemia. Gliburid menyebabkan hipoglikemia lebih tinggi dibandingkan dengan glipizid. Hipoglikimia yang terjadi pada penderita lansia akan meningkatkan risiko terjadinya kerusakan fungsi ginjal (Hardianto, 2020).

(3) Inhibitor α -glikosidase

Inhibitor α -glikosidase (Miglitol, Akarbose, Voglibose) tidak memiliki efek langsung pada sekresi atau sensitivitas insulin. Senyawa ini memperlambat laju di usus halus sehingga glukosa dari pati lambat memasuki aliran darah, menunda adsorpsi karbohidrat, dan mengurangi peningkatan glukosa darah. Acarbose telah digunakan untuk pengobatan diabetes lebih dari 20 tahun yang lalu. Manfaat acarbose adalah memperlambat perkembangan diabetes dan

mengurangi risiko penyakit kardiovaskular. Penggunaan obat ini harus dihindari pada pasien gangguan ginjal. Efek samping obat ini menyebabkan kembung dan diare (Hardianto, 2020).

(4) Meglitinide

Meglitinide (Repaglinid dan Nateglinid) merupakan obat anti hiperglikemik oral dengan mekanisme kerja membantu pankreas untuk memproduksi insulin dengan menutup saluran kalium dan membuka saluran sel beta pankreas sehingga meningkatkan sekresi insulin. Obat ini jarang digunakan karena kerja obat yang singkat sehingga pemberian obat lebih sering. Repaglinid sebagian besar dimetabolime di hati dan sisanya disekresikan melalui ginjal (Hardianto, 2020).

(5) Insulin

Insulin biasanya diberikan secara subkutan dengan suntikan atau pompa insulin. Insulin juga dapat diberikan secara intravena. Saat ini tersedia insulin manusia dan analog insulin. Berdasarkan daya kerjanya insulin dibedakan menjadi:

1. Insulin yang bekerja cepat (memberikan efek dimulai dari 4 sampai 20 menit dan puncak antara 20 sampai 30 menit) seperti : Aspart, Lispro dan Glulisine
2. Insulin yang bekerja dalam jangka waktu pendek (efek mulai dari 30 menit dan puncak 2 - 4 jam)

seperti : Insulin (Actrapid, Humulin S, Insuman Rapid)

3. Insulin yang bekerja dalam jangka waktu menengah (onset puncak antara 4 - 6 jam dan efek 14 - 16 jam) seperti: Insulin Isophane (Insulatard, Insuman Basal, Novolin N, Humulin
4. Insulin yang bekerja dalam jangka waktu panjang (efek 24 - 36 jam) seperti : Glargine (Lantus, Abasaglar), Detemir (Levemir)
5. Insulin yang bekerja dalam jangka waktu sangat panjang (efek mulai dari 30 - 90 menit dan berlangsung sampai 42 jam) seperti: Degludec (Tresiba) (Hardianto, 2020).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial (Nursalam, 2011). Asuhan keperawatan diabetes mellitus adalah suatu proses keperawatan untuk mengidentifikasi respon pasien diabetes mellitus terhadap masalah kesehatan dan membantu pasien diabetes mellitus dalam mencapai tingkat kesehatan serta mengubah gaya hidup yang maksimal. Proses asuhan keperawatan dimulai dengan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien diabetes melitus merupakan proses pengumpulan data untuk menentukan status kesehatan, mengidentifikasi masalah kesehatan, dan merencanakan perawatan yang tepat. Tujuan pengkajian pada dasarnya mengumpulkan data obyektif dan subyektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup informasi dari klien, keluarga dan masyarakat, lingkungan atau budaya (Suara, 2010). Berikut adalah langkah-langkah pengumpulan data pada klien dengan *Diabetes Mellitus* meliputi :

1. Pengumpulan data

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur biasanya penderita *Diabetes Mellitus* tipe 1 berusia kurang dari 30 tahun dan *Diabetes Mellitus* tipe 2 berusia diatas 40 tahun, jenis kelamin biasanya banyak ditemukan pada perempuan dibanding laki - laki, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui apakah pekerjaannya merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit *Diabetes Mellitus*, suku/bangsa, status mental, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengakajian, diagnosa medis, dan alamat (Aini & Aridiana, 2016).

b) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan,

alamat, hubungan dengan pasien (Nursalam, 2013).

2. Keluhan utama

Pada klien *Diabetes Mellitus* biasanya mengeluhkan lemas, tampak lesu sebagai akibat dari kelainan metabolisme dari karbohidrat, lemak dan protein. Biasanya lemas dirasakan seperti tidak berdaya, didapatkan data terjadi anoreksia, mual, vomitus/ muntah, sehingga dapat mempengaruhi intake nutrisi oral yang kemudian dapat dimanifestasikan misalnya terjadinya rambut kering, konjungtiva pucat, tonus otot buruk, pusing dan lain sebagainya (Manurung, 2011).

3. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Data ini diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit klien dari sebelum dibawa ke IGD sampai dengan mendapatkan perawatan di ruangan. Pada umumnya klien dengan *Diabetes Mellitus* akan mengeluh adanya gejala-gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi, dan poliphagia, yang mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain yang dapat terjadi berupa kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritis vulva pada wanita dan kram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan luka yang tidak sembuh - sembuh atau bahkan

membusuk menjadi latar belakang penderita datang ke rumah sakit (Manurung, 2018).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Berisi tentang riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit lain yang mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Pada klien *Diabetes Mellitus* perlu dikaji adanya riwayat hipertensi, Infark Miokard Akut, Diabetes Gestasional, riwayat obesitas, riwayat mengonsumsi glukosa/karbohidrat berlebih, dan riwayat penggunaan obat-obatan seperti steroid, diuretik (tiazid), dilantin dan penoborbutal. Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama (Purwanto, 2016).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut Santi Damayanti 2016, Faktor keturunan atau genetik punya kontribusi yang tidak bisa diremehkan untuk seseorang terserang penyakit diabetes. Menghilangkan faktor genetik sangatlah sulit. Yang bisa dilakukan untuk seseorang bisa terhindar dari *Diabetes Mellitus* karena sebab genetik adalah dengan memperbaiki pola hidup dan pola makan. Adakah keluarga yang menderita sakit *Diabetes Mellitus*. Karena penyakit diabetes mellitus adalah penyakit keturunan, maka ada kemungkinan terdapat riwayat anggota keluarga yang pernah menderita

penyakit *Diabetes Mellitus*, Hipertensi, Penyakit ginjal, Stroke dan lain – lain.

4. Pola Aktivitas Sehari – hari

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pola persepsi dan pemeliharaan dapat dikaji tentang penggunaan bahan-bahan yang beresiko pada kesehatan seperti merokok, mengonsumsi alkohol, menggunakan obat - obatan lain dan perlu dikaji juga apakah memiliki riwayat alergi, pengetahuan tentang penyakit sekarang dan upaya pencegahannya serta harapan terhadap perawatan yang dilakukan saat ini.

b) Pola aktivitas dan Personal Hygiene

Pada pola aktivitas dan personal hygiene biasanya didapatkan rasa lemah, letih, dan penurunan kekuatan otot, sehingga klien sulit bergerak/berjalan (beraktivitas). Kaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri yang meliputi makan atau minum, mandi, berpakaian, toileting, dan kaji apakah klien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri.

c) Pola Nutrisi dan Cairan

Pola nutrisi dan cairan meliputi kebiasaan atau pola makan klien teratur atau tidak dan berapa banyak porsi sekali makan, apakah klien sering makan makanan tambahan atau cemilan terutama yang manis - manis, apakah ada keluhan selalu merasa lapar walaupun sudah banyak makan atau ada keluhan penurunan atau

hilang nafsu makan (anoreksia) karena mual atau muntah, apakah klien melanggar program diet yang telah ditetapkan dengan cara memakan makanan yang dipantang, apakah ada penurunan berat badan dalam periode beberapa hari atau minggu, kaji apakah ada keluhan banyak minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat dan tidur klien baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang meliputi berapa jam klien tidur dan perasaan setelah tidur. Perlu dikaji kebiasaan klien sebelum tidur yang dapat mempengaruhi istirahat dan tidur serta apakah klien memiliki masalah tidur yang meliputi sering terbangun dini, sulit mengawali tidur, sering terbangun pada malam hari. Klien biasanya terbangun pada malam hari karena sering berkemih (Tarwoto, 2012).

e) Pola Eliminasi

Pola eliminasi meliputi frekuensi klien dalam berkemih serta apakah klien mengeluh sering berkemih terutama malam hari, apakah terjadi perubahan pola berkemih (poliuria, nokturia, anuria) (Tarwoto, 2012).

f) Pengkajian Kognitif dan Sensori Persepsi

Pengkajian pola kognitif dan sensori meliputi gangguan orientasi pada waktu, tempat dan orang. Biasanya klien menjadi terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran stupor/semi

koma (pada tahap lanjut). Klien juga memahami pusing/vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012).

g) Pola Peran dan Hubungan atau Interaksi Sosial

Pola peran dan hubungan tentang persepsi klien terhadap dirinya sehubungan dengan kondisi sekitarnya, hubungan klien dengan perawat, dokter, tim kesehatan lain serta klien lain dan bagaimana penerimaan orang-orang sekitar klien terutama keluarga akan kondisinya saat ini serta dukungan yang diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moril ataupun materil. Biasanya hubungan klien dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial atau menarik diri dari interaksi sosial terutama jika sudah terjadi komplikasi fisik seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan (Nursalam, 2011).

h) Pola Persepsi dan Toleransi terhadap Stres

Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stres meliputi konsep diri, status emosi, pola koping dan gaya komunikasi. Perlu dikaji apakah ada masalah tentang penyakit yang dialaminya. Kemungkinan klien menunjukkan kecemasan bahkan terdapat perasaan depresi terhadap penyakitnya. Hal ini diakibatkan karena proses penyakit yang lama, kurangnya pengetahuan tentang prosedur tindakan yang dilakukan. Perlu dikaji pandangan hidup klien terhadap segala tindakan keperawatan

yang dijalani. Kaji ungkapan klien tentang ketidakmampuan coping/ penggunaan coping yang maladaptif dalam menghadapi penyakitnya, perasaan negatif tentang tubuhnya, klien merasa kehilangan fungsi tubuhnya, kehilangan kebebasan, dan kehilangan kesempatan untuk menjalani kehidupannya.

i) Pola Seksualitas atau Reproduksi

Pola seksualitas atau reproduksi dikaji tentang penggunaan kontrasepsi pada wanita yang dapat mempengaruhi kesehatannya serta masalah seksualitas yang meliputi impotensi pada laki - laki dan kesulitan orgasme pada wanita.

j) Pola Keyakinan dan Nilai

Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama

klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009).

5. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Berisi keadaan klien, kesadaran klien, tinggi badan, berat badan dan tanda - tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Suhu dan Respirasi). Menurut Tarwoto (2012) keadaan umum klien *Diabetes Mellitus* tampak lemas dan lesu, kesadaran

composmentis, apatis, stupor atau semikoma pada klien *Diabetes Mellitus* tahap lanjut, berat badan mengalami penurunan, tekanan darah meningkat dengan jumlah tekanan sistole > 140 mmHg dan tekanan diastole > 90 mmHg, denyut nadi meningkat dengan jumlah > 110 x/menit, dan frekuensi pernafasan lebih dari 24 x/menit jika terdapat komplikasi.

b) Pemeriksaan Kepala dan Leher

Pada pemeriksaan kepala, rambut tipis dan mudah rontok, leher tidak ditemukan adanya gangguan. Biasanya ditemukan gangguan pada penglihatan yang disebabkan adanya katarak, glukoma (peningkatan bola mata) dan retinopati. Lidah klien *Diabetes Mellitus* terasa membesar atau lebar dan kadang timbul gangguan rasa pengecap, mulut terasa kering karena ludah yang mengental, gigi pada klien *Diabetes Mellitus* mudah goyang dan lepas, gusi mudah mengalami infeksi, kadang-kadang bernanah dan bengkak serta bau mulut yang tidak sedap (Aini & Aridiana, 2016).

c) Pemeriksaan Sistem Kardiovaskuler

Menurut (Purwanto, 2016) terjadi takikardia atau nadi lemah bahkan tidak ada, tekanan darah mengalami perubahan bisa terjadi hipertensi dengan jumlah tekanan sistole > 140 mmHg dan tekanan diastole > 90 mmHg atau hipotensi dengan jumlah tekanan darah sistole.

d) Pemeriksaan Sistem Pernafasan

Menurut Tarwoto (2012) pada sistem pernafasan terdapat bau nafas seperti keton, adanya sesak nafas, batuk dengan atau tanpa spuntum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak), frekuensi pernafasan meningkat dengan jumlah RR lebih dari 24 x/menit.

e) Pemeriksaan Abdomen

Menurut (Purwanto, 2016), pada pemeriksaan abdomen dapat ditemukan data saat inspeksi bentuk abdomen simetris, saat diauskultasi bising usus terdengar lemah/menurun, saat dilakukan palapasi terdapat nyeri perut dan kekakuan/distensi abdomen, saat diperkusi terdengar hypertimpani/kembung karena adanya pengaruh neuropati pada gastrointestinal.

f) Pemeriksaan Genetalia

Jika terjadi infeksi akan ditemukan rabbas vagina, keputihan, terjadi impotensi pada laki-laki dan kesulitan orgasme pada wanita (Purwanto, 2016).

g) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal biasanya terjadi penurunan tonus otot dan kekuatan otot, adanya kesemutan atau rasa berat pada tungkai, dan terdapat ulkus pada kaki (Purwanto, 2016).

h) Pemeriksaan Integumen

Menurut Purwanto (2016) pada sistem integumen ditemukan turgor kulit menurun/jelek, akral teraba dingin dan kerusakan

integritas kulit, adanya lesi/ulserasi/ulkus diabetikum. Kulit terasa kering dan kemerahan. Terdapat demam dan diaphoresis (keluar keringat banyak) jika klien mengalami infeksi.

i) Pemeriksaan Neurosensori

Menurut Tarwoto (2012), pada pemeriksaan neurosensori terdapat disorientasi, terjadi penurunan kesadaran (mengantuk, gelisah, latergi, stupor bahkan sampai koma), penurunan sensasi sensori terutama pada penciuman dan pengecap, adanya rasa nyeri/pusing pada kepala, rasa kesemutan/kebas, kelemahan otot bahkan sampai terjadi paresthesi pada jari-jari tangan dan kaki, adanya gangguan penglihatan akibat retinopati, katarak, glautoma. Terdapat kekacauan mental dan aktivitas kejang.

j) Pemeriksaan penunjang

- a. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) memanjang antara 100-125 mg/dl (5,6 – 6,9 mmol/L)
- b. Gula darah sewaktu/acak > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
- c. Gula darah puasa normal (70 – 115 mg/dl) atau diatas normal (≥ 120 mg/dl)
- d. Gula darah dua jam post prandial (PP) lebih dari 140 mg/dl
- e. Essei hemoglobin glikolisat diatas rentang normal (normal : 5-6%)
- f. Urinalisis positif terhadap glukosa dan keton, berat jenis dan osmolalitas urine mungkin meningkat
- g. Kolestrol dan trigliserida serum dapat meningkat

h. Elektrolit :

1. Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun
2. Kalium : mungkin normal atau terjadi peningkatan semu akibat perpindahan seluler, selanjutnya akan menurun
3. Fosfor : lebih sering menurun

i. Gas darah arteri: biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

j. Trombosit darah : Ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis : hemokonsentrasi merupakan respon terhadap stress atau infeksi.

k. Ureum atau kreatinin: mungkin meningkat atau normal (dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal).

l. Amilase darah: mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA.

m. Insulin darah: mungkin menurun atau bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (pada tipe 2) yang mengindikasikan insufisiensi insulin atau gangguan dalam penggunaannya (endogen/eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibody.

n. Pemeriksaan fungsi tiroid: peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.

- o. Urine : gula dan aseton positif: berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.
- p. Kultur dan sensitivitas: kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.

Sumber : (Tjandra, 2009)

2.2.2 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan. Analisa data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) pada klien *Diabetes Mellitus*. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan. Kemudian data tersebut dikategorikan menjadi 2 yaitu data subyektif dan data obyektif. Data dari wawancara kepada klien dikumpulkan dikelompokkan menjadi data subyektif. Data obyektif dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik klien.

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan gambaran rencana intervensi untuk mengidentifikasi dan memprioritaskan asuhan keperawatan berdasarkan respon, tanggapan dan pengaruh asuhan keperawatan terhadap klien. Jika memungkinkan catatan keperawatan dapat juga tertera dalam diagnosis keperawatan. Dalam buku *Diagnosa Keperawatan SDKI, 2017*. Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *Diabetes Mellitus* adalah:

1. Defisit Nutrisi (SDKI : D.0019)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Faktor ekonomi (mis : finansial tidak mencukupi)
- 6) Faktor psikologis (mis : stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda mayor

Subyektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor

Subyektif

- 1) Cepat kenyang setelah makan
- 2) Kram/nyeri abdomen
- 3) Nafsu makan menurun

Objektif

- 1) Bising usus hiperaktif

- 2) Otot pengunyah lemah
- 3) Otot menelan lemah
- 4) Membrane mukosa pucat
- 5) Sariawan
- 6) Serum albumin turun
- 7) Rambut rontok berlebihan
- 8) Diare

2. Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI : D.0009)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

- 1) Hiperglikemia
- 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- 3) Peningkatan tekanan darah
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Penurunan aliran arteria dan vena
- 6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis : merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas)
- 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis : diabetes mellitus)
- 8) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor :***Subjektif***

(tidak tersedia)

Objektif

- 1) Pengisian kapiler >3 detik
- 2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- 3) Akral teraba dingin
- 4) Warna kulit pucat
- 5) Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor :***Subjektif***

- 1) Parastesia
- 2) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

Objektif

- 1) Edema
- 2) Penyembuhan luka lambat
- 3) Indeks ankle-brachial <0,90
- 4) Bruit femoral

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI : D.0027)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/cairan

Definisi : variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal

Penyebab :**Hiperglikemia**

- 1) Disfungsi pancreas
- 2) Resistensi insulin
- 3) Gangguan toleransi glukosa darah
- 4) Gangguan glukosa darah puasa

Hipoglikemia

- 1) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- 2) Hiperinsulinemia (mis. Insulinoma)
- 3) Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitary)
- 4) Disfungsi hati
- 5) Disfungsi ginjal kronis
- 6) Efek agen farmakologis
- 7) Tindakan pembedahan neoplasma
- 8) Gangguan metabolic bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen)

Gejala dan tanda mayor***Subjektif*****Hipoglikemia**

- 1) Mengantuk
- 2) Pusing

Hiperglikemia

- 1) Lelah atau lesu

Objektif

Hipoglikemia

- 1) Gangguan koordinasi
- 2) Kadar glukosa dalam darah atau urin rendah

Hiperglikemia

- 1) Kadar glukosa dalam darah atau urin tinggi

Gejala dan tanda minor***Subjektif***

Hipoglikemia

- 1) Palpitasi
- 2) Mengeluh lapar

Hiperglikemia

- 1) Mulut kering
- 2) Haus meningkat

Objektif

Hipoglikemia

- 1) Gemetar
- 2) Kesadaran menurun
- 3) Perilaku aneh
- 4) Sulit bicara
- 5) Berkeringat

Hiperglikemia

- 1) Jumlah urin meningkat

Kondisi klinis terkait

- 1) Diabetes mellitus
- 2) Ketoasidosis diabetic
- 3) Hipoglikemia
- 4) Hiperglikemia
- 5) Diabetes gestasional
- 6) Penggunaan kortikosteroid
- 7) Nutrisi parenteral total

4. Gangguan mobilitas fisik (SDKI : D.0054)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas/istirahat

Definisi : keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab :

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi

- 11) Gangguan musculoskeletal
- 12) Gangguan neuromuscular
- 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- 1) Sendi kaku

- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik lemah

5. Nyeri akut (SDKI : D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan

Penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- 2) Agen pencedera kimiawi (terbakar)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. prosedur operasi).

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

Mengeluh nyeri

Objektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

Tidak tersedia

Objektif

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola nafas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

6. Gangguan integritas kulit (SDKI : D.0129)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan proteksi

Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)

Penyebab :

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan atau kelebihan volume cairan)
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem

- 7) Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- 8) Efek samping radiasi
- 9) Kelembapan
- 10) Proses penuaan
- 11) Neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi
- 13) Perubahan hormonal
- 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan.

Gejala dan data mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan data minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1) Nyeri
- 2) Perdarahan
- 3) Kemerahan
- 4) Hematoma

Kondisi klinis terkait

- 1) Imobilisasi
- 2) Diabetes mellitus
- 3) munodefisiensi (mis. AIDS)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022). Dalam buku Diagnosa Keperawatan SIKI, 2018. Intervensi keperawatan yang muncul pada pasien *Diabetes Mellitus* adalah :

1) Defisit Nutrisi

Manajemen nutrisi (I. 03119)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

Kriteria Hasil :

- (1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)
- (2) Berat badan membaik (5)
- (3) Frekuensi makan membaik (5)
- (4) Nafsu makan membaik (5)
- (5) Membran mukosa membaik (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi status nutrisi
- (2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- (3) Identifikasi makanan yang disukai
- (4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- (5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- (6) Monitor asupan makanan
- (7) Monitor berat badan
- (8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- (1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- (2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
- (3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- (4) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- (5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- (6) Berikan suplemen makanan, jika perlu

Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- (1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- (2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- (2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

2) Perfusi perifer tidak efektif

Perawatan Sirkulasi (1.02079)

Definisi : Mengidentifikasi dan merawat area local dengan keterbatasan sirkulasi perifer

Kriteria Hasil :

- (1) Denyut nadi perifer meningkat (5)
- (2) Warna kulit pucat menurun (5)
- (3) Akral membaik (5)
- (4) Turgor kulit membaik (5)
- (5) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- (6) Tekanan darah diastolik membaik (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

- (1) Periksa sirkulasi perifer
- (2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- (3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik

- (1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- (2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
- (3) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- (4) Lakukan pencegahan infeksi
- (5) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- (6) Jelaskan sensasi yang mungkin dialami

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian oksitosin setelah persalinan
- (2) Kolaborasi pemberian analgesic
- Kolaborasi pemberian antibiotic

3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Manajemen Hiperglikemia (1.03115)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah di atas normal.

Kriteria Hasil :

- (1) Kesadaran meningkat (5)
- (2) Mengantuk menurun (5)
- (3) Pusing menurun (5)
- (4) Lelah/lesu menurun (5)
- (5) Keluhan lapar menurun (5)

- (6) Mulut kering menurun (5)
- (7) Rasa haus menurun (5)
- (8) Kadar glukosa dalam darah membaik (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

- (1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- (2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
- (3) Monitor kadar glukosa darah
- (4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
- (5) Monitor intake dan output cairan
- (6) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

- (1) Berikan asupan cairan oral
- (2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- (3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- (1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- (2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- (3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- (4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine

(5) Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian insulin

(2) Kolaborasi pemberian cairan IV

(3) Kolaborasi pemberian kalium

4) Gangguan mobilitas fisik

Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

Kriteria Hasil :

(1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)

(2) Kekuatan otot meningkat (5)

(3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5)

(4) Kelemahan fisik menurun (5)

(5) Gerakan terbatas menurun (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

(1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

(2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

(3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas

Terapeutik

(1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

- (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini.

5) Nyeri akut

Manajemen Nyeri (1.08238)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Kriteria Hasil :

- (1) Keluhan nyeri menurun (5)
- (2) Meringis menurun (5)
- (3) Gelisah menurun (5)
- (4) Kesulitan tidur menurun (5)
- (5) Frekuensi nadi membaik (5)
- (6) Pola napas membaik (5)
- (7) Tekanan darah membaik (5)
- (8) Pola tidur membaik (5)

Rencana Tindakan :**Observasi**

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetic

Terapeutik

- (1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

6) Gangguan integritas kulit atau jaringan

Perawatan integritas kulit (1.11353)

Definisi : Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembapan dan mencegah perkembangan mikroorganisme

Kriteria Hasil :

- (1) Kerusakan jaringan menurun (5)
- (2) Kerusakan lapisan kulit menurun (5)
- (3) Nyeri menurun (5)
- (4) Kemerahan menurun (5)
- (5) Suhu kulit membaik (5)

Rencana Tindakan :**Observasi**

- (1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Terapeutik

- (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- (2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang
- (3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- (4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- (5) Gunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitive

Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

- (1) Anjurkan menggunakan pelembab
- (2) Anjurkan minum air yang cukup
- (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- (4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- (5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- (6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
- (7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan

dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Rofifah, 2019).

Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap - tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu :

1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan - keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

2) O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba,

dan diukur oleh perawat.

- 3) A (*Analysis*) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara ilmiah yang digunakan untuk mendapatkan data - data yang nantinya dapat dianalisis untuk menentukan solusi dari permasalahan yang diteliti (Kristanto, 2018). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, analisa data, uji keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Rancangan penelitian/Desain penelitian adalah kerangka atau perincian prosedur kerja yang akan dilakukan pada waktu meneliti, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran dan arah mana yang akan dilakukan dalam melaksanakan penelitian tersebut, serta memberikan gambaran jika penelitian itu telah jadi atau selesai penelitian tersebut diberlakukan (M.Fitrah, 2017). Rancangan atau desain yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Deskriptif kualitatif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena atau gejala social secara mendalam dan rinci, tanpa melakukan pengujian hipotesis atau generalisasi. Pendekatan studi kasus merupakan prosedur penelitian yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan yang terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam serta menyertakan berbagai sumber informasi. Rancangan atau

desain penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Diabetes Mellitus* secara komprehensif dan menyeluruh dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan keperawatan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan klien *Diabetes Mellitus*.

Asuhan Keperawatan adalah suatu tindakan yang dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia secara langsung yang berpegang pada standar keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Diabetes Mellitus adalah penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan dengan ditandai tingginya kadar glukosa darah yang disebabkan gagalnya organ pankreas memproduksi jumlah insulin. Pada *Diabetes Mellitus* dilakukan pemeriksaan gula darah yaitu pemeriksaan gula darah sewaktu atau acak (GDS). Pemeriksaan kadar glukosa acak merupakan pemeriksaan gula darah yang dapat dilakukan kapan saja tanpa perlu berpuasa dan tanpa memperhatikan kapan terakhir makan. Dalam hal ini peneliti melakukan penelitian pada pasien dengan *Diabetes Mellitus* dengan kadar glukosa darah acak ≥ 200 mg/dL yang diperiksa oleh peneliti saat di Ruang Raflesia.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sesuatu yang diteliti atau pihak yang dijadikan sebagai subyek dalam sebuah penelitian. Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 pasien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr Soedomo Trenggalek dengan kriteria :

1. Bersedia menjadi partisipan
2. Pasien Diabetes Mellitus dengan kadar gula darah acak ≥ 200 mg/dL yang baru masuk saat di Ruang Raflesia.
3. Pasien kooperatif bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
4. Pasien dalam kesadaran penuh

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Lokasi dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Diabetes Mellitus* dilaksanakan di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Diabetes Mellitus* dilaksanakan di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 12 Maret 2025 sampai dengan 21 Maret 2025.

3.5 Prosedur pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian yaitu format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, dan alat pengukur (nursing kit).

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Proses pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup (Suryono, 2013).

1) Tahap persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek.
- b) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek

- c) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (Clinical Instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).
- e) Dalam melakukan semua kegiatan peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku

2) Tahap Kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan *Diabetes Mellitus* kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini klien adalah orang yang menderita *Diabetes Mellitus* dan sedang dalam tahap pengobatan. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden, dalam hal ini klien dan keluarga tentang tujuan penelitian dan karena responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati keputusan itu. Dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani *informed consent* serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan– pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti thermometer, stetoskope, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian administrasi RSUD

dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Analisis Data

Analisa data merupakan proses mencari dan menyusun data yang diperoleh secara sistematis dari hasil wawancara, catatan lapangan serta pendokumentasian dengan mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan dipelajari, kemudian membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Nursalam, 2017). Prinsip yang harus dipegang dalam analisis studi kasus adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui analisis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.7 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*), dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2014).

3.7.1 Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah - langkah, serta pendokumentasian sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.7.2 Keteralihan (*Transferability*)

Transferability adalah sejauh mana hasil dari penelitian studi kasus pada suatu subjek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijasikan sebagai perbandingan oleh penulis lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.7.3 Kebergantungan (*Dependability*)

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus.

3.7.4 Kepastian (*Confirmability*)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing

satu, dua dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian harus memenuhi hal – hal sebagai berikut :

3.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Peneliti mendatangi calon responden dan memberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian dan meminta kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila bersedia menjadi responden maka dipersilahkan untuk mendatangi *informed consent*. Apabila tidak bersedia maka peneliti tetap hal itu.

3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Anonymity merupakan etika penelitian dimana peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, tetapi hanya menuliskan nama inisial.

3.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan merupakan informasi yang dikumpulkan dari informasi yang dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Ny. “Y” dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 19 Maret 2025 sampai tanggal 21 Maret 2025. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe C . Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Raflesia memiliki 22 kamar meliputi 3 HCU, 2 tetanus dan kamar 2 A sampai 2 i perawatan kelas III, kamar 1E sampai 1L perawatan kelas III. Penyakit dalam pada Ruang Raflesia terdiri dari penyakit tidak menular dan menular. Penyakit tidak menular yang ada seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, Anemia. Sedangkan penyakit yang menular seperti Hepatitis B.

Identitas Umum

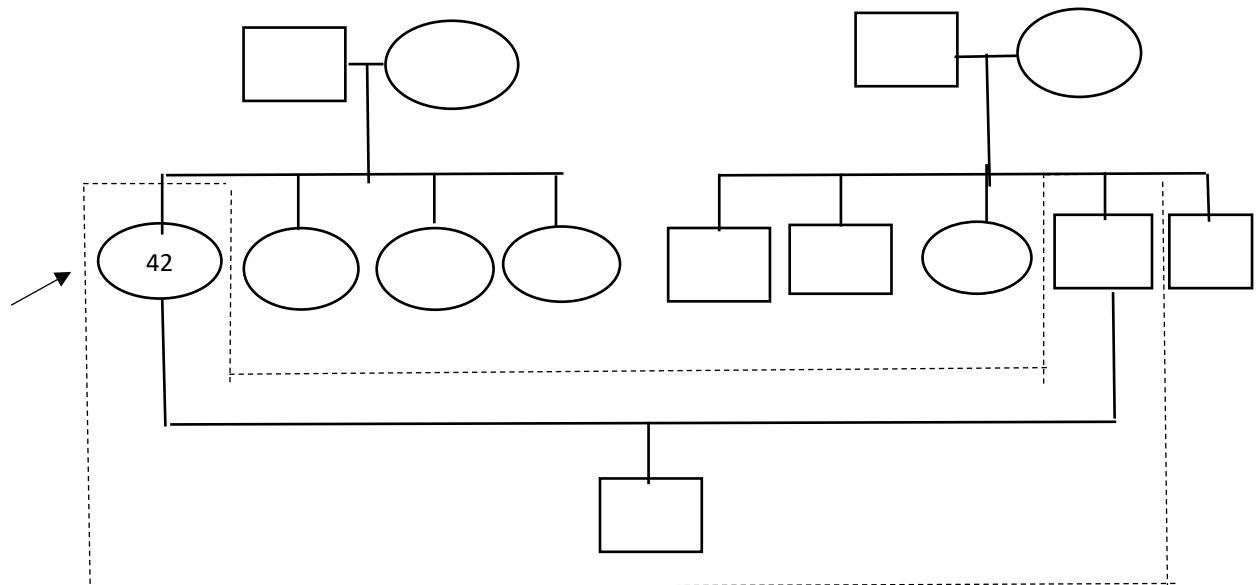
1) Pengkajian

Nama	: Ny. Y
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 42 Tahun
Suku/Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pendidikan Terakhir	: SMK
Pekerjaan	: Wiraswata
Alamat	: Rt 22 Rw 07 Ds. Wonorejo, Kec. Gandusari
Status Perkawinan	: Kawin
Tgl Masuk/Jam Masuk	: 18 Maret 2025 jam 17.00
Ruang/Kelas	: Raflesia/III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	: 19 Maret 2025 Jam 07.00

2) Diagnosa Medis : DM Hiperglikemia

3) Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Klien mengatakan lemas Saat pengkajian : Klien mengatakan masih lemas
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada saat dirumah klien mengatakan lemas, lambung kumat dan merasa mual. Kemudian dibawa ke Puskesmas Gandusari pada tanggal 18 Maret 2025 jam 08.00. Saat dilakukan pemeriksaan gula darahnya 466 mg/dL. Setelah itu klien dirujuk di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 18 Maret 2025 jam 15.00. Saat tiba di RS klien mengatakan lemas, pusing, makan minum sedikit, saat dicek gula darahnya 446 mg/dL. Lalu dipindah di Ruang Raflesia pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 17.00. Saat pengkajian klien mengatakan badan lemas, klien mengatakan mengalami diabetes ± 6 tahun yang lalu, klien mengatakan sering merasa haus, pandangan sedikit kabur, saat dicek gula darah oleh peneliti 385 mg/dl.
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai riwayat asam lambung ± 4 tahun. Klien mengatakan mengalami diabetes ± 6 tahun yang lalu. Klien mengatakan mengonsumsi obat berupa metformin, glemipiride, proglitazen
Riwayat Keluarga	Klien mengatakan ada keturunan <i>Diabetes Mellitus</i> dari ibunya

Genogram :**Keterangan :**

- : Laki - laki
 ○ : Perempuan
 ✕ : Meninggal
 ↗ : Klien
 - - - : Satu rumah

4) Pola Aktivitas Sehari – hari

No.	Aktivitas	Di Rumah	Di RS
1.	Makan & Minum		
	Makan	Klien mengatakan makan 3 kali dengan nasi, sayur dan lauk. Porsi makan di habiskan, klien sering mengonsumsi makanan manis seperti kue manis seperti bolu, bronis.	Pada saat pengkajian klien makan 2 kali dalam 14 jam. Klien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan dari RS. Klien juga mengatakan mual saat makan. Bentuk makanan klien lunak jenis makanan bubur, sayur dan lauk.
	Minum	Klien mengatakan minum air putih ± 1,5 liter / hari. Klien juga mengonsumsi teh manis, es buah dan jus buah	Klien mengatakan minum air putih ± 1 liter selama 14 jam. Klien mengatakan sering merasa haus

2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat BAB rutin setiap pagi 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan	Saat pengkajian klien BAB 1x dalam 14 jam dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Klien BAB menggunakan pispot.
	BAK	Klien mengatakan BAK 5-6x/hari warna BAK kekuning – kuning dengan bauk has urine	Klien mengatakan BAK 3 kali dalam 14 jam dengan warna kekuning – kuning dengan bauk khas urine. Klien BAK menggunakan pispot
3.	Pola Istirahat/Tidur	Klien mengatakan sebelum sakit tidur pukul 21.00 bangun pukul 04.30. klien mengatakan jarang tidur siang. Klien tidur dalam waktu $\pm$ 8 jam	Saat pengkajian klien tidur malam pukul 22.00 bangun pukul 05.00. klien mengatakan terbangun tengah malam karena udaranya panas
4.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan mandi 2x/hari dengan memakai sabun batang, gosok gigi 2x/hari, keramas seminggu 3x	Saat masuk RS klien mengatakan belum disibin dan belum mengganti baju. Klien juga mengatakan belum sikat gigi hanya berkumur dengan air putih setelah makan.

