

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MILITUS**  
**DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB**  
**SJAHRANIE SAMARINDA**



**Oleh:**

**NAMA : Kurnia Verawati**

**NIM : P07220116061**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MILITUS**  
**DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB**  
**SJAHRANIE SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan ( Amd.Kep ) pada Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim



**Oleh:**

**NAMA : Kurnia Verawati**

**NIM : P07220116061**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MILITUS  
DI RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

<sup>01)</sup>**Kurnia Verawati, <sup>2)</sup>Joko Sapto Pramono, <sup>3)</sup>Frana Andrianur**

<sup>1)</sup> Mahasiswa Prodi DIII-Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2,3)</sup> Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Abstrak**

**Latar Belakang** : Diabetes Militus ( DM ) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin yang diproduksi secara efektif. Indonesia merupakan negara menempati urutan ke-6 dengan penderita Diabetes Militus di dunia, sedangkan Provinsi Kalimantan Timur menempati urutan ke-4 tertinggi penderita Diabetes Militus di Indonesia yakni dengan presentase 2,3% dari total seluruh penduduk usia 15 tahun keatas dengan perkiraan 63.330 orang. Penanganan penyakit diabetes militus terlebih dahulu dilakukan secara non farmakologi yaitu dengan diet dan olahraga untuk mencapai target glukosa darah yang di inginkan.

**Tujuan** : Untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes militus meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

**Metode** : metode yang digunakan adalah dengan metode pendekatan studi kasus yaitu metode yang bersifat mengumpulkan data, menganalisa data dan menarik kesimpulan.

**Hasil** : Diagnosa yang muncul pada kasus adalah ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, defisit nutrisi berhubungan kurangnya asupan makanan, resiko jatuh berhubungan dengan perubahan kadar glukosa darah dan Defisit pengetahuan mengenai penyakit dm yang diderita berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

**Kesimpulan** : Saat melakukan tindakan asuhan keperawatan asalah ada dua masalah keperawatan yang teratasi sebagian dan ada dua masalah keperawatan yang sudah teratasi. Untuk itu kedepannya diharapkan tenaga kesehatan meningkatkan keterampilan keperawatan dalam asuhan keperawatan terutama pemberian pendidikan kesehatan untuk mencegah terjadinya penyakit diabetes melitus agar bisa menurunkan angka terjadinya diabetes melitus.

**Kata Kunci** : *Diabetes Melitus, Kadar Glukosa Darah, Nutrisi, Resiko Jatuh, Defisit Pengetahuan, Asuhan Keperawatan*

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MILITUS  
DI RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

<sup>1)</sup>Kurnia Verawati, <sup>2)</sup>Joko Sapto Pramono, <sup>3)</sup>Frana Andrianur

<sup>1)</sup>DIII-Keperawata Study Program Students Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2,3)</sup>Nursing Department Lecturer Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Abstrak**

**Background :** Diabetes Militus (DM) is a chronic metabolic disorder caused by the pancreas not producing enough insulin that is produced effectively. Indonesia is the sixth country in the world with diabetes mellitus sufferers in the world, while East Kalimantan Province ranks 4th highest in Diabetes Militus patients in Indonesia, with a percentage of 2.3% of the total population aged 15 years and above with an estimated 63,330 people. Handling of diabetes mellitus is carried out non-pharmacologically by diet and exercise to achieve the desired blood glucose target.

**Objective:** To apply nursing care to patients with diabetes mellitus, including assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation.

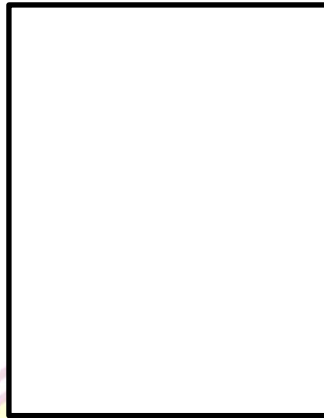
**Method:** the method used is a case study approach method that is a method that is collecting data, analyzing data and drawing conclusions.

**Results:** Diagnosis that appears in cases is instability in blood glucose levels associated with insulin resistance, nutritional deficits associated with lack of food intake, risk of falls associated with changes in blood glucose levels and knowledge deficits regarding diabetes mellitus that are affected by less exposure to information.

**Conclusion:** When carrying out nursing care, there are two problems of treatment that are partially resolved and there are two nursing problems that have been resolved. Therefore, it is expected that in the future health professionals will improve nursing skills in nursing care, especially the provision of health education to prevent the occurrence of diabetes mellitus in order to reduce the rate of diabetes mellitus.

**Keywords:** *Diabetes Mellitus, Blood Glucose Level, Nutrition, Falling Risk, Knowledge Deficit, Nursing Care*

## RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas

Nama : Kurnia Verawati  
Nim : P07220116061  
Tempat, tanggal lahir : Kaliorang, 24 Desember 1998  
Agama : Islam  
Suku/bangsa : Bugis/Indonesia  
Alamat : jln. Rajawali No.2 Desa Mata Air Kecamatan  
Kaubun Kec. Kutai Timur Prov. Kalimantan Timur

### II. Pendidikan

1. Tahun 2004 - 2010 : SDN 007 Mata Air
2. Tahun 2010 - 2013 : SMPN 4 Kaubun
3. Tahun 2013 - 2016 : MAN 1 Samarinda
4. Tahun 2016 – sekarang : Mahasiswi Prodi DIII Keperawatan  
Samarinda Poltekkes Kemenkes  
Kalimantan Timur



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan Hidayah Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda “.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah, penulis mengalami kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan, bimbingan dan kerjasama dari berbagai pihak sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan segenap kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada yang terhormat :

1. Bapak Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
2. Bapak Joko Spto Pramono, S.Kep.,MPHM selaku Pudir I dan sekaligus selaku pembimbing I yang memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh perhatian dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku ketua jurusan D III Keperawatan
4. Ibu Andi Lis AG. S.Kep., M.Kep. selaku ketua prodi D III keperawatan
5. Bapak Ns.Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing II yang juga dengan sabar telah memberikan bimbingan kepada saya untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Ns. Rizky Setiadi. S.Kep., MKM selaku koordinator Mata Ajar Pengantar Riset Keperawatan dan Karya Tulis Ilmiah dan selaku Pembimbing Akademik yang selalu mendukung dan membimbing selama saya berkuliah.
7. Seluruh dosen,karyawan dan staf perpustakaan Politeknik Kesehatan kementerian Kesehatan kalimantan Timur.
8. Hafsari, mama orang tua yang telah memberikan cinta dan kasih sayang yang tak tergantikan, pengorbanan serta do'a yang diperuntukan untuk penulis agar senantiasa semangat dan selalu naungan dan ridho-Nya

9. Isnandar, kakak tercinta yang selalu memberikan dukungan, dan kasih sayang tak tergantikan, pengorbanan serta doa yang diperuntukan untuk penulis agar selalu dalam lindungan dan ridho-Nya
10. Untuk seseorang yang telah memberikan dukungan tiada hentinya dan doa agar penulis senantiasa tetap semangat dan selalu dalam lindungan Allah SWT.
11. Rekan –rekan seperjuangan kelas 3B, khususnya Firyunda Ayu Putri serta teman seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah sangat membantu dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan oleh karena itu dengan hati terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan dan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata semoga atas segala amal kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak kepada penulis mendapat imbalan dari Allah SWT. Amin

Samarinda, 28 Mei 2019

Kurnia Verawati

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Sampul Depan</b> .....	<b>i</b>
<b>Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat</b> .....	<b>ii</b>
<b>Halaman Pernyataan</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstrak</b> .....	<b>iv</b>
<b>Halaman Persetujuan</b> .....	<b>viii</b>
<b>Halaman Pengesahan</b> .....	<b>ix</b>
<b>Daftar Riwayat Hidup</b> .....	<b>x</b>
<b>Halaman Kata Pengantar</b> .....	<b>xi</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Daftar Gambar</b> .....	<b>xvi</b>
<b>Daftar Tabel</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	4
1.4 Manfaat Studi Kasus .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Konsep Dasar Penyakit .....	5
2.1.1 Pengertian .....	5
2.1.2 Etiologi .....	6
2.1.3 Patofisiologi .....	9
2.1.4 Pathway .....	12
2.1.5 Tanda dan Gejala .....	13



2.1.6 Penata Laksanaan .....	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
2.2.1 Pengkajian .....	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	30
2.2.3 Perencanaan Keperawatan .....	32
2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan .....	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	36
<b>BAB III METODE PENULISAN .....</b>	<b>38</b>
3.1 Rancangaa Penulisan .....	38
3.2 Subyek Studi Kasus .....	38
3.3 Batasan Istilah ( Devinisi Operasional ) .....	39
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	40
3.5 Prosedur Studi Kasus .....	40
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan data .....	40
3.7 Keabsahan Data .....	41
3.8 Analisa data .....	41
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
4.1 Hasil .....	42
4.1.2 Gambaran Lokasi Penelitian .....	42
4.1.3 Pengkajian .....	44
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	51
4.1.5 Perencanaan .....	53
4.1.6 Pelaksanaan .....	55
4.1.7 Evaluasi .....	63
4.2 Pembahasan .....	71

4.2.1 Pengkajian .....	71
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	74
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	78
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	80
4.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	86

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....** 89

5.1 Kesimpulan .....	89
5.2 Hasil .....	90
5.3 Saran .....	91
5.3.1 Bagi Instansi Rumah sakit .....	91
5.3.2 Bagi keluarga .....	91
5.3.2 Bagi Penulis Selanjutnya .....	91

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 .....	18
Tabel 2.2 .....	22
Tabel 4.1 .....	44
Tabel 4.2 .....	44
Tabel 4.3 .....	45
Tabel 4.4 .....	46
Tabel 4.5 .....	50
Tabel 4.6 .....	50
Tabel 4.7 .....	51
Tabel 4.8 .....	53
Tabel 4.9 .....	55
Tabel 4.10 .....	59
Tabel 4.11 .....	63
Tabel 4.12 .....	67

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 ..... 15



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Lembar *Infotmed Consent*
- Lampiran 2** Surat Perijinan Penelitian





## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Diabetes Militus merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang di produksi secara efektif (Depkes, 2014). Diabetes melitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormon insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (WHO, 2016). Menurut *International Diabetes Federation-7* (2015), bahwa metabolisme tubuh hormon insulin bertanggung jawab dalam mengatur kadar glukosa darah. Hormon ini diproduksi dalam pankreas kemudian dikeluarkan untuk digunakan sebagai sumber energi.

Data dari berbagai studi global menyebutkan bahwa penyakit DM adalah masalah kesehatan yang besar. Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ke tahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa memiliki diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an.

Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (IDF, 2015). Menurut data IDF (2017) menyebutkan bahwa Indonesia merupakan negara urutan ke -6 dengan penderita Diabetes Melitus di Dunia setelah China, India, Amerika Serikat, Brazil, Mexico, dan Rusia di urutan ke-7.

Angka kejadian diabetes melitus menurut data Riskesdes (2013) terjadi peningkatan dari 1,1% di tahun 2007 dan meningkat menjadi 2,1% pada tahun 2013 dari keseluruhan penduduk sebanyak 250 juta jiwa. Peningkatan prevalensi data penderita Diabetes Melitus di atas salah satunya yaitu provinsi Kalimantan Timur yang menempati urutan ke -4 tertinggi diabetes melitus di Indonesia yakni dengan presentasi 2,3% dari total seluruh penduduk usia 15 tahun ke atas dengan perkiraan 63.330 jiwa setelah provinsi D.I Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%), (Riskesdes 2013). Sedangkan angka penyakit Diabetes Melitus di RSUD Abdul Wahab Sjahrani pada tahun 2015 mencapai 1.354 kejadian.

Penderita diabetes melitus memiliki risiko timbulnya komplikasi berbagai macam penyakit misalnya penyakit jantung koroner. Orang dengan diabetes melitus memiliki risiko dua kali lebih besar mengalami jantung koroner, lebih rentan menderita gangrene sebesar lima kali, tujuh kali lebih rentan mengidap gagal ginjal, dan 25 kali lebih rentan mengalami kerusakan retina yang mengakibatkan kebutaan pada penyandang diabetes melitus tipe 2 dari pada pasien non diabetes melitus (Waspadji, 2007).

Selain penyakit jantung koroner masih ada berbagai macam komplikasi yang muncul akibat diabetes melitus seperti luka ganggren, gagal ginjal, stroke, retinopati. Dengan banyaknya komplikasi akibat diabetes melitus diperlukan tindakan asuhan keperawatan untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien diabetes melitus antara lain adalah untuk memandirikan pasien dalam mengatur pola makan, meningkatkan kesadaran untuk perawatan diri, meningkatkan pemantauan gula darah, dan meningkatkan pengetahuan pasien tentang diabetes dan pencegahannya.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Militus Di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Militus Di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk memberikan Asuhan Keperawatan terhadap pasien Diabetes Militus dengan memberikan implementasi sesuai dengan program asuhan keperawatan di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengkaji pasien Diabetes Melitus.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Diabetes Melitus.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus.

### **1.4 Manfaat Studi Kasus**

#### **1.4.1 Bagi Penulis**

Untuk menambah wawasan dan pengalaman penulis dalam mempersiapkan, mengumpulkan dan menginformasikan data hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan diabetes melitus dengan rangka memenuhi tugas akhir program D-III Keperawatan Samarinda Poltekkes Kemenkes Kaltim.

#### **1.4.2 Bagi Tempat Penulis**

Dapat dijadikan sebagai acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien diabetes melitus di lahan praktik.

#### **1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan**

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat menambah keluasan ilmu pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien diabetes

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Penyakit

##### 2.1.1 Pengertian

Menurut Brunner dan Suddarth, (2014) Diabetes Melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan. Pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Insulin, yaitu suatu hormon yang diproduksi pankreas yang digunakan untuk mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. Pada Diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin menurun atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin.

Diabetes Melitus adalah suatu keadaan hiperglikemia yang disebabkan penurunan kecepatan insulin oleh sel-sel beta pulau langerhans dalam pankreas (Guyton, 2012). *American Diabetes Association* (2012) mendefinisikan Diabetes Melitus adalah salah satu kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Keadaan hiperglikemia kronis dari Diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, gangguan fungsi dan kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah.



Menurut Smeltzer, Suzanne C ( 2002 ) seseorang di diagnosa Diabetes Melitus apabila kadar glukosa plasma sewaktu  $> 200$  mg/dl, glukosa plasma puasa  $> 140$  mg/dl, dan glukosa plasma 2 jam *postprandial* ( sesudah makan )  $> 200$  mg/dl.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat di simpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah suatu penyakit yang di sebabkan oleh jumlah hormon insulin yang tidak mencukupi atau tidak dapat berkerja secara normal, padahal hormon ini memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa ( gula ) didalam darah.

### **2.1.2 Etiologi**

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin.

Disamping itu diabetes melitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukkan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui (Hasdianah, 2012).

Ada bukti yang menunjukan bahwa etiologi Diabetes Melitus bermacam – macam. Diabetes Melitus tipe I adalah penyakit autoimun yang di tentukan secara genetik dengan gejala – gejala yang pada akhirnya menuju proses bertahap peusakan imunologik sel –sel yang memproduksi insulin. Sedangkan Diabetes Melitus tipe II penyakitnya memiliki pola familial yang kuat dan di tandai dengan kelainan sekresi insulin, serta kerja insulin ( Price & Wilson, 2006 ).

1) Diabetes melitus tipe I

Menurut Smeltzer, (2015) Diabetes tipe I adalah diabetes yang tergantung insulin ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh faktor genetik, faktor imunologi (autoimun), dan faktor lingkungan seperti infeksi virus atau toksin yang dapat memicu kerusakan sel beta.