5) Riwayat Psikososial

A. Konsep Diri

Citra diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisi saat ini
Ideal diri	Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini
Harga diri	Klien saat sakit jarang berkumpul dengan tetangga
Peran	Klien berperan sebagai istri dan ibu
Identitas diri :	Klien bernama yermia berusia 42 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat wonorejo

B. Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain

C. Pola Seksual

Klien memiliki suami dari pernikahan tersebut klien mengatakan memiliki 1 anak laki - laki

D. Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke suami untuk mencari jalan keluar

E. Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat berorientasi dengan baik, klien mampu menjelaskan waktu dan tempat
Bahasa Yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Klien mampu diajak bicara dengan lancar tidak cedal
Kemampuan Membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Klien masih mampu mendengar, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya

F. Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah Swt agar segera sembuh

6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	Klien
a. Keadaan umum	K/u lemah kesadaran compos mentis, GCS 456, klien tampak pucat, membran mukosa pucat, klien terpasang infus di tangan sebelah kiri rl 20 tpm, dan terpasang sp.sleding scale
b. Tanda – Tanda Vital	TD : 110/77mmHg N : 103x/menit S : 36,4 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98% BB: 50 Kg

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher	
1) Kepala dan Rambut	Inspeksi : bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam, rambut sedikit rontok Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala
2) Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih, tidak ada tanda – tanda pembuluh darah pecah pada mata Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan Pemeriksaan visus : Pandangan agak kabur
3) Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
4) Hidung	Inspeksi : Tidak ada perdarahan, tidak ada sumbatan pada hidung, tidak ada secret pada lubang hidung Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
5) Mulut	Inspeksi : Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi lengkap, mukosa bibir pucat
6) Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
1) Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi Palpasi : Turgor kulit kembali <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,4 °C
2) Pemeriksaan dada/thorax	
1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 103 x/menit Perkusi : Terdengar bunyi pekak Auskultasi : Bunyi jantung lup dup

2. Pemeriksaan paru	Inspeksi : Simetris kanan kiri, tidak ada retraksi intercostal Palpasi : Fremitus kanan dan kiri sama getarannya Perkusi : Bunyi paru sonor Auskultasi : Tidak terdengar suara nafas tambahan
3. Pemeriksaan payudara	Tidak terdapat masa di daerah payudara, tidak terlihat kelainan pada payudara
4. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan Auskultasi : Bising usus terdengar 16x/menit Perkusi : Terdengar suara tympani Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen
5. Genetalia	Tidak terpasang kateter
6. Ekstremitas	Terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, akral hangat, kekuatan otot
	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
7. Pemeriksaan Neurologis	
Kesadaran/GCS	Kesadaran compos mentis : E4 (Membuka mata dengan spontan), V5 (Orientasi baik mengetahui tempat, waktu, orang), M6 (Dapat mengikuti perintah)
Kemampuan sensorik	Klien dapat membedakan sensori benda halus dan kasar
Kemampuan motoric	Klien dapat mengikuti perintah dengan benar
Reflek	Bisep (+) Trisep (+) Babinski (-) Chaddock (-)
Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Klien dapat mencium bau minyak kayu putih 2. Opticus : Klien dapat membaca tulisan 3. Okulomotorius : Klien dapat membuka mata, dapat memutar bola mata 4. Toklear : Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah 5. Trigeminus : Klien dapat menggerakkan rahang

6.	Abdusen : Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri
7.	Fasialis : Klien mampu mengerutkan dahi
8.	Vestibulacochlear : Klien mampu mendengarkan dengan baik
9.	Glosfaringeus : Klien tidak mengalami kesulitan bicara
10.	Vagus : Klien saat makan tidak mengalami kesulitan makan
11.	Aksesorius : Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan kiri
12.	Hipoglosus : Klien mampu menjulurkan lidah

7) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah Lengkap

Tanggal pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
18 Maret 2025	Hematologi			
	Darah lengkap			
	Hemoglobin	15.5	g/dL	12.5 - 16.0
	Lekosit	8.6	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.5
	Hematokrit H	47.9	%	37.0 – 47.0
	Eritrosit H	5.73	juta/ μL	3.50 – 4.76
	-M C V	83.6	fL	78.0 – 100.0
	-M C H L	27.1	pg	31.0 – 37.0
	-M C H C L	32.5	g/dL	37.0 – 54.0
	RDW - SD	38.1	fL	37.0 – 54.0
	RDW - CV	12.8	%	11.0 – 16.0
	PDW	16.1	fL	9.0 – 17.0
	MVP	11.0	fL	8.0 – 11.0
	Hitung Jenis (DIFF) :			
	-Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.1
	-Eosinofil#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.7
	-Neutrofil#	6.0	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 6.6
	-Limfosit#	2.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 3.5
	-Monosit#	0.3	$10^3/\mu\text{L}$	< 1.0

GULA DARAH			
Glukosa Darah	H 446	mg/dL	< 180.0
FAAL GINJAL			
Ureum	32.0	mg/dL	15.0 – 45.0
Creatinin	L 0.53	mg/dL	0.6 – 1.1
Egfr	129		
FAAL HATI			
SGOT	17.8	U/L	9.0 – 25.0

b. Pemeriksaan gula darah acak

19 maret 2025	
Jam 08.30	GDA : 385 mg/dL
Jam 10.00	GDA : 376 mg/dL
Jam 13.00	GDA : 392 mg/dL
Jam 14.00	GDA : 272 mg/dL
20 Maret 2025	
Jam 10.00	GDA : 307 mg/dL
Jam 13.00	GDA : 241 mg/dL
Jam 14.00	GDA : 233 mg/dL
21 Maret 2025	
Jam 10.00	GDA : 219 mg/dL
Jam 13.00	GDA : 190 mg/dL

8) Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Penatalaksanaan	Obat - obatan	Rute
19 Maret 2025	Infus RL 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 3 x 1 amp	Intravena
	Sp.Sleding Scale Novorapid 50cc	Intravena
20 Maret 2025	Infus RL 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 3 x 1 amp	Intravena
	Sp. Sleding Scale Novorapid 50cc	Intravena
21 Maret 2025	Infus RL 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2 x 1 amp	Intravena
	Santagesik 3 x 1 amp	Intravena
Diet	1900 kalori, protein 75 gr, lemak 45 gr, karbohidrat 275gr ,bentuk makanan lunak	Oral

4.1.3 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : - Klien mengatakan badan lemas - Klien mengatakan mengalami diabetes $\pm$ 6 tahun yang lalu - Klien mengatakan sering merasa haus - Klien mengatakan pandangan sedikit kabur Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Tepasang sp. sleding scale - TTV TD : 110/77 mmHg N : 103x/menit S : 36,4 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98% - Hasil pemeriksaan gula darah acak : 18/03/2025 jam 08.00 : 466 mg/dL - Hasil pemeriksaan gula darah acak oleh peneliti: 19/03/2025 jam 08.30 : 385 mg/dL	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa darah
2.	Ds : - Klien mengatakan badan lemas Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis - Px terlihat lemas hanya berbaring di tempat tidur - Aktivitas ADL px dibantu keluarga seperti makan, mandi dan berpakaian	Intoleransi aktivitas	Kelemahan

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
(1)	19-03-2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah dibuktikan dengan Ds : - Klien mengatakan badan lemas - Klien mengatakan mengalami diabetes $\pm$ 6 tahun yang lalu - Klien mengatakan sering merasa haus - Klien mengatakan pandangan sedikit kabur Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Terpasang sp. sleding scale - TTV - TD : 110/77 mmHg - N : 103x/menit - S : 36,4 °C - RR : 20x/menit - SPO2 : 98% - Hasil pemeriksaan gula darah acak : 18/03/2025 jam 08.00 : 466 mg/dL - Hasil pemeriksaan gula darah acak oleh peneliti : 19/03/2025 jam 08.30 : 385 mg/dL	21-03-2025	
(2)	19-03-2025	Intoleransi aktivitas dengan Kelemahan dibuktikan dengan Ds: - Klien mengatakan badan lemas Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran composmentis	21-03-2025	

-
- Px terlihat lemas hanya berbaring di tempat tidur
 - Aktivitas ADL px dibantu keluarga seperti makan, mandi dan berpakaian
-

4.1.5 Intervensi Keperawatan

No.	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1.	22-03-2023	D.0027	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : (ketidakstabilan kadar glukosa darah L.03022) 1. Lemas menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik (Gula darah acak 80 - 200 mg/dL) 3. Pusing menurun 4. Keluhan lapar menurun 5. Rasa haus menurun 6. Mengantuk menurun	Manajemen Hiperglikemia (1.03115) Observasi (1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (3) Monitor kadar glukosa darah (4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (5) Monitor intake dan output cairan (6) Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi Terapeutik (7) Berikan asupan cairan oral (8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglike ia tetap ada atau memburuk (9) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik Edukasi (1) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL	1) Untuk mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Untuk mengetahui situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3) Untuk mengetahui kadar glukosa darah 4) Untuk mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia 5) Untuk mengetahui intake dan output cairan 6) Untuk mengetahui keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi 7) Untuk mengetahui asupan cairan oral 8) Untuk mengetahui jika tanda dan gejala hiperglike ia tetap ada atau memburuk 9) Untuk mengetahui ambulasi jika ada hipotensi ortostatik 10) Untuk mengetahui anjuran menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 11) Untuk mengetahui kadar glukosa darah secara mandiri	

				(2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri (3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga (4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine (5) Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi (1) Kolaborasi pemberian insulin (2) Kolaborasi pemberian cairan IV (3) Kolaborasi pemberian kalium	12) Untuk mengetahui kepatuhan terhadap diet dan olahraga 13) Untuk mengetahui indikasi dan pentingnya pengujian keton urine 14) Untuk mengetahui pengelolaan diabetes 15) Untuk mengetahui pemberian insulin 16) Untuk mengetahui pemberian cairan IV 17) Untuk mengetahui pemberian kalium
2.	22-03-2023	D.0056	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil : (Toleransi aktivitas L.05047) 1.Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2.Frekuensi nadi membaik 3.Kekuatan tubuh bagian atas membaik 4.Kekuatan tubuh bagian bawah membaik 5.Keluhan Lelah menurun	Manajemen Energi (I. 05178) Observasi (1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (2) Monitor kelelahan fisik dan emosional (3) Monitor pola dan jam tidur (4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik (5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya,suara,kunjungan) (6) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif (7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan	1) Untuk mengetahui adanya atau keluhan fisik 2) Untuk mengetahui atau memantau dan mengelola kelelahan 3) Untuk mengetahui pola tidur atau gangguan tidur 4) Untuk mengetahui lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5) Untuk menciptakan suasana yang tenang dan nyaman agar px merasa rileks 6) Untuk membantu meningkatkan kekuatan otot dan gerak 7) Untuk membantu mengalihkan perhatian dari stress dan kecemasan 8) Untuk membantu px meningkatkan mobilitas

(8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan	9) Untuk membantu mengurangi kelemahan dan meningkatkan energi
Edukasi	10) Untuk memebantu mengurangi resiko kelelahan yang berlebihan
(9) Anjurkan tirah baring	11) Untuk memungkinkan perawat untuk mengatur rencana keperawatan yang tepat untuk mengelola kelelahan
(10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	12) Untuk memebantu mengelola stress dan kecemasan yang dapat menyebabkan kelelahan
(11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	13) Untuk memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup untuk mendukung proses penyembuhan
(12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	
Kolaborasi	
(13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

4.1.6 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan / Implementasi	Tanda Tangan
1.	19-03-2025 08.30	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah	1.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : Ditemukan tanda dan gejala hiperglikemia yaitu kelemahan	
	08.35		2.Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan : - Ranitidine 25 mg/ml - Santagesik 2 mg/ml - Sp. sleding scale 4cc/jam	
	09.00		3.Mengobservasi TTV TD : 109/78 mmHg N : 92x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98%	
	10.00		4. Mengeduksi pengelolaan diabetes dengan mengurangi makanan manis	
	13.00		5. Melakukan pengecekan gula darah Hasil : 376 mg/dl	
	14.00		6.Melakukan pengecekan gula darah Hasil : 392 mg/dl 7.Melakukan pengecekan gula darah Hasil : 272 mg/dl Menjalankan sleding scale 3cc/jam	
2.	19-03-2025 10.15	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	1.Mengidentifikasi adanya keluhan fisik atau lainnya Hasil: klien mengatakan badan terasa lemas	
	10.17		2.Melakukan latihan gerak pasif dan aktif seperti duduk di tempat tidur, dan melakukan mika-miki Hasil: Klien terlihat lemas berbaring di tempat tidur	
	10.20		3.Mengedukasi klien melakukan aktifitas secara bertahap	
	10.25		4.Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak pasif dan aktif	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

No. Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
D.0027	19-03-2025 14.00	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah	S : - Klien mengatakan masih lemas pandangan sedikit kabur O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - TTV TD : 112/78mmHg N : 89x/menit S : 36,3 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98% - GDA : 272 mg/dL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan 3. Mengobservasi TTV 4. Mengedukasi pengelolaan diabetes dengan mengurangi makanan manis 5. Melakukan pengecekan gula darah 3 jam pp
D.0056	19-03-2025 14.05	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Kelemahan	S : - Klien mengatakan masih lemas O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Klien tampak berbaring di tempat tidur A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Melakukan latihan gerak pasif dan aktif 3. Mengedukasi klien melakukan aktifitas secara bertahap 4. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak pasif dan aktif

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
20-03-2025 08.30	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah	1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: Px terlihat agak lemas	S : Klien mengatakan lemas berkurang ,pandangan kabur berkurang
08.35		2. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan - Ranitidine 25 mg/ml - Santagesik 2 mg/ml - Sp. sleding scale jalan 4cc/jam	O : - Keadaan umum cukup - Kesadaran compos mentis - Terpasang sp. sleding scale - TTV
09.00		3. Mengobservasi TTV TD : 119/80 mmHg N : 98x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98%	TD : 116/85 mmHg N : 80x/menit S : 36,6 °C RR : 20x/menit SPO2 : 99% - GDA : 233 mg/dL
10.00		4. Mengecek kadar glukosa darah Hasil: 307 mg/dL	A : Masalah teratasi Sebagian 1.Lemas menurun
13.00		5. Mengecek kadar glukosa darah Hasil: 241 mg/dL Menjalankan sleding scale 2cc/jam	P : Intervensi dilanjut 1. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memeberikan program pengobatan
14.00		6. Mengecek kadar glukosa darah Hasil: 233 mg/dL	2. Melakukan pngecekan gula darah 3 jam pp
20-03-2025 09.10	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya Hasil : Klien mengatakan lemas berkurang	S : - Klien mengatakan lemas berkurang
09.15		2. Melakukan latihan gerak pasif dan aktif seperti duduk di tempat tidur, melakukan mika - miki Hasil : Klien mampu mika-miki dan duduk di tempat tidur dibantu keluarga	O : - Keadaan umum cukup - Kesadaran compos mentis - Klien terlihat duduk di tempat tidur di bantu keluarga
09.20		3. Mengedukasi klien melakukan aktifitas secara bertahap	

09.25		4. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak pasif dan aktif Hasil: keluarga mampu membantu klien	A : Masalah teratasi Sebagian 1. Lemas menurun 2. Keluarga mampu membantu klien melakukan gerak pasif P : Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Melakukan latihan gerak pasif dan aktif 3. Mengedukasi klien melakukan aktivitas secara bertahap
21-03-2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah	1. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan - Ranitidine 25 mg/ml - Santagesik 2 mg/ml	S :
08.30			-Klien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas ,pandangan sudah tidak kabur
09.00		2. Mengobservasi TTV TD : 120/78 mmHg N : 80x/menit S : 36,2 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98%	O :
09.40		7. Mengedukasi klien dalam pengelolaan diabetes : Mengedukasi klien untuk minum obat diabetes secara rutin agar kadar gula darah membaik, mengedukasi klien untuk mengurangi makanan manis	- Keadaan umum baik - Kesadaran compos mentis - TTV TD : 114/83 mmHg N : 82x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit SPO2 : 99% - GDA: 190 mg/dl
10.00		8. Mengecek kadar glukosa darah Hasil: 219 mg/dL	A : Masalah teratasi sebagian 1. Lemas menurun 2. Kadar glukosa darah membaik
13.00		9. Mengecek kadar glukosa darah Hasil: 190 mg/dL	P : Intervensi dihentikan klien KRS pukul 14.00

21-03-2025	Intoleransi aktivitas		S :
09.15	berhubungan dengan kelemahan	1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya Hasil : Klien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas	- Klien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas
09.20		2. Melakukan gerak pasif dan aktif seperti duduk di tempat tidur melakukan mika miki Hasil : Klien mampu mika-miki dan duduk di tempat tidur tidak dibantu	O : - Keadaan umum baik - Kesadaran compos mentis - Klien terlihat duduk di tempat tidur
09.25		3. Mengedukasi klien aktifitas secara bertahap	A : Masalah teratasi sebagian 1.Lemas menurun P : Intervensi dihentikan klien KRS pukul 14.00

4.1.9 Hasil Analisis Fakta dan Teori Asuhan Keperawatan

No.	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	Pengkajian Identitas Pasien Meliputi nama, umur biasanya penderita <i>Diabetes Mellitus</i> tipe 1 berusia kurang dari 30 tahun dan <i>Diabetes Mellitus</i> tipe 2 berusia diatas 40 tahun, jenis kelamin biasanya banyak ditemukan pada perempuan dibanding laki - laki, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui pekerjaannya merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit <i>Diabetes Mellitus</i> , suku/bangsa, status mental, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengakajian, diagnosa medis, dan alamat (Aini & Aridiana, 2016).	Berdasarkan hasil penelitian klien <i>Diabetes Mellitus</i> pada Ny.Y dengan usia 42 tahun, berasal dari suku Jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SMK, bekerja sebagai wiraswata bertempat tinggal di Wonorejo, tanggal masuk ke rumah sakit 18 Maret 2025, tanggal pengkajian 19 Maret 2025.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
2.	Keluhan Utama Pada klien Diabetes Mellitus biasanya mengeluhkan lemas, tampak lesu sebagai akibat dari kelainan metabolisme dari karbohidrat, lemak dan protein (Manurung, 2011)	Klien mengatakan lemas.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
3.	Riwayat Penyakit Sekarang Data ini diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit klien dari sebelum dibawa ke IGD sampai dengan mendapatkan perawatan di ruangan. Pada umumnya klien dengan <i>Diabetes Mellitus</i> akan mengeluh adanya gejala - gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi, dan poliphagia, yang mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan lain yang dapat terjadi berupa kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritis vulva pada wanita dank ram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan luka yang tidak	Pada saat dirumah klien mengatakan lemas, lambung kumat dan merasa mual. Kemudian dibawa ke Puskesmas Gandusari pada tanggal 18 Maret 2025 jam 08.00. Saat dilakukan pemeriksaan gula darahnya 466 mg/dL. Setelah itu klien dirujuk di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 18 Maret 2025 jam 15.00. Saat tiba di RS klien mengatakan lemas, pusing,makan minum sedikit saat dicek gula darahnya 446 mg/dL.Lalu di pindah ke Ruang Ralesia pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 17.00. Saat pengkajian klien mengatakan badan lemas, klien mengatakan mengalami diabetes $\pm$ 6 tahun yang lalu, klien mengatakan sering merasa haus,pandangan sedikit kabur, saat dicek gula darahnya oleh peneliti 385 mg/dL.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

	sembuh - sembuh atau bahkan membusuk menjadi latar belakang penderita dating ke rumah sakit (Manurung, 2018).		
4.	Riwayat Penyakit Dahulu Berisi tentang riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit lain yang mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Pada klien <i>Diabetes Mellitus</i> perlu dikaji adanya riwayat hipertensi, Infark Miokard Akut, Diabetes Gestasional, riwayat obesitas, riwayat mengonsumsi glukosa/karbohidrat berlebih, dan riwayat penggunaan obat-obatan seperti steroid, diuretik (tiazid), dilantin dan penoborbutal. Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama (Purwanto, 2016).	Klien mengatakan mempunyai Riwayat lambung ± 4 tahun, Klien mengatakan mengalami diabetes ± 6 tahun yang lalu. Klien mengatakan mengonsumsi obat berupa metformin, glibenclamide, proglitazen.	Ditemukan kesenjangan antara teori dengan fakta.
5.	Riwayat Penyakit Keluarga Menurut Santi Damayanti 2016, Faktor keturunan atau genetik punya kontribusi yang tidak bisa diremehkan untuk seseorang terserang penyakit diabetes. Menghilangkan faktor genetik sangatlah sulit. Yang bisa dilakukan untuk seseorang bisa terhindar dari <i>Diabetes Mellitus</i> karena sebab genetik adalah dengan memperbaiki pola hidup dan pola makan. Adakah keluarga yang menderita sakit <i>Diabetes Mellitus</i> . Karena penyakit diabetes mellitus adalah penyakit keturunan, maka ada kemungkinan terdapat riwayat anggota keluarga yang pernah menderita penyakit <i>Diabetes Mellitus</i> , Hipertensi, Penyakit ginjal, Stroke dan lain – lain.	Klien mengatakan ada keturunan <i>Diabetes Mellitus</i> dari ibunya	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
6.	Pola Nutrisi dan Cairan Pola nutrisi dan cairan meliputi kebiasaan atau pola makan klien teratur atau tidak dan berapa banyak porsi sekali makan, klien sering makan makanan tambahan atau cemilan terutama yang manis - manis, ada keluhan selalu merasa lapar walaupun sudah banyak makan atau ada keluhan penurunan atau hilang nafsu makan (anoreksia) karena mual atau muntah dan ada	Di Rumah : Makan : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan. Klien sering mengonsumsi makanan manis seperti kue manis seperti bolu, buns. Minum : Klien mengatakan minum air putih ± 1,5 liter / hari. Klien juga kadang mengonsumsi teh manis, jus buah dan es buah.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta.

	keluhan banyak minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).	Di RS Makan : Pada saat pengkajian klien makan 2 kali dalam 14 jam. Klien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang diberikan dari RS. Klien juga mengatakan mual saat makan. Bentuk makanan klien lunak jenis makanan bubur, sayur dan lauk. Minum : Klien mengatakan minum air putih ± 1 liter selama 14 jam. Klien mengatakan sering merasa haus	
7.	Pola Eliminasi Pola eliminasi meliputi frekuensi klien dalam berkemih serta klien mengeluh sering berkemih terutama malam hari, terjadi perubahan pola berkemih (poliuria, nokturia, anuria) (Tarwoto, 2012).	Di Rumah : BAB : Klien mengatakan saat BAB rutin setiap pagi 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan BAK : Klien mengatakan BAK 5-6x/hari warna BAK kekuning – kuningan dengan bauk has urin Di RS : BAB : Saat pengkajian klien BAB 1x dalam 14 jam dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Klien BAB menggunakan pispot. BAK : Klien mengatakan BAK 3 kali dalam 14 jam dengan warna kekuning – kuningan dengan bauk khas urine. Klien BAK menggunakan pispot	Ditemukan kesenjangan antara teori
8.	Pola Istirahat Tidur Pola istirahat dan tidur klien baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang meliputi jumlah waktu klien tidur dan perasaan setelah tidur. Klien biasanya terbangun pada malam hari karena sering berkemih (Tarwoto, 2012).	Di Rumah : Klien mengatakan sebelum sakit tidur pukul 21.00 bangun pukul 04.30. klien mengatakan jarang tidur siang. Klien tidur dalam waktu ± 8 jam Di RS : Saat pengkajian klien tidur malam pukul 22.00 bangun pukul 05.00. klien mengatakan terbangun tengah malam karena udaranya panas	Ditemukan kesenjangan antara teori dengan fakta
9.	Pola kognitif dan sensori persepsi Pengkajian pola kognitif dan sensori meliputi gangguan orientasi pada waktu, tempat dan orang. Biasanya klien menjadi terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran stupor/semi koma (pada tahap lanjut). Klien juga mengalami	Status mental : Klien dapat berorientasi dengan baik, klien mampu menjelaskan waktu dan tempat Bahasa yang digunakan : Klien menggunakan Bahasa Jawa Kemampuan bicara : Klien mampu diajak bicara dengan lancar tidak cedal	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