Menurut Smeltzer, (2015) diabetes tipe I dapat dijelaskan sebagai berikut :

a) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA ( *human leucocyte antige* ) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

b) Faktor imunologi

Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respons otoimun. Respons ini merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c) Fator lingkungan

Dari hasil penelitian menyatakan bahwa faktor eksternal yang berpengaruh adalah virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi sel beta (Brunner & Suddart 2015)

## 2) Diabetes Melitus tipe II

Menurut Prince dan Wilson (2015) diabetes melitus disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes melitus tipe II :

### 1) Usia

Diabetes melitus tipe II kebanyakan menyerang pada usia lanjut lebih dari 65 tahun dengan proporsi kejadian 8,6%. Angka ini mencakup 15% populasi pada panti lansia (Smeltzer, Suzanne C. 2002). Hal ini karena berhubungan dengan degenerasi atau kerusakan organ dan faktor gaya hidup.

### 2) Kegemukan atau obesitas

Sekitar 80% pasien diabetes melitus mengalami obesitas. Karena obesitas berkaitan dengan resistensi insulin, maka akan timbul kegagalan toleransi glukosa yang menyebabkan diabetes melitus tipe II (Prince dan Wilson, 2006).

### 3) Riwayat dan keluarga

Diabetes termasuk dalam penyakit yang dapat diwariskan. Resiko berkembangnya diabetes tipe II pada saudara kandung mendekati 40% dan 33% untuk anak cucunya. (Prince dan Wilson, 2006).

### 4) Kelompok etnik

Di Amerika Serikat terdapat golongan hispanik, negro serta penduduk asli Amerika tertentu memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami diabetes melitus dari pada orang berkulit putih (Smeltzer, (2015).

Faktor lain yang terkait dengan resiko diabetes ialah memiliki riwayat penyakit kardiovaskuler seperti stroke, PJK, mengkonsumsi alkohol, faktor stres, dan kebiasaan merokok

### 2.1.3 Patofisiologi

Pada diabetes tipe I terdapat ketidak mampuan untuk menghasilkan insulin karena sel – sel beta pankreas yang telah di hancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia-puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada di dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia *postprandial* ( sesudah makan ). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urine (*glikosuria*). Ketika glukosa yang berlebihan dieksresikan ke dalam urine, eksresi ini akan di sertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan deuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (*poliuria*) dan rasa haus (*polidipsia*). Defisiensi insuli juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien akan mengalami peningkatan nafsu makan (*polifagia*) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenesis ( pembentukan glukosa baru dari asam – asam amino serta substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang



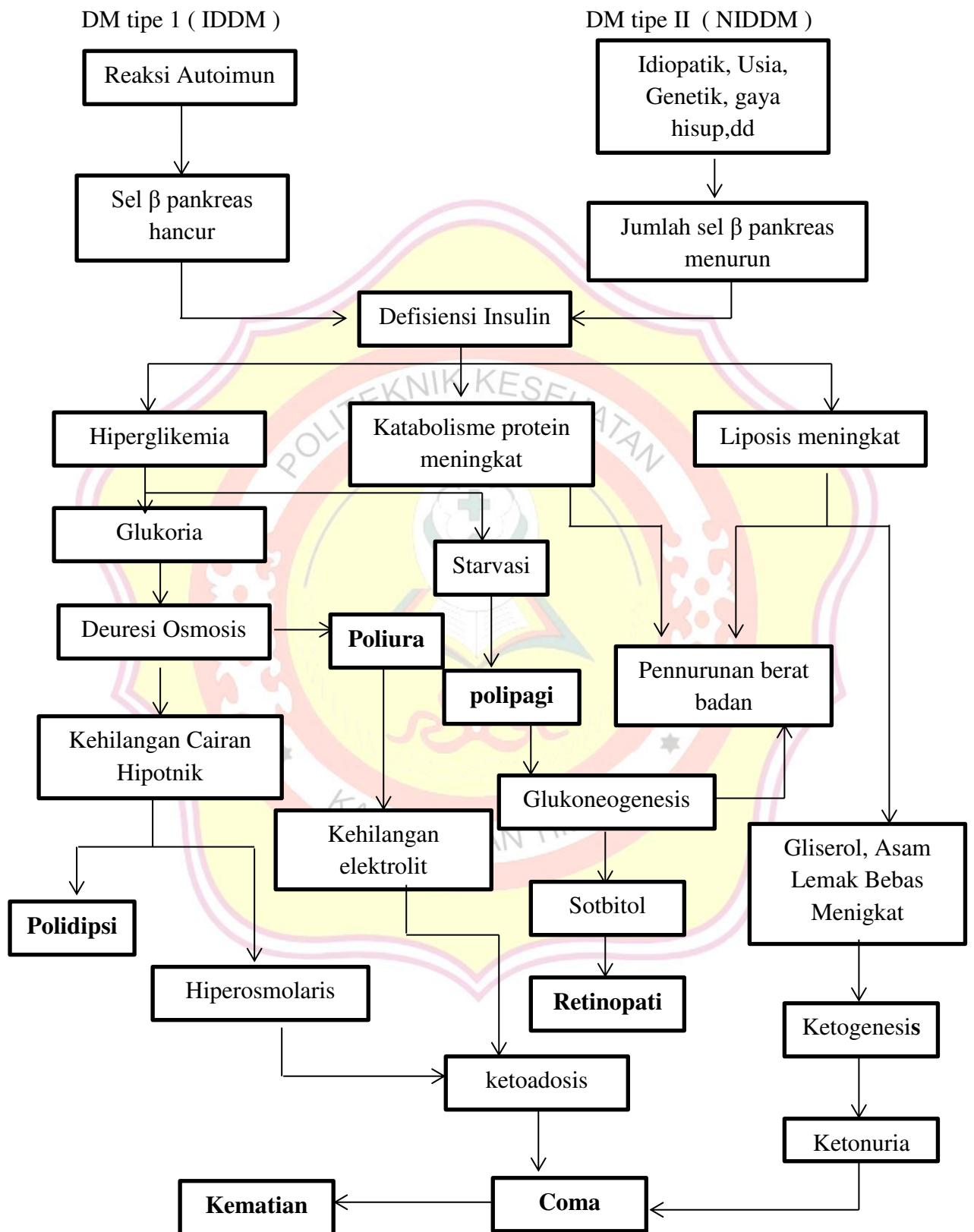
mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produksi samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis diabetik yang di akibatnya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton, dan bila tidak di tangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama dengan cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemia serta ketoasidosis. Diet dan latihan di sertai pemantauan kadar glukosa darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting.

Pada diabetes tipe II, terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu : resistensi dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin terikat pada reseptor khusus di permukaan sel. Akibat dari terikat nya insulin tersebut maka, akan terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel tersebut. Resistensi glukosa pada diabetes melitus tipe II ini dapat disertai adanya penurunan reaksi intra sel atau dalam sel. Dengan hal – hal tersebut insulin menjadi tidak efektif untuk pengambilan glukosa oleh jaringan tersebut. Dalam mengatasi resistensi insulin atau untuk pencegahan terbentuknya glukosa dalam darah, maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin dalam sel untuk disekresikan . Pada pasien atau penderita yang toleransi glukosa yang terganggu, keadaan ini diakibatkan karena sekresi insulin yang berlebihan tersebut, serta kadar glukosa dalam darah akan dipertahankan dalam angka normal atau sedikit meningkat. Akan tetapi hal-hal berikut jika sel-sel tidak mampu mengimbangi



peningkatan kebutuhan terhadap insulin maka, kadar glukosa dalam darah akan otomatis meningkat dan terjadilah Diabetes Melitus Tipe II ini. Walaupun sudah terjadi adanya gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas dari diabetes melitus tipe II ini, namun masih terdapat insulin dalam sel yang adekuat untuk mencegah terjadinya pemecahan lemak dan produksi pada badan keton yang menyertainya. Dan kejadian tersebut disebut ketoacidosis diabetikum, akan tetapi hal ini tidak terjadi pada penderita diabetes melitus tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom *hiperglikemik hiperosmoler nonketotik* (HHNK). Penanganan primer diabetes tipe II adalah dengan menurunkan berat badan, karena resistensi insulin berkaitan dengan obesitas. Latihan merupakan unsur yang penting pula untuk meningkatkan efektivitas insulin. Obat hipoglikemia oral dapat ditambahkan jika diet dan latihan tidak berhasil mengendalikan kadar glukosa darah. Jika pengguna obat oral dengan dosis maksimal tidak berhasil menurunkan kadar glukosa hingga tingkat yang memuaskan, maka insulin dapat digunakan. Sebagian pasien memerlukan insulin untuk sementara waktu selama periode stres fisiologik yang akut seperti selama sakit atau pembedahan.

### 2.1.4 Pathway



### 2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut Dalimartha (2007) tanda dan gejala diabetes melitus antara lain polyuri (sering kencing), polydipsi (sering haus), polyphagi (sering lapar), lelah atau lemah, berat badan menurun drastis, kesemutan/gringginan, gatal/bisul, mata kabur, luka sulit sembuh (Riskesdas,2013).

#### 1) *Polyuri*

Sering kencing (*polyuri*) dan kencing cukup banyak. Keadaan ini terjadi karena kadar glukosa darah yang tinggi (Smeltzer, Suzanne C, 2002). Saat kadar glukosa darah melebihi ambang ginjal (renal thresold) maka glukosa yang berlebihan ini akan dikeluarkan (eksresi) melalui kencing tersebut (Dalimartha, 2007).

#### 2) *Polydipsi*

Menurut Wijaya dan Putri (2012) rasa haus yang berlebihan (*polydipsi*) terjadi karena kencing yang terlalu banyak sehingga tubuh kekurangan air. Akibatnya timbul rangsangan kesusunan saraf pusat sehingga merasa haus dan selalu ingin minum

#### 3) *Polyphagi*

Menurut Wijaya dan Putri (2012) Banyak makan (*polyphagi*) terjadi karena adanya rangsangan kesusunan saraf pusat karena kadar glukosa didalam sel (intraseluler) berkurang. Kekurangan glukosa terjadi karena tubuh kekurangan insulin tidak dapat masuk ke dalam sel yang berakibat kekurangan glukosa intraseluler maka timbulah rangsangan ke sistem saraf pusat sehingga sering merasa lapar dan ingin makan. Akibat penderita

sering makan maka glukosa darah menjadi tinggi, tetapi tidak dapat digunakan karena kekurangan insulin. Jika tubuh kekurangan insulin atau sama sekali tidak memiliki insulin, maka tubuh akan membakar jaringan lemak supaya terbentuk energi yang dibutuhkan agar dapat bertahan hidup. Apabila ini berlangsung terus menerus, maka dalam waktu relatif singkat berat badan akan menurun drastis (Delimartha,2007).

### **2.1.6 Penata pelaksanaan**

Menurut Brunner & Suddart (2012), tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia ) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien.

Menurut Brunner & Suddart (2012), penataan diabetes didasarkan pada

#### **1) Diet**

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes ( Brunner & Suddart (2012). Diet penderita diabetes melitus ditunjukkan untuk mengatur jumlah kalori yang dianjurkan tergantung sekali pada kebutuhan untuk mempertahankan, mengurangi, atau menambah berat badan (Guyton & Hall, 2006 ). Menurut departemen RI menetapkan bahwa kebutuhan kalori individu sebesar 2000 kalori/hari. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes melitus di arahkan untuk mencapai tujuan berikut :

#### **a. Memberikan semua unsur makan esensial (misalnya, vitamin, mineral )**

- b. Memenuhi kebutuhan energi
- c. Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat
- d. Mencapai dan mempertahankan berat badan dengan sesuai
- e. Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis.

Menurut *American Diabetes Association* (ADA),2016 terdapat panduan untuk membantu pasien diabetes melitus memilih makanan sehari-hari yang disebut piramida makanan diabetes sebagai berikut :



Gambar 1. Piramida makanan diabetes, *American Diabetes Association* (ADA),2016

Didalam piramida makan diabetes, makanan sehari-hari dibagi menjadi 6 kelompok umum yaitu sebagai berikut :

1. Kelompok 1 ( biji-bijian dan tepung )

Makanan yang terbuat dari biji-bijian dan tepung terdapat di dasar Piramida Makanan Diabetes dasar. Kelompok makanan biji-bijian dan tepung yang



banyak mengandung karbohidrat seperti beras, gandum, rye, gandum, jagung, kacang polong kentang, kacang pinto, dan makanan lainnya yang biasa menggunakan biji-bijian masuk dalam kelompok ini

2. Kelompok 2 ( sayuran )

Kelompok makanan sayuran ini terletak tepat di atas dasar Piramida Makanan Diabetes. Sayuran secara alami rendah dalam konten lemak, rendah kalori dan kaya vitamin, mineral, serat dan zat gizi mikro.

3. Kelompok 3 ( buah-buahan )

Kelompok buah-buahan ini juga terletak tepat di atas dasar Piramida Makanan Diabetes bersama dengan kelompok sayuran. Buah-buahan kaya akan vitamin, mineral, serat dan juga karbohidrat.

4. Kelompok 4 ( susu )

Kelompok ini berada di atas lapisan kedua (sayuran dan buah) dari Piramida Makanan Diabetes. Kelompok susu mengandung banyak protein dan kalsium serta vitamin. Tapi penderita penyakit diabetes melitus harus memilih produk susu dengan kadar lemak yang rendah.

5. Kelompok 5 ( daging, pengganti daging dan protein lainnya )

Kelompok ini bersama kelompok susu dalam Piramida Makanan Diabetes mengandung protein dalam jumlah yang sangat tinggi dan mengandung vitamin serta mineral sangat banyak.

6. Kelompok 6 ( lemak, minyak, manis dan alkohol )

Kelompok makanan ini terdapat di puncak Piramida Makanan Diabetes, yang menandakan bahwa kelompok makanan hanya boleh dikonsumsi dalam jumlah sedikit dan sebaiknya dihindari saja.

Tahap dalam mempersiapkan perencanaan makanan adalah mendapatkan riwayat diet untuk mengidentifikasi kebiasaan makan pasien dan gaya hidup. Tujuannya yang paling penting dalam penatalaksanaan diet bagi penderita diabetes adalah pengendalian asupan kalori total untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang sesuai dan pengendalian kadar glukosa.

Untuk mempertahankan berat badan normal dapat dilakukan dengan cara menghitung IMT (Indeks Massa Tubuh) yang merupakan alat atau cara sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Dengan IMT akan diketahui apakah berat badan seseorang dinyatakan normal, kurus atau gemuk. Penggunaan IMT hanya untuk orang dewasa berumur > 18 tahun dan tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan.

Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat di hitung dengan rumus berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan ( kg)}}{\text{Tinggi badan (m) X Tinggi badan (m)}}$$

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	>17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0 -18,4
Normal		18,5 – 25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	25,1 – 27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

Tabel 2.1 klasifikasi IMT [gizi.depkes.go.id/](http://gizi.depkes.go.id/) pedoman praktikus status gizi dewasa

Rencana makanan bagi penyandang diabetes juga memfokuskan presentase kalori yang berasal dari :

a. Karbohidrat

Tujuan diet adalah meningkatkan konsumsi karbohidrat kompleks (khususnya yang berserat tinggi) seperti roti, gandum, nasi beras tumbuk, sereal, pasti atau mie yang berasal dari gandum yang masih mengandung bekatul. Karbohidrat sederhana seperti buah yang manis dan gula tetap harus dikonsumsi dalam jumlah yang tidak berlebihan dan lebih baik jika dicampur kedalam sayuran atau makan lain dari pada dikonsumsi secara terpisah jumlah asupan karbohidrat untuk pasien diabetes melituss dalam sehari adalah tidak boleh lebih dari 55-56% dari total energi sehari atau tidak boleh lebih dari 70% jika dikombinasikan dengan pemberian asam lemak tidak jenuh rantai tunggal ( MUFA Mono Unsaturated Fatty Acids) (FKUI, 2006).