	pusing/vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012).	Kemampuan membaca : Klien dapat membaca tulisan Pendengaran : Klien masih mampu mendengar, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran Pengetahuan pasien tentang penyakit : Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya Persepsi tentang penyakit : Klien mengatakan penyakitnya timbul karena pola hidupnya yang kurang sehat	
10.	Pola Peran dan Hubungan atau Interaksi Sosial Pola peran dan hubungan tentang persepsi klien terhadap dirinya sehubungan dengan kondisi sekitarnya, hubungan klien dengan perawat, dokter, tim kesehatan lain serta klien lain dan bagaimana penerimaan orang-orang sekitar klien terutama keluarga akan kondisinya saat ini serta dukungan yang diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moril ataupun materil. Biasanya hubungan klien dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial atau menarik diri dari interaksi sosial terutama jika sudah terjadi komplikasi fisik seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan (Nursalam, 2011).	Klien mengatakan klien berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain Citra diri : Klien merasa tidak nyaman dengan kondisi saat ini Ideal diri : Klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini Harga diri : Klien saat sakit jarang berkumpul dengan tetangga Peran : Klien berperan sebagai istri dan ibu Identitas diri : Klien Bernama Kanem berusia 42 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat Wonorejo	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
11.	Pola keyakinan dan nilai Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009).	Klien beragama islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah Swt agar segera sembuh	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
12.	Keadaan Umum Berisi keadaan klien, kesadaran klien, tinggi badan, berat badan dan tanda - tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Suhu dan Respirasi). Menurut Tarwoto (2012) keadaan umum klien <i>Diabetes Mellitus</i> tampak lemas dan lesu, kesadaran composmentis, apatis, stupor atau semikoma pada klien <i>Diabetes Mellitus</i> tahap lanjut, berat badan mengalami penurunan, tekanan darah meningkat dengan jumlah tekanan	Kesadaran compos mentis, GCS 4/5, keadaan umum lemah, klien tampak pucat, membrane mukosa pucat, klien terpasang infus di tangan kiri rl 20 tpm, dan terpasang sp.sleding scale. Tanda – tanda vital : TD : 110/77mmHg N : 103x/menit S : 36,4 °C RR : 20x/menit	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

	sistole > 140 mmHg dan tekanan diastole > 90 mmHg, denyut nadi meningkat dengan jumlah > 110 x/menit, dan frekuensi pernafasan lebih dari 24 x/menit jika terdapat komplikasi.	SPO2 : 98%	
13.	Pemeriksaan kepala dan leher Pada pemeriksaan kepala, rambut tipis dan mudah rontok, leher tidak ditemukan adanya gangguan. Biasanya ditemukan gangguan pada penglihatan yang disebabkan adanya katarak, glukoma (peningkatan bola mata) dan retinopati. Lidah klien <i>Diabetes Mellitus</i> terasa membesar atau lebar dan kadang timbul gangguan rasa pengecap, mulut terasa kering karena ludah yang mengental, gigi pada klien <i>Diabetes Mellitus</i> mudah goyang dan lepas, gusi mudah mengalami infeksi, kadang-kadang bernanah dan bengkak serta bau mulut yang tidak sedap (Aini & Aridiana, 2016).	Kepala dan rambut Inspeksi : bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala Mata Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih, tidak ada tanda – tanda pembuluh darah pecah pada mata Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan Pemeriksaan visus : Pandangan sedikit kabur Telinga Inspeksi : telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan Hidung Inspeksi : Tidak ada perdarahan, tidak ada sumbatan pada hidung, tidak ada secret pada lubang hidung Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan Mulut Inspeksi : Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi lengkap, mukosa bibir pucat	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

		Leher Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid	
14.	Pemeriksaan Sistem Kardiovaskuler Menurut (Purwanto, 2016) terjadi takikardia atau nadi lemah bahkan tidak ada, tekanan darah mengalami perubahan bisa terjadi hipertensi dengan jumlah tekanan tekanan sistole > 140 mmHg dan tekanan diastole > 90 mmHg atau hipotensi dengan jumlah tekanan darah sistole.	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5 Perkusi : Terdengar bunyi pekak Auskultasi : Bunyi jantung lup dup TD: 110/77mmHg N : 103x/menit	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
15.	Pemeriksaan Sistem Pernafasan Menurut Tarwoto (2012) pada sistem pernafasan terdapat bau nafas seperti keton, adanya sesak nafas, batuk dengan atau tanpa spuntum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak), frekuensi pernafasan meningkat dengan jumlah RR lebih dari 24 x/menit.	Inspeksi : Simetris kanan kiri, tidak ada retraksi intercostal Palpasi : Fremitus kanan dan kiri sama getarannya Perkusi : Bunyi paru sonor Auskultasi : Tidak terdengar suara nafas tambahan	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
16.	Pemeriksaan Abdomen Menurut (Purwanto, 2016), Pada pasien Diabetes Mellitus pemeriksaan abdomen dapat ditemukan data saat inspeksi bentuk abdomen simetris, saat diauskultasi bising usus terdengar lemah/menurun, saat dilakukan palpasi terdapat nyeri perut dan kekakuan/distensi abdomen, saat diperkusi terdengar hypertimpani/kembung karena adanya pengaruh neuropati pada gastrointestinal.	Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan Auskultasi : Bising usus terdengar 16x/menit Perkusi : Terdengar suara tympani Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.
17.	Pemeriksaan Ekstremitas Pada ekstremitas biasanya terjadi penurunan tonus otot dan kekuatan otot, adanya kesemutan atau rasa berat pada tungkai, dan terdapat ulkus pada kaki (Purwanto, 2016).	Terdapat infus RL 20 tpm ditangan kiri, akral hangat, kekuatan otot 5 5 5 5 5 5	Ditemukan kesenjangan antara teori
18.	Pemeriksaan Integumen Menurut Purwanto (2016) pada sistem integumen ditemukan turgor kulit menurun/jelek, akral teraba dingin dan kerusakan integritas kulit, adanya lesi/ulserasi/ulkus diabetikum. Kulit	Inspeksi : kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi Palpasi : Turgor kulit kembali <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,4 °C	Ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta.

terasa kering dan kemerahan. Terdapat demam dan diaphoresis (keluar keringat banyak) jika klien mengalami infeksi.

19. Pemeriksaan Penunjang

1) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) memanjang antara 100-125 mg/dl (5,6 – 6,9 mmol/L)

2) Gula darah sewaktu/acak > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)

3) Gula darah puasa normal (70 – 115 mg/dl) atau diatas normal ($\geq$ 120 mg/dl)

4) Gula darah dua jam post prandial (PP) lebih dari 140 mg/dl

5) Essei hemoglobin glikolisat diatas rentang normal (normal : 5-6%)

6) Urinalisis positif terhadap glukosa dan keton, berat jenis dan osmolalitas urine mungkin meningkat

7) Kolestrol dan trigliserida serum dapat meningkat

8) Elektrolit :

1. Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun

2. Kalium : mungkin normal atau terjadi peningkatan semu akibat perpindahan seluler, selanjutnya akan menurun

3. Fosfor : lebih sering menurun

9) Gas darah arteri: biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

10) Trombosit darah : Ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis : hemokonsentrasi merupakan respon terhadap stress atau infeksi.

11) Ureum atau kreatinin: mungkin meningkat atau normal (dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal).

12) Amilase darah: mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab dari DKA.

Pemeriksaan gula darah acak

19 Maret 2025	
Jam 08.30	GDA : 385mg/dL
Jam 10.00	GDA : 375mg/dL
Jam 13.00	GDA : 392 mg/dL
Jam 14.00	GDA : 272mg/dL
20 Maret 2025	
Jam 10.00	GDA: 307 mg/dL
Jam 13.00	GDA : 241 mg/dL
Jam 14.00	GDA : 233mg/dL
21 Maret 2025	
Jam 10.00	GDA : 219 mg/dL
Jam 13.00	GDA : 190mg/dL

Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

- 13) Insulin darah: mungkin menurun atau bahkan sampai tidak ada (pada tipe 1) atau normal sampai tinggi (pada tipe 2) yang mengindikasikan insufisiensi insulin atau gangguan dalam penggunaannya (endogen/eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibody.
- 14) Pemeriksaan fungsi tiroid: peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.
- 15) Urine : gula dan aseton positif: berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.
- 16) Kultur dan sensitivitas: kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pernafasan dan infeksi pada luka.

Sumber : (Tjandra, 2009)

20.	Diagnosa Keperawatan Diagnosa keperawatan pada klien Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut : 1. Defisit nutrisi 2. Gangguan integritas jaringan / jaringan 3. Perfusi Perifer Tidak Efektif 4. Nyeri akut 5. Ketidakstabilan kadar glukosa darah 6. Gangguan mobilitas fisik	1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
21.	Intervensi Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).	1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi insulin dalam tubuh Tujuan dan Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : (ketidakstabilan kadar glukosa darah L.03022) 1.Lemas menurun 2.Kadar glukosa dalam darah membaik gula darah acak 80 - 200 mg/dL)	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

-
3. Pusing menurun
 4. Mengantuk menurun
 5. Rasa haus menurun
 6. Keluhan lapar menurun

Rencana Tindakan

Observasi

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
3. Monitor kadar glukosa darah
4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
5. Monitor intake dan output cairan
6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

7. Berikan asupan cairan oral
8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
9. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

10. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
 11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
 12. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
 13. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine
 14. Ajarkan pengelolaan diabetes
-

Kolaborasi

15. Kolaborasi pemberian insulin
16. Kolaborasi pemberian cairan IV
17. Kolaborasi pemberian kalium

2. Intoleransi Aktivitas berhubungan Kelemahan

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil :

(Toleransi aktivitas L.05047)

1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari
2. Frekuensi nadi membaik
3. Keluhan lemas menurun
4. Kekuatan tubuh bagian atas membaik
5. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik

Rencana Tindakan :

Observasi

- (8) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- (9) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- (10) Monitor pola jam tidur
- (11) Monitor Lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- (12) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
 - (13) Lakukan latihan gerak pasif atau aktif
 - (14) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - (15) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur
-

	(16)	
	Edukasi	
	(17) Anjurkan tirah baring	
	(18) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
	(19) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang	
	(20) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan	
	Kolaborasi	
	(21) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
22. Implementasi	Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Rofifah, 2019) 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah 1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Hasil : Ditemukan tanda dan gejala hiperglikemia yaitu kelemahan 2. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan : - Ranitidine (25 mg/ml) - Santagesik (2 mg/ml) - Sp. sleding scale 4cc/jam 3. Mengobservasi TTV TD : 109/78 mmHg N : 80x/menit S : 36,5 °C RR : 20x/menit SPO2 : 98% 4. Mengedukasi pengelolaan diabetes dengan mengurangi makanan manis	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

5. Melakukan pengecekan gula darah

Hasil : 376 mg/dL

6. Melakukan pengecekan gula darah

Hasil: 392mg/dl

7. Melakukan pengecekan gula darah

Hasil: 272mg/dl

Menjelankan sp.sleding scale 3cc/jam

2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik atau lainnya

Hasil : Klien mengatakan badan terasa lemas

2. Melakukan latihan gerak pasif dan aktif, seperti duduk di tempat tidur dan mika-miki

Hasil: Klien terlihat lemas berbaring di tempat tidur

3. Megedukasi klien melakukan aktifitas secara bertahap

4. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak pasif dan aktif

23.	Evaluasi Keperawatan	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap - tahan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatankita menggunakan SOAP, yaitu : 1) S (<i>Subyektif</i>) : yaitu keluhan - keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien). 2) O (<i>Obyektif</i>) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat. 3) A (<i>Analisis</i>) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien 4) (<i>Planning</i>) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.		1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah S : Klien mengatakan masih lemas, pandangan sedikit kabur O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - TTV - TD : 125/85 mmHg - N : 102x/menit - S : 36,3 °C - RR : 20x/menit - SPO2 : 98% - GDA : 272 mg/dL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 2. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan 3. Mengobservasi ttv 4. Mengedukasi pengelolaan diabetes dengan mengurangi makanan manis 5. Melakukan pengecekan gula darah 3 jam pp

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

S :

- Klien mengatakan masih lemas

O :

- Keadaan umum lemah
- Kesadaran compos mentis
- Klien tampak berbaring di tempat tidur

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya
 2. Melakukan latihan gerak pasif dan aktif
 3. Mengedukasi kepada klien melakukan aktifitas fisik secara bertahap
 4. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak pasif dan aktif
-

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian riwayat penyakit dahulu, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan system pernafasan, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan ekstremitas, dan pemeriksaan integumen.

1) Riwayat penyakit dahulu

Setelah peneliti melakukan penelitian pada Ny. Y Klien mengatakan mempunyai Riwayat lambung $\pm$ 4 tahun, Klien mengatakan mengalami diabetes $\pm$ 6 tahun yang lalu. Klien mengatakan mengonsumsi obat berupa metformin, glemipiride, proglitazen.