b. Lemak

Pembatasan asupan total kolestrol dari makanan hingga  $\leq 300$  mg/hari untuk membantu mengurangi faktor resiko, seperti kenaikan kadar kolestrol serum yang berlebihan dengan proses terjadinya penyakit koroner yang menyebabkan terjadinya kematian pada penderita diabetes melitus. Adapun asupan lemak pada pasien diabetes melitus dalam sehari ialah 20-25% per hari. (FKUI, 2006). Selain itu, rekomendasi tentang kandungan lemak dalam diet diabetes mencakup presentase total kalori yang berasal dari sumber lemak hingga  $> 30\%$  total kalori dan pembatasan jumlah lemak jenuh hingga 10% total kalori per hari.

c. Protein

Makanan sumber protein nabati ( misalnya, kacang-kacangan dan biji – bijian utuh ) dapat membantu mengurangi asupan kolestrol serta lemak jenuh. Jumlah asupan protein harian bagi penderita diabetes melitus adalah 10-15% dari total kalori per hari. ( FKUI, 2006 )

Menurut Waspadji (2007) mengutip pendapat Joslin (1952) dari Medical Centre Institute, dalam penatalaksanaan diet diabetes mellitus ada 3 (tiga) J yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh penderita DM diabetes mellitus, yaitu jumlah makanan, jenis makanan dan jadwal makanan. Berikut ini uraian mengenai ketiga hal tersebut:

1. Jumlah makanan

Jumlah makanan yang diberikan disesuaikan dengan status gizi penderita DM, bukan berdasarkan tinggi rendahnya gula darah. Jumlah kalori yang disarankan berkisar antara 1100-2900 KKal

2. Jenis makanan

Penderita diabetes mellitus harus mengetahui dan memahami jenis makanan apa yang boleh dimakan secara bebas, makanan yang mana harus dibatasi dan makanan apa yang harus dibatasi secara ketat. Makanan yang mengandung karbohidrat mudah diserap seperti sirup, gula, sari buah harus dihindari. Sayuran dengan kandungan karbohidrat tinggi seperti buncis, kacang panjang, wortel, kacang kapri, daun singkong, bit dan bayam harus dibatasi. Buah-buahan berkalori tinggi seperti pisang, pepaya, mangga, sawo, rambutan, apel, duku, durian, jeruk dan nanas juga dibatasi. Sayuran yang boleh dikonsumsi adalah sayuran dengan kandungan kalori rendah seperti oyong, ketimun, kol, labu air, labu siam, lobak, sawi, rebung, selada, toge, terong dan tomat (Waspadji, 2007).

3. Jadwal makanan

Penderita diabetes mellitus harus membiasakan diri untuk makan tepat pada waktu yang telah ditentukan. Penderita diabetes mellitus makan 15 sesuai jadwal, yaitu 3 kali makan utama, 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam. Ini dimaksudkan agar terjadi perubahan pada kandungan glukosa darah penderita DM, sehingga diharapkan dengan perbandingan jumlah makanan dan jadwal yang tepat maka kadar glukosa darah akan tetap



stabil dan penderita DM tidak merasa lemas akibat kekurangan zat gizi. Jadwal makan standar yang digunakan oleh penderita DM diabetes mellitus (Waspadji, 2007) disajikan dalam tabel berikut:

Waktu	Jadwal	Total kalori
Pukul 07.00	Makan pagi	20 %
Pukul 10.00	Selingan	10 %
Pukul 13.00	Makan siang	30 %
Pukul 16.00	Selingan	10 %
Pukul 19.00	Makan malam	20 %
Pukul 21.00	Selingan	10 %

Tabel 2.2 Jadwal makan penderita diabetes melitus *sumber : Suyono 1996*

Kebutuhan kalori sesuai untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Komposisi energi adalah 45 – 65% dari karbohidrat, 10 – 20% dari protein dan 20 – 25% dari lemak. Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan orang dengan diabetes. Di antaranya adalah dengan memperhitungkan berdasarkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25 – 30 kalori/kg BB ideal, ditambah dan dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu jenis kelamin, umur, aktifitas, kehamilan / laktasi, adanya komplikasi dan berat badan. Cara yang lebih gampang lagi adalah dengan cara pegangan kasar, yaitu untuk pasien kurus 2300–2500 kalori, normal 1700–2100 kalori dan gemuk 1300–1500 kalori (Soegondo, dkk, 2009:54). Pentuan diet diabetes melitus harus di sesuaikan oleh status gizi penderita, penentuan jumlah kalori dapat di laksanakan dengan

menghitung *presentage of relative body weight* ( BBR = Berat Bada Relative )

dengan rumus :

$$\text{BBR} = \frac{\text{BB ( Kg ) X 100 \%}}{\text{TB ( cm ) - 100}}$$

Keterangan :

1. Kurus ( *underweight* ) : BBR < 90 %
2. Normal ( *ideal* ) : BBR 90 – 110 %
3. Gemuk ( *overweight* ) : BBR > 110 %
4. Obesitas : BBR > 120 %
  - a. Obesitas ringan : BBR 120-130 %
  - b. Obesitas sedang : BBR 130 – 140 %
  - c. Obesitas berat : BBR 140 – 200 %

Pedoman jumlah kalori yang di perlukan sehari bagi penderita diabetes melitus

1. Kurus : BB x 40-60 kalori
2. Normal : BB x 30 kalori
3. Gemuk : BB x 20 kalori
4. Obesitas : BB x 10 – 15 kalori

## 2) Latihan Fisik

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes melitus karna efeknya dapat menurun kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan

meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan (*resistance training*) dapat meningkatkan *lean body mass* dan demikian menahan laju metabolisme istirahat (*resting metabolic rate*). Latihan juga akan merubah kadar lemak darah yaitu, meningkatkan kadar HDL-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida. Semua manfaat ini sangat penting bagi penyandang diabetes melitus mengingat adanya peningkatan resiko untuk terkena penyakit kardiovaskuler pada diabetes melitus (Brunner & Suddart, 2012). Latihan fisik yang dilakukan dengan senam kaki dapat berpengaruh pada penurunan kadar gula darah. Aktivitas yang dilakukan penderita dapat menekan terjadinya kenaikan gula darah, upaya dalam pengendalian gula darah tidak efektif hanya dilakukan dengan pengobatan saja. Hal tersebut dikarenakan penderita yang mengalami diabetes melitus disebabkan oleh kerusakan pankreas dalam memproduksi insulin, dimana insulin ini berfungsi dalam mengendalikan kadar gula darah. latihan yang dianjurkan adalah aktivitas yang dapat membantu menurunkan kadar gula darah seperti jalan-jalan, senam tubuh dan senam kaki sesuai kebutuhan dan kemampuan (Ruben, et al,2016).

### 3) Pemantauan Kadar Glukosa Darah Secara Mandiri

Dengan melakukan pantauan kadar glukosa darah secara mandiri ( *SMBG, self monitoring of blood glucose* ) penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara

ini memungkinkan deteksi dengan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia dan berperan untuk menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi kompleksitas diabetes melitus jangka panjang. Metode yang digunakan yaitu pengambilan setetes darah dari ujung jari tengah, aplikasikan darah tersebut pada strip pereaksi khusus. Strip tersebut pertama – tama dimasukkan ke dalam alat pengukur sebelum darah di tempelkan pada strip. Setelah darah melekat pada strip, darah tersebut di diamkan selama pelaksanaan tes. Alat pengukur akan mempertahankan kadar glukosa darah dalam waktu yang singkat ( kurang dari 1 menit ).

4) terapi insulin

Menurut Rendi dan Margareth (2012) pada individu sehat, sekresi insulin mengimbangi jumlah asupan makanan yang bermacam-macam dengan latihan fisik. Sebaiknya, individu dengan diabetes tidak mampu menyekresi jumlah insulin yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa darah. Sebagai akibatnya, kadar glukosa meningkat tinggi sebagai respon terhadap makanan dan tetap tinggi dalam keadaan puasa. Menurut Prince dan Wilson (2006) pasien yang mengalami hal tersebut memerlukan terapi insulin selain perencanaan makanan hipoglikemia.

5) Pengetahuan tentang Diabetes, Pencegahan dan Perawatan diri

Menurut Corwin, 2009 pasien diabetes melitus relatif dapat hidup normal asalkan mereka mengetahui dengan baik keadaan dan cara penatalaksanaan penyakit yang dideritanya. Menurut Prince dan Wilson (2006) mereka dapat

menyuntikan insulin sendiri, memantau kadar glukosa darah mereka dan memanfaatkan informasi untuk mengatur dosis insulin serta melaksanakan diet serta latihan sedemikian rupa sehingga dapat mengurangi hiperglikemia atau hipoglikemia. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan 3 tahap yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer merupakan aktivitas untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan penyuluhan makanan sehat dan bahaya diabetes. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyakit pada pasien yang menderita penyakit diabetes melitus dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyakit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan. Pada upaya ini memerlukan keterlibatan semua pihak baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada pasien diabetes melitus tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan dan pengelolaan diabetes melitus termasuk memberi motivasi dan kepercayaan pada kemampuan diri sendiri (Suryono,2006).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Carpenito, 2009)



### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Menurut Muttaqin (2008) anamnesis pada diabetes melitus meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan pengkajian psikososial.

#### 1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadinya pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku, agama, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosis medis

#### 2) Keluhan Utama

Penderita biasanya dengan keluhan menonjol yaitu : badannya terasa lemas, keluar keringat dingin, penglihatan kabur bahkan kesadaran menurun.

#### 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit ini biasanya dominan adalah kadar gula darah turun kurang dari 50-60 mg/dl disertai dengan kesadaran menurun.

#### 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung (PJK, hipertensi), obesitas, aterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita

#### 5) Riwayat Penyakit Keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang menderita diabetes melitus atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi dan jantung`

#### 6) Pengkajian Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga tentang penyakitnya penderita

Pengkajian keperawatan pada pasien diabetes melitus menurut Doengs (2000) adalah :

#### 7) Aktivitas / istirahat

Gejala : lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur.

Tanda : takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, latergi atau disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot (0 : tidak dapat bergerak, 1 : dapat menggerakkan jari-jari dengan peralatan, 2 : dapat mengangkat tubuh namun tidak dapat melawan gravitasi, 3 : dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan, 4 : dapat menahan tahanan ringan, 5 :dapat menahan tahanan maksimal.

8) Sirkulasi

Gejala : adanya riwayat hipertensi, Acute Myocard Infarction ( AMI ), klaudikasi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki dan penyembuhan yang lama.

Tanda : takikardi, perubahan tekanan darah postural, hipertensi, nadi yang menurun/tidak ada, disaritmia, krekles kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

9) Integritas Ego

Gejala : stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi pasien

Tanda : ansietas, peka rangsang

10) Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih (polyuri), nokturia, rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru atau berulang, nyeri tekan abdomen, diare.

Tanda : urine encer, pucat, kuning, polyuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat), urine berkabut, bau busuk (infeksi), adanya asites, bising usus lemah dan menurun, hiperatif (diare).

11) Makanan atau cairan

Gejala : hilang nafsu makan atau bertambahnya nafsu makan (polyphagi), mual/muntah, tidak mengikuti diet : peningkatan masukan glukosa/karbohidrat.

Penurunan berat badan yang lebih dari periode beberapa hari / minggu haus (polydipsi)

Tanda : kulit kerip / bersisik, turgor jelek, kekakuan / distensi abdomen, muntah, pembesaran tiroit (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah ). Bau hilitosis/manis, bau buah (nafas aseton).

#### 12) Neurosensori

Gejala : pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan.

Tanda : disorientasi, mengatuk, latergi, koma (tahap lanjut), gangguan memori (baru, masa lalu), kacau metal, refleks tendon dalam (RTD) menurun (koma), aktivitas kejang (tahap lanjut dari diabetik ketoasidosis)

#### 13) Nyeri atau kenyamanan

Gejala : abdomen yang tegang atau nyeri

Tanda :wajah meringih dengan palpitasi, tampak berhati-hati

#### 14) Pernafasan

Gejala : merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum purelen, pernafasan kusmaul (cepat dalam), asidosis metabolik.

Tanda : frekuensi pernafasan cepat dan dalam, batuk terdapat suara tamabahan.

#### 15) Keamanan

Gejala : kulit kering, gatal-gatal, ulkus kulit.

Tanda : demam, kulit rusak, lesi/ulserasi, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak.

#### 16) Seksualitas

Gejala : rabas vagina (cenderung infeksi)

Tanda : masalah impoten pada pria, kesulitan orgasme pada wanita

#### 17) Pemeriksaan laboratorium

##### a. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS < 100 mg/dl, gula darah puasa kurang dari 76 mg/dl dan 2 jam post prandial 90 mg/dl

##### b. Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil yang dilihat melalui perubahan warna urine yaitu : hijau (+), kuning (++) , merah (+++), dan merah bata (++++)

##### c. Kultur Pus

Untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan tentang masalah atau status kesehatan klien, baik actual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Diagnosa



keperawatan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik.:

Kategori diagnosa keperawatan adalah :

1. Diagnosa keperawatan aktual ( Actual Nursing Diagnoses )

Diagnosa aktual adalah suatu diagnosa keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik mayor. Menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES (Problem Etiologi Symptom)

2. Diagnosa potensial ( Possible Nursing Diagnoses )

Diagnosa potensial atau diagnosa kemungkinan merupakan masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan dengan harapan masih diperlukan untuk memastikan adanya faktor resiko.

3. Diagnosa keperawatan resiko ( Risk and High-Risk Nursing diagnoses)

Diagnosa keperawatan resiko adalah menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah di bandingkan orang lain didalam situasi yang sama atau serupa.

Menurut Nanda, (2013), diagnosa keperawatan yang muncul antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi debridement

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post debridement
- d. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut
- e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan berat badan

Diagnosa keperawatan yang sering ditunjukkan pada pasien diabetes melitus dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1, 2016 diagnosa tersebut

- a. Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insuli, mual muntah
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis luka
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi

### **2.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan (planning) merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan.

Perencanaan keperawatan tentang kriteria hasil dan perencanaan keperawatan (intervensi keperawatan ) NANDA (2016) adalah sebagai berikut :

- a) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia.
  - 1. Tujuan : mempertahankan sirkulasi perifer tetap normal.
  - 2. Kriteria hasil
    - a. Denyut nadi perifer teraba kuat dan reguler

b. Oedem tidak terjadi dan luka tidak tambah parah

c. Tidak ada tanda – tanda dehidrasi

3. Intervensi

a. Observasi status hidrasi ( kelembapan membran mukosa, TD, ortostatik, dan keadekuatan dinding nadi)

Rasional : mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi

b. Monitor albumin, ureum, total protein, serum osmolalitas dan urine.

Rasional : mengetahui kondisi pasien

c. Observasi tanda - tanda cairan berlebihan / retensi (Central Venous Pressure (CVP) meningkat, adema, distensi vena leher dan asites).

Rasional : mencegah adanya adema

d. Pertahankan intake dan output secara adekuat

Rasional : agar nutrisi dalam tubuh tercukupi

e. Monitor tanda-tanda vital.

Rasional : mengetahui kondisi pasien..

b) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak cukupan insulin dan mual muntah

1. Tujuan : pemasukan nutrisi adekuat

2. Kriteria hasil

a. Menunjukkan tingkat energi normal

b. Berat badan dalam batas normal

3. Intervensi

a. Timbang BB setiap hari atau sesuai indikasi

Rasional : mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

- b. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen, mual, muntah.

Rasional : hipoglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan mobilitas/ fungsi lambung

- c. Kolaborasi dengan tim medis lain untuk dilakukan pemeriksaan gula darah

Rasional : untuk memantau kadar gula dalam darah

- d. Kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian insulin

Rasional : untuk membantu memindahkan glukosa ke dalam sel.