Secara teori berisi tentang riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit lain yang mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Pada klien *Diabetes Mellitus* perlu dikaji adanya riwayat hipertensi, Infark Miokard Akut, Diabetes Gestasional, riwayat obesitas, riwayat mengonsumsi glukosa/karbohidrat berlebih, dan riwayat penggunaan obat-obatan seperti steroid, diuretik (tiazid), dilantin dan penoborbital. Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama (Purwanto, 2016).

Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pasien tidak memiliki riwayat keluarga dengan penyakit lain yang terkait dengan Diabetes

mellitus. Serta pasien memiliki gaya hidup yang sehat, seperti aktivitas fisik yang teratur mengelola stres dengan baik dan juga lingkungan yang mendukung, seperti dukungan keluarga, lingkungan yang aman dan nyaman untuk beraktivitas. Sehingga, pasien dapat mengurangi risiko memiliki 2 atau lebih penyakit yang terkait dengan Diabetes mellitus.

2) Pola eliminasi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan Di Rumah klien mengatakan BAK 5-6x/hari warna BAK kekuning – kuning dengan bau khas urin. Di Rumah Sakit klien mengatakan BAK 3 kali dalam 14 jam dengan warna kekuning – kuning dengan bau khas urine.

Secara teori menurut (Tarwoto, 2012). pola eliminasi meliputi frekuensi klien dalam berkemih serta klien mengeluh sering berkemih terutama malam hari, terjadi perubahan pola berkemih (poliuria, nokturia, anuria).

Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa klien dengan *Diabetes Mellitus* tidak selalu mengalami gangguan pada pola eliminasinya. Hal ini pada klien mungkin karena sudah mendapatkan terapi dari Rumah Sakit.

3) Pola Istirahat Tidur

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan di rumah klien mengatakan sebelum sakit tidur pukul 21.00 bangun pukul 04.30. klien mengatakan jarang tidur siang. Klien tidur dalam waktu

± 8 jam. Sedangkan Ketika di Rumah Sakit klien tidur malam pukul 22.00 bangun pukul 05.00. klien mengatakan terbangun tengah malam karena udaranya panas.

Secara teori, pola istirahat dan tidur klien baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang meliputi berapa jam klien tidur dan perasaan setelah tidur. Klien biasanya terbangun pada malam hari karena sering berkemih (Tarwoto, 2012).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta dalam hal ini peneliti berpendapat tidak selalu mengalami gangguan pada pola istirahat tidur, seperti sering berkemih pada malam hari. Hal ini pada klien mungkin karena sudah mendapatkan terapi dari Rumah Sakit sehingga poliuri (sering buang air kecil) berkurang dan tidak mengganggu pola tidur klien pada malam hari karena sering berkemih.

4) Pola kognitif dan sensori persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan fakta bahwa klien dapat berorientasi dengan baik, klien mampu menjelaskan waktu dan tempat, klien menggunakan bahasa jawa, klien mampu diajak bicara dengan lancar tidak cedal, klien dapat membaca tulisan, klien masih mampu mendengar, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Menurut (Tarwoto, 2012), pengkajian pola kognitif dan sensori meliputi gangguan orientasi pada waktu, tempat dan orang. Biasanya klien menjadi terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran

stupor/semi koma (pada tahap lanjut). Klien juga mengalami pusing/vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia dan gangguan penglihatan.

Menurut peneliti uraian tersebut didapatkan ada kesenjangan antara fakta dan teori. Penulis berpendapat klien mendapatkan penanganan efektif, seperti rutin mengonsumsi obat anti diabetik di rumah dan juga cepat mendapatkan penanganan. Penanganan yang efektif membantu menjaga kadar gula darah tetap terkontrol sebelumnya, sehingga mencegah terjadinya hiperglikemia yang parah atau hipoglikemia yang keduanya bisa menyebabkan disorientasi atau penurunan kesadaran.

5) Pemeriksaan kepala dan leher

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien pada pemeriksaan kepala bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam, rambut sedikit rontok leher tidak ditemukan adanya gangguan. Pada pemeriksaan mata pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih, tidak ada tanda – tanda pembuluh darah pecah pada mata. Keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi lengkap, mukosa bibir pucat.

Secara teori pada pemeriksaan kepala, rambut tipis dan mudah rontok, leher tidak ditemukan adanya gangguan. Biasanya ditemukan gangguan pada penglihatan yang disebabkan adanya katarak, glukoma (peningkatan bola mata) dan retinopati. Lidah klien *Diabetes Mellitus* terasa membesar atau lebar dan kadang timbul gangguan rasa

pengecapan, mulut terasa kering karena ludah yang mengental, gigi pada klien *Diabetes Mellitus* mudah goyang dan lepas, gusi mudah mengalami infeksi, kadang-kadang bernanah dan bengkak serta bau mulut yang tidak sedap (Aini & Aridiana, 2016).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Karena, pasien memiliki kadar gula darah yang terkontrol dengan baik sebelumnya dan juga pasien mendapatkan pengobatan yang efektif seperti pasien rutin minum obat anti diabetik.

6) Pemeriksaan system pernafasan

Berdasarkan pengkajian didapatkan klien pada pemeriksaan paru-paru, inspeksi simetris kanan kiri, tidak ada retraksi intercostal palpasi fremitus kanan dan kiri sama getarannya perkusi bunyi paru sonor auskultasi tidak terdengar suara nafas tambahan RR 20x/menit.

Menurut Tarwoto (2012) pada sistem pernafasan terdapat bau nafas seperti keton, adanya sesak nafas, batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak), frekuensi pernafasan meningkat dengan jumlah RR lebih dari 24 x/menit.

Menurut peneliti uraian tersebut didapatkan ada kesenjangan antara fakta dan teori. Karena pasien yang tidak memiliki komplikasi mungkin tidak akan mengalami peningkatan frekuensi pernafasan.

7) Pemeriksaan Abdomen

Berdasarkan pengkajian didapatkan klien pada pemeriksaan abdomen inspeksi bentuk abdomen simetris, tidak ada benjolan, auskultasi bising usus terdengar 16x/menit perkusi terdengar suara tympani,

palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

Menurut (Purwanto, 2016), Pada pasien Diabetes Mellitus pemeriksaan abdomen dapat ditemukan data saat inspeksi bentuk abdomen simetris, saat diauskultasi bising usus terdengar lemah/menurun, saat dilakukan palpasi terdapat nyeri perut dan kekakuan/distensi abdomen, saat diperkusi terdengar hypertimpani/kembung karena adanya pengaruh neuropati pada gastrointestinal.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa tidak semua pasien Diabetes melitus mengalami komplikasi, karena pasien melakukan pengobatan rutin sehingga kadar gula darah pasien dapat terkontrol dengan baik dan dapat mencegah resiko komplikasi .

8) Pemeriksaan Ekstremitas

Berdasarkan data pengkajian didapatkan terpasang infus RL 20 tpm ditangan kanan, akral hangat, kekuatan otot

5		5
5		5

Secara teori pada ekstremitas biasanya terjadi penurunan tonus otot dan kekuatan otot, adanya kesemutan atau rasa berat pada tungkai, dan terdapat ulkus pada kaki (Purwanto, 2016).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa, pasien mendapatkan pengobatan yang efektif seperti pasien rutin minum obat anti diabetik, mengontrol gula darah sehingga dapat dicegah atau memperlambat perkembanganya

menyerang saraf motorik, yang akan mengakibatkan kesemutan, rasa berat pada kaki atau penurunan kekuatan otot pada klien .

9) Pemeriksaan Integumen

Berdasarkan data pengkajian didapatkan inspeksi : kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi, palpasi : Turgor kulit kembali <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,4 °C.

Secara teori, menurut Purwanto (2016) pada sistem integumen ditemukan turgor kulit menurun/jelek, akral teraba dingin dan kerusakan integritas kulit, adanya lesi/ulserasi/ulkus diabetikum. Kulit terasa kering dan kemerahan. Terdapat demam dan diaphoresis (keluar keringat banyak) jika klien mengalami infeksi.

Dari uraian tersebut ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta . Penulis berpendapat pada klien tidak terjadi kekurangan cairan atau dehidrasi karena pasien minum kurang lebih 1 liter dalam 14 jam dan intake klien tercukupi, sehingga turgor kulit normal dan tidak terjadi kerusakan integritas kulit (ulkus).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien diabetes mellitus, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah defisit nutrisi, gangguan integritas jaringan/kulit, perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik.

Dari uraian tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa sedangkan secara teori klien dengan Diabetes Mellitus diagnosa yang muncul ada 6. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien Diabetes Mellitus disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2018.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 19 Maret 2025 sampai 21 Maret 2025.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Rofifah, 2019).

Peneliti berpendapat bahwa pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan peneliti berdasarkan intervensi yang disusun sesuai teori, akan tetapi tidak semua intervensi diimplementasikan hanya dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada waktu dilakukan evaluasi selama 3 hari klien belum maksimal menunjukkan tanda - tanda perbaikan secara optimal. Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari.

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap - tahan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada evaluasi. Peneliti sebelumnya melakukan evaluasi selama 3 hari dengan SOAP hasil catatan perkembangan masalah teratasi sebagian dikarenakan klien membutuhkan perawatan secara optimal dan pengobatan yang teratur, untuk menjaga kestabilan gula darah menjadi normal. Dan kondisi klien masih mampu memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh tubuh sehingga tidak muncul masalah lain pada klien dan masih dapat mempertahankan akibat yang timbul dari penyakit Diabetes Mellitus.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek selama tiga hari yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian tidak semua tanda dan gejala muncul pada klien, dikarenakan ada faktor lain yang bisa mempengaruhi mekanisme pertahanan tubuh klien. Setelah dilakukan penelitian klien didapatkan perbedaan antara teori dan fakta yaitu riwayat penyakit dahulu, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan system pernafasan, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan ekstremitas, dan pemeriksaan integumen. Menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain dan pemberian terapi yang tepat yang melatarbelakangi tidak terjadinya komplikasi.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini adalah klien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pada konsep teori Diabetes Mellitus terdapat

beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan .

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori - teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum klien sudah mengalami perbaikan kondisi yaitu peningkatan melakukan aktivitas fisik secara bertahap dan gula darah yang mulai turun mendekati nilai normal. Penelitian dilakukan selama 3 hari dan perkembangan klien cukup meskipun belum mencapai hasil yang maksimal karena proses penyembuhan penyakit Diabetes Mellitus memerlukan waktu yang tidak singkat.

5.1.6 Analisa

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus yang telah dilakukan, peneliti menganalisa klien tersebut dengan hasil terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian

dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian didapatkan kesenjangan pada riwayat penyakit dahulu, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan sensori persepsi, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan system pernafasan, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan ekstremitas, dan pemeriksaan integumen. Sedangkan pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan bahwa tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan diharapkan mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes mellitus.

5.2.2 Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan dapat melaksanakan tindakan mandiri perawat secara optimal jangan hanya tindakan medis, dan memperhatikan dalam dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian buka bersifat rutinitas karena tindakan mandiri dan dokumentasi yang jelas dan akurat dari perawat juga dapat memberikan perubahan yang baik terutama klien diabetes mellitus, sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi.

5.2.3 Bagi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada klien yang mengalami diabetes mellitus.

5.2.4 Bagi Klien

Diharapkan klien memahami pentingnya proses pemulihan dimana memerlukan waktu secara bertahap, maka klien harus mengikuti anjuran dan mengubah pola hidup yang sehat sesuai anjuran dalam asuhan keperawatan dan sering kontrol ke puskesmas terdekat maupun kerumah sakit.

5.2.5 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diabetes melitus.