- c) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis luka

- 1. Tujuan : tidak terjadi infeksi

- 2. Kriteria hasil :

- a. tidak ada tanda – tanda infeksi

- b. suhu badan dalam batas normal

- c. tanda- tanda vital normal

- 3. intervensi

- a. anjurkan pasien menggunakan pakaian yang longgar

Rasional : menghindari terjadinya kontaminasi longgar

- b. jaga kulit agar tetap bersih dan kering

Rasional : menghindari terjadinya infeksi pada luka

- c. Observasi luka

Rasional : mengetahui keadaan luka

- d. Lakukan teknik perawatan luka dengan steril

Rasional : mencegah resiko terjadinya infeksi.

- d) Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi

- 1. Tujuan : tidak terjadi infeksi

- 2. Kriteria Hasil

- a. tidak ada tanda – tanda infeksi
- b. suhu badan dalam batas normal
- c. tanda- tanda vital normal

- 3. intervensi

- a. Observasi tanda – tanda infeksi.

Rasional : untuk mengetahui apakah ada tanda –tanda infeksi atau tidak dan mencegah adanya infeksi.

- b. Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasiv.

Rasional : kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman.

- c. Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang benar pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri



Rasional : mencegah timbulnya infeksi silang

#### **2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

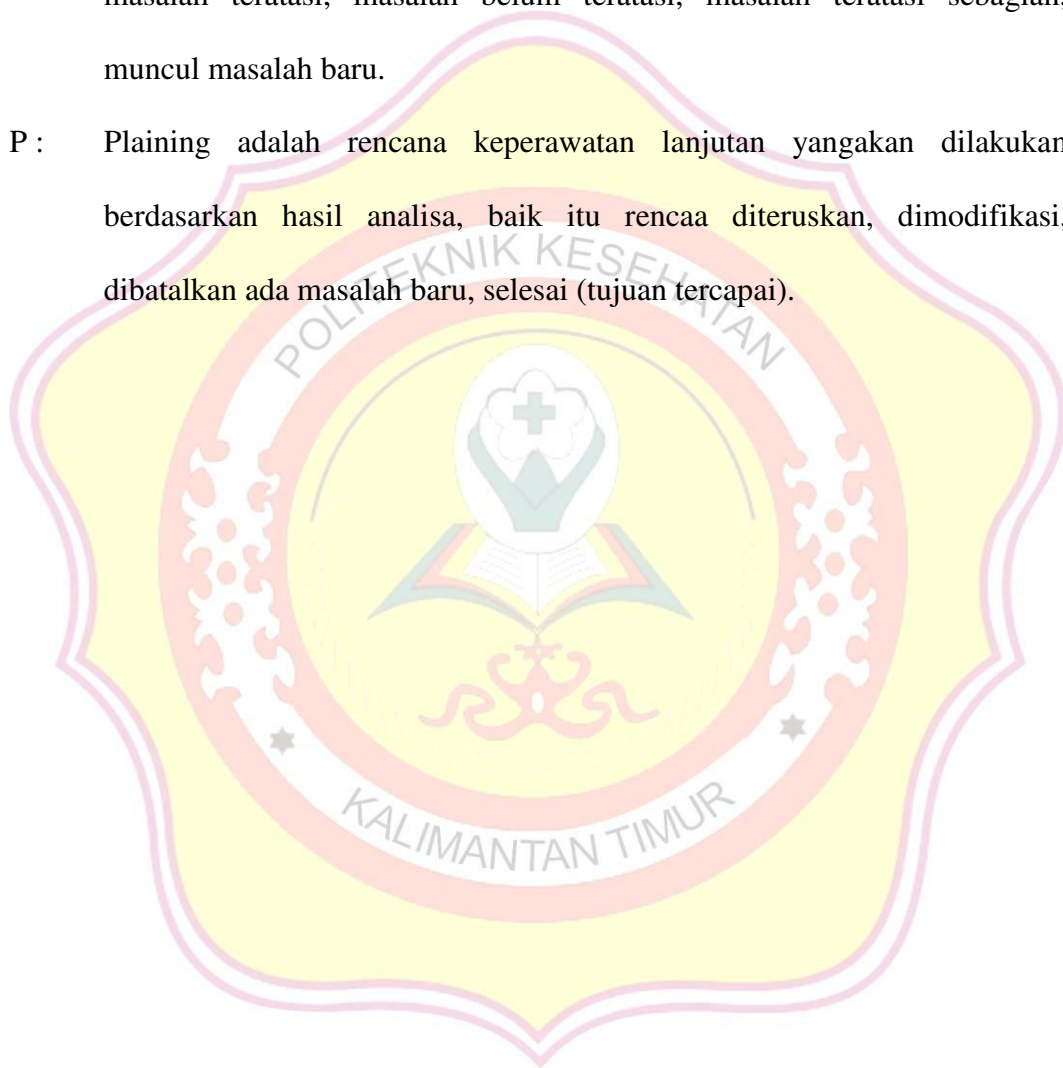
Implementasi merupakan tindakan yang sudah di rencanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap pasien baik secara umum maupun secara khusus pada pasien diabetes melitus pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsi secara independen, interpenden dan dependen ( Tarwoto & Wartonah, 2011 )

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011). Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan. Format evaluasi menggunakan:

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

- O : Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan
- A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.
- P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).



## **BAB III**

### **METODE PENULISAN**

#### **3.1 Rancangan Penulisan**

Jenis rencana penulisan adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien diabetes melitus di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Metode deskriptif adalah suatu metode penulisan Karya Tulis Ilmiah yang menggambarkan suatu metode dalam meneliti status kelompok, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang (Nazir, M. Noh (2005))

#### **3.2 Subyek Studi Kasus**

Subyek dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah individu. Sesuai dengan kasus yang akan dikelola secara rinci dan mendalam. Adapun subyek yang dikelola berjumlah 2 kasus dengan penyakit yang sama dengan kriteria subyek :

- 1) Kriteria Inklusif
  - a. Pasien kooperatif dan mudah diajak berkomunikasi
  - b. Pasien terdiagnosis diabetes melitus

c. Pasien yang dirawat diruang Flamboyan rumah sakit Abdul Wahab Sjahrane Samarinda

2) Kriteria Eksklusif

a. Pasien dalam keadaan tidak sadarkan diri

b. Pasien yang memiliki multi komplikasi

c. pasien yang sedang menjalani operasi

### **3.3 Batasan Istilah (Devinisi Operasional)**

1) Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada pasien diabetes melitus di ruang Flamboyan rumah sakit Abdul Wahab Sjahrane Samarinda yang di lakukan dengan berbagai tatanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah propesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan.

2) Pasien

Pasien adalah seseorang yang di rawat di rumah sakit umum daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda yang mengalami masalah metabolisme karbohidrat dengan meningkatnya kadar gula darah dan di diagnosis sebagai diabetes melitus.

3) Diabetes Melitus

Diabetes Melitus ( DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (Depkes, 2014). Diabetes Melitus

merupakan sekelompok heterogen yang di tandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Diabetes melitus yang dimaksud pada kasus ini adalah diabetes melitus tipe 2 yaitu kondisi ketika tubuh memiliki insulin yang cukup tapi tidak mampu menggunakannya dengan baik.

#### **3.4 Lokasi dan Waktu Studi kasus**

Studi kasus akan dilakukan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda. Pada studi kasus di rumah sakit lama waktu pengelolaan selama 6 hari dengan minimal pengelolaan selama tiga hari.

#### **3.5 Prosedur Studi Kasus**

Tahapan studi kasus ini diawali dengan penyusunan karya tulis dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data berupa hasil pengukuran, observasi atau wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus.

#### **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

##### **1) Teknik pengumpulan data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

- a. Wawancara ( hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dan lain – lain ).  
Sumber data dari pasien, keluarga dan perawat lainnya.