5.2.6 Bagi peneliti yang akan datang

Hasil penelitian ini masih sangat sederhana sehingga belum mampu menggambarkan suatu hasil yang maksimal, untuk peneliti selanjutnya diharapkan bisa melanjutkan penelitian ini yang lebih mendalam sehingga hasil penelitian menjadi semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini & Aridiana. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Salemba Medika.
- Aridiana, N. (2016). In: *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan Nanda NIC NOC*. Jakarta: Salemba Medika.
- Association, A. D. (2021). Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(1).
- Auliza Ramadona, E. R. (2021). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Munculnya Gejala Neuropati Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Andalas. *Jurnal Farmasi Higea*, Vol. 13, No. 1, 2021, 14.
- Bruner, & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dinkes Jatim. (2022). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2022
- Desyani Ariza, S. M. (2021). *Profil Anemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Penderita Nefropati Diabetik*. Jogjakarta: PENERBIT KBM INDONESIA.
- FKUI. (2007). *Pedoman Diet Diabetes Mellitus*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *J MAJORITY | Volume 4 Nomor 5 Februari 2015*, 99. Retrieved from https://www.academia.edu/download/54660788/jurnal_diabetes_type_2
- Gitarja, W. (2017) *Perawatan Luka Diabetes (Edisi 2)*. Bogor: Wocare Pulishing.
- Hardianto, D. (2020). Telaah Komprehensif Diabetes Melitus : Klasifikasi, Gejala, Diagnosis, Pencegahan, Dan Pengobatan. *Jurnal Bioteknologi & Biosains Indonesia*, 308. doi:10.29122/jbbi.v7i2.4209
- Hasanat & Ningrum, (2010). *Studi Kasus : Penatalaksanaan Diabetes Self Management Education (DSME) Terhadap Kadar Glukosa Darah pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. *Jurnal Keperawatan*, 20(4), 128-137. <https://doi.org/10.35874/jkp.v20i4.1111>
- IDF. (2022). International Diabetes Federation. In *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.013>
- Kristanto, V. H. (2018). *Metodologi Penelitian Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI)*. Yogyakarta: Deepublish.

- Kemenkes RI. (2022). InfoDATIN 2022 (p.8). Kemenkes RI
- Karthikeyan, T. &. (2015). An Analytical Study on Early Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *In International Journal of Computer Application (Vol. 5)*.
- Kurniawan, L. B. (2016). Patofisiologi, Skrining dan Diagnosis Laboratorium Diabetes Melitus Gestasional. *Cermin Dunia Kedokteran*, 43(11). doi:10.55175/cdk.v43i11.884
- LeMone, P. M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 5 Vol 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lafina Widiastuti, N. I. (2022). Upaya Menurunkan Nyeri Melalui Senam Ergonomis dan Pemberian Rebusan Daun Sirsak Pasien Gout Arthritis di Desa Sekaran. *Indonesian Journal On Medical Science – Volume 9 No. 1 – Januari 2022*, 1-8. doi:10.55181/ijms.v9i1.361
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep Mind Mapping dan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Muh. Fitrah, M. &. (2017). *Metodologi Penelitian ; Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas & Studi Kasus*. Jawa Barat: CV Jejak.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- PERKENI. (2015). *Pengelolaan & Pencegahan Diabetes Melitus tipe 2 Di Indonesia 2015*. Jakarta: Author.
- Putri, R. I. (2015). Faktor Determinan Nefropati Diabetik Pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD dr. M. Soewandhie Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 3, No. 1 Januari 2015: 109–121, 110-111. doi:10.20473/jbe.V3I12015.109-121
- PPNI. (2018). *Standar Giagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Pemersatu Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Pemersatu Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Pemersatu Perawat Nasional Indonesia.

- Purwanto, H. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Pusdik SM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Rofifah, N. (2019). *Implementasi Keperawatan pada Perawat di Puskesmas Pembantu Rongga Wilayah Gunung Halu Kabupaten Bandung Barat : Studi Kasus*. Bandung: Repository.
- Rosyada. (2013). *Diabetes Melitus: Riview Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan*.
- Sukmawaty, M. N. (2021). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Penderita Diabetes Mellitus Di Puskesmas Martapura 2 Kabupaten Banjar. *Jurnal Ilmu Kesehatan Insan Sehat Vol . 9 Nomor. 2*, 128. doi:10.54004/jikis.v9i2.41
- Stevani, H. B. (2017). Efektivitas Rebusan Daun Kersen (*Muntingia Calabura L*) Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Mencit (*Mus MUsculus*). *Jurnal Kesehatan, 1 (1)*.
- Santi Damayanti, S. (2016). *Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suara, M. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Supriyadi. (2017). *Panduan Praktis Skrining Kaki Diabetes Mellitus*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Smeltzer, S. C. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. 8 ed. Jakarta: EGC.
- Suryono, A. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Soegondo, Soewondo & Subekti (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 11*. V ed. Jakarta: Interna Publishing.
- Tandra, H. (2013). *Life Healthy With Diabetes*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Tandra, H. (2015). *Diabetes Bisa Sembuh Petunjuk Praktik Mengalahkan dan Menyembuhkan Diabetes*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Tarwoto, W. T. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: CV Trans Info Media.

- Tholib, A. M. (2016). *Buku Pintar Perawatan Luka Diabetes Mellitus*. Jakarta: Salemba Medika.
- Venesia Pengan, H. J. (2014). Kecenderungan Penderita Retinopati Diabetik. *Jurnal e-CliniC (eCl)*, Volume 2, Nomor 2, Juli 2014. doi:10.35790/ecl.v2i2.5099
- Waspadji. (2014). Upaya Penanganan dan Perilaku Pasien Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Maradekaya Kota Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin Makassar*.
- Wijaya, (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Keperawatan*. 4 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Yuhelma, Hasneli, Y., & Nauli, F. A. (2013). Identifikasi Analisis Komplikasi Makrovaskuler dan Mikrovaskuler Pada Pasien Diabetes Mellitus. 574.
- Yulastri, (2013). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: AR Ruzz Media

Lampiran 1



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 12 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 110 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Poltekkes Kemenkes Malang
di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/101/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **ELGA DARA NINGGAR**
NIM : P17240224086
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid Pengembangan dan Pengendalian

SUJONO SST, M Kes
Pembina
NIP. 197410201990031003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip

Lampiran 2



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/101/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : ELGA DARA NINGGAR

NIM : P17240224086

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Raflesia

3. Peneliti.

Lampiran3

LEMBAR INFORMED CONSENT

Nama saya Elga dara Ninggar NIM P17240223040 Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**” dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda Tangan



YERNIA

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Elga Dara N yang berjudul **Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**, saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek,

2025



(.....*TERMIA*.....)

Lampiran 5**FORMAT****ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH****DISUSUN OLEH :****NAMA :****N I M :**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK
TRENGGALEK**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA
MANUSIA KESEHATAN**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



-KampusUtama : Jl.BesarJen No. 77 C MALANG 65112 Telp.(0341) 556746
 -Kampus I : Jl.Srikoyo No. 106 JEMBER Telp.(0331) 486613
 -Kampus II : Jl.A. YaniSumberporong LAWANG Telp.(0341) 427847
 -Kampus III : Jl.Dr. Soetomo No. 56 BLITAR 66133 Telp.(0342) 801043
 -Kampus IV : Jl.KH. WakhidHasyim No. 64B KEDIRI Telp.(0354) 773095
 -Kampus V : Jl.Dr. Soetomo No.5 TRENGGALEK Telp.(0355) 791293
 -Kampus VI : Jl.Dr. Ciptomangunkusumo No.82A PONOROGO Telp.(0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

- ☐ Nama :
- ☐ Jenis kelamin :
- ☐ Umur :
- ☐ Status perkawinan :
- ☐ Pekerjaan :
- ☐ Agama :
- ☐ Pendidikan terakhir :
- ☐ Alamat :
- ☐ Tanggal/Jam MRS :
- ☐ Tanggal/Jam pengkajian :

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (P Q R S T)

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram :

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		
b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri :

Ideal diri :

Harga diri :

Peran :

Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

C. Pola seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Status mental :

Pola komunikasi :

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh :

Nadi :

Tekanan darah :

Respirasi
:

SpO2 :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut

a) Bentuk Kepala

Ubun-ubun :

Kulit kepala :

b) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut :

Bau :

Warna :

c) Wajah

Warna kulit

Struktur wajah :

2. Mata

a) Kelengkapan dan kesimetrisan :

b) Kelopak mata (Palpera) :

c) Konjungtiva sdan sclera :

d) Pupil :

e) Kornea dan iris :

f) Pergerakan bola mata :

g) Ketajaman penglihatan / visus *) :

h) Medan penglihatan :

i) Tekanan bola mata *) :

3. Hidung

- a) Tulang hidung dan posisi septum nasi :
- b) Lubang hidung :
- c) Cuping hidung :

4. Telinga

- a) Bentuk telinga :
- b) Ukuran telinga :
- c) Lubang telinga :
- d) Pemeriksaan pendengaran :

5. Mulut dan faring

- a) Keadaan bibir :
- b) Keadaan gusi dan gigi :
- c) Keadaan lidah :

d) Faring :

6. Leher :

a) Posisi trakea :

b) Tiroid :

c) Suara ucapan :

d) Kelenjar limphe :

e) Vena jugularis :

f) Denyut nadi carotis :

d. Pemeriksaan integumen :

Inspeksi :

Palpasi :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

1. Pemeriksaan jantung

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

2. Pemeriksaan Paru

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

g. Abdoment :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia :

Inspeksi :

Palpasi :

i. Ekstremitas :

Inspeksi :

Palpasi :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kemampuan sensorik :

Kemampuan motorik :

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

b) Refleks patologis :

Nervus cranialis :

a) Nervus I (Olfaktorius) :

- b) Nervus II (Optikus) :
- c) Nervus III (Okulomotorius) :
- d) Nervus IV (Troklearis) :
- e) Nervus V (Trigeminus) :
- f) Nervus VI (Abdusen) :
- g) Nervus VII (Fasialis) :
- h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) :
- i) Nervus IX (Glosfaringeus) :
- j) Nervus X (Vagus) :
- k) Nervus XI (Aksesorius) :
- l) Nervus XII (Hipoglossus) :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek,

Pembimbing

2025

ANALISA DATA**NAMA PASIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO.	D A T A	M A S A L A H	E T I O L O G I

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG :****RUANG :**

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG. :****RUANG :**

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)

Lampiran 6



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Elga Dara Ninggar
NIM : P17240224086
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	20-01-2025	- Konsultasi judul penelitian - ACC judul - Konsul alenia 1 - Revisi alenia 1 Bab 1 tambahkan konsep penting askep untuk mengatasi masalah DM	
2.	22-01-2025	- Alenia 2 diganti mulai dengan tahun 2022 - Revisi alenia 3 bab 1 dijelaskan berkaitan dengan proses terjadinya DM	
3.	23-01-2025	- Alenia 4 isinya penjelasan farmakologi dan non farmakologi - Tambahkan penjelasan peran perawat apa saja ril tindakannya	

4.	25-01-2025	• Acc bab 1 lanjut bab 2	
5.	03-02-2025	• Bagian pathway diperbaiki uraian • Pengkajian disempurnakan	
6.	04-02-2025	• Acc bab 2 lanjut bab 3	
7.	05-02-2025	• Isi bab 3 sesuai prolog awal • Batasan istilah dilengkapi GDA dicek oleh peneliti	
8.	07-02-2025	• Acc ujian proposal	
9.	19-03-2025	• Mulai penelitian • Genogram di beri umur px • Pada Analisa data bagian etiologi dx pertama diganti gangguan toleransi glukosa darah • Analisa data dx kedua bagian do Ganti dengan rumus bbn • Bagian implementasi Tindakan diperbaiki pemberian obat	
10.	17-03-2025	• Diskusi dx kedua • Mengganti dx kedua intoleransi aktivitas	
11.	16-04-2025	• Pembahasan disesuaikan format dari FTO teori,fakta,opini • Analisis kesenjangan pada teori pengkajian di revisi	

12.	21-04-2025	• Analisis kesenjangan pada teori pengkajian direvisi	
13.	01-05-2025	• Pembahasan integument direvisi • Lanjut abstrak	
14.	02-05-2025	• Revisi introduction dan metode • ACC siapkan semhas	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR REVISI UJIAN SIDANG

Nama Mahasiswa : Elga Dara Ninggar
NIM : P17240224086
Penguji : Awan Hariyanto, S.Kep,Ns.,M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo

No.	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	13-02-2025	• Halaman sesuaikan dengan penulis • Pathway di cari dari buku patofisiologis • Cek kembali daftar Pustaka pada bab 1,2,3	
2.	14-02-2025	• Daftar Pustaka print yang bagus • Acc	
3.	15-05-2025	• Cek penempatan halaman • Penambahan ucapan terimakasih pada kata pengantar kepada ketua jurusan,direktur rumah sakit,kepala ruang, serta partisipan • Abstrak di daftar isi belum ada	
4.	16-05-2025	• Abstrak bentuk sesuaikan dengan juknis terbaru	
5.	21-05-2025	• ACC	