- b. Observasi dan pemeriksaan fisik dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi/ IPPA pada sistem tubuh pasien.
  - c. Sistem dokumentasi ( hasil pemeriksaaan diagnostik ).
- 2) Instrumen Pengumpulan data

Pada studi kasus ini, penulis menggunakan alat atau instrumen pengumpulan data dengan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai dengan kasus yang di kelolah.

**a. Keabsahan Data**

1. Penulis menemui calon responden dan menjelaskan tentang tujuan, manfaat penulisan, kemudian memberikan informed consent.
2. Calon responden yang menyetujui di jadikan responden dalam penulisan di minta responden untuk menandatangani lembar informed consent.
3. Penulis melakukan observasi status nutrisi dengan observasi secara langsung, kemudian penulis melakukan dokumentasi pada lembar observasi.
4. Penulis melakukan intervensi dengan pemberian manajemen diet.

**b. Analisa Data**

Pengelolaan data menggunakan analisis deskriptif, analisis deskriptif di gunakan untuk menganalisa data dengan cara mendeskripsi data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan (Notoatmajo, 2010). Pengelolaan data ini untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum penelitian yaitu ruangan Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 06 - 08 Mei 2018 dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

#### 4.1 HASIL

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari 2 rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama *Lanschap Hospital* yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 Jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan

penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-scan, OKA sentral, Laundry, Farmasi, gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelwis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Center, dan Sakura.

Dalam penelitian ini dilakukan diruang Flamboyan yaitu rawat inap kelas tiga bagi laki-laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD maupun poliklinik. Kasus yang dirawat diruang Flamboyan meliputi kasus gagal ginjal kronik, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes mellitus, CHF dan sirosis hepatis. Adapun batasan-batasan ruang flamboyan yaitu sebagai berikut: sebelah selatan terdapat Ruang Seruni, sebelah barat terdapat parkir *Teaching Center* Universitas Mulawarman, sebelah utara terdapat Ruang Melati dan sebelah Timur terdapat kantin pengunjung. Bangunan pada ruang flamboyan terdiri 1 ruang kepala ruangan, 2 ruangan perawat, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang mahasiswa, 1 dapur, 1 mushola, 2 ruang tindakan, 1 gudang, 10 kamar tidur dengan kapasitas 50 tempat tidur dengan 2 kamar mandi disetiap kamar tidur, 1 ruang isolasi dengan kapasitas 2 tempat tidur dan 2 kamar mandi.

#### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Identitas Klien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny.S	Ny. P
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	62	63 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Agama	Khatolik	Islam
Pendidikan Terakhir	SMP	SD
Alamat	Jln. Perumahan Talang Sari RT.29	Jln. Trikota Rt 5, Palaran
Diagnosa Medis	DM Type II	DM Type II
Nomor Register	94.23.90	78.03.28
MRS/ Tgl Pengkajian	30 April 2019 06 Mei 2019	05 Mei 2019 06 Mei 2019

Dari table 4.1 data pengkajian didapatkan bahwa kedua Pasien dalam biodata ditemukan ada persamaan jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan dan diagnose medis yaitu DM Type II dan ada pula perbedaan biodata yaitu agama, umur, pendidikan terakhir, alamat dan tanggal masuk pasien.

Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Pasien dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Data Subjektif	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan demam dan mual	Pasien mengatakan demam dan mual
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien memiliki penyakit DM sejak 2017 masuk rumah sakit pada tanggal 30 April 2019 keadaan umum sedang. Pasien mengatakan mual saat makan penurunan nafsu makan dan berat badan, pasien	Pasien memiliki penyakit DM sejak 2015 masuk rumah sakit pada tanggal 5 mei 2019 keadaan umum sedang. Pasien mengatakan mual dan muntah saat makan serta penurunan nafsu makan dan berat

	mengatakan keram pada kedua telapak kaki , Pasien mengatakan selama sakit beberapa aktifitas pasien dibantu keluarga.	badan, pasien mengatakan lemas, Pasien mengatakan selama sakit hampir semua aktifitas klien dibantu keluarga.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien pernah dirawat di rumah sakit 3 bulan yang lalu dengan riwayat penyakit diabetes mellitus pasien tidak ada riwayat alergi, pasien mengkonsumsi obat Metformin 500 gram 2 x 1, pasien tidak ada riwayat operasi.	Pasien pernah dirawat di rumah sakit 8 bulan yang lalu dengan riwayat penyakit diabetes mellitus, pasien tidak ada riwayat alergi, mengkonsumsi obat dan riwayat operasi.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit diabetes militus .	Pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit diabetes militus..

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 1 dan pasien 2 dalam keluhan utama ditemukan ada persamaan seperti demam dan mual. Pada riwayat penyakit sekarang persamaanya pasien 1 dan pasien 2 sering masuk ke rumah sakit dengan penyakit yang sama. Pada riwayat kesehatan dahulu pasien 1 pernah masuk rumah sakit 3 bulan yang lalu dan pasien 2 pernah masuk rumah sakit 8 bulan yang lalu. Pada riwayat kesehatan keluarga dari klien 1 dan klien 2 tidak ada penyakit keturunan diabetes mellitus.

Tabel 4.3 Hasil pengkajian Klien dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Posisi pasien supine pasien terpasang alat medis IVFD	Posisi pasien supine pasien terpasang alat medis IVFD
Kesadaran	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD : 140/90 mmHg RR : 19 x/m N : 92 x/m S : 36 C MAP : 106 mmHg	TD : 130/80 mmHg RR : 19 x/m N : 92 x/m S : 36,5 C MAP 97 mmHg
Kenyamanan/ Nyeri	Tidak ada keluhan nyeri	Tidak ada keluhan nyeri
Status Fungsional/aktivitas dan mobilitas Bartel indeks	1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri 2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri 3. Membersihkan diri (cuci muka,	1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) : skor 2 Mandiri 2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) : skor 2 Mandiri 3. Membersihkan diri (cuci muka,



	sisir rambut, sikat gigi) : skor 1 mandiri 4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 1 Perlu bantuan 5. Makan : Skor 2 Mandiri 6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : skor 3 mandiri 7. Berpindah/berjalan: skor 2 berjalan dengan bantuan 1 orang 8. Memakai Baju : skor 1 sebagian dibantu 9. Naik turun tangga : skor 1 butuh bantuan 10. Mandi : Skor 1 mandiri TOTAL : 18 Ketergantungan ringan	sisir rambut, sikat gigi) : skor 1 mandiri 4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram) : Skor 1 Perlu bantuan 5. Makan : Skor 2 Mandiri 6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk : skor 3 mandiri 7. Berpindah/berjalan: skor 2 berjalan dengan bantuan 1 orang 8. Memakai Baju : skor 1 sebagian dibantu 9. Naik turun tangga : skor 1 butuh bantuan 10. Mandi : skor 1 mandiri TOTAL : 18 Ketergantungan ringan
--	---	---

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pengkajian observasi kedua pasien sama terpasang IVFD, kesadaran compos mentis, GCS E4 V5 M6, kedua pasien tidak ada keluhan nyeri, aktivitas kedua pasien ketergantungan ringan.

Tabel 4.4 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pemeriksaan fisik	Pasien 1	Pasien 2
A. Pemeriksaan kepala dan leher 1) Kepala dan rambut	Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan	Finger print ditengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam dan putih (uban), rambut mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan
2) Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan
3) Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih,	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah lubang hidung bersih,

	tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip	tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip
4) Mulut & Lidah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .
5) Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik
6) Leher	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan
B. Pemeriksaan thorak sistem pernafasan a. Inspeksi thorak b. Palpasi c. Perkusi d. Auskultasi	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.
C. Pemeriksaan jantung a. Inspeksi dan palpasi b. Perkusi batas jantung c. Auskultasi	Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.	Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

<p>D. Pemeriksaan abdomen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inspeksi</li> <li>Auskultasi</li> <li>Palpasi</li> <li>Perkusi</li> </ol>	<p>BB : 45 kg, TB: 165 cm, IMT : 16,5 kg M2 Kategori BB Kurang .  BAB 1x/hari konsistensi keras, diet lunak, jenis diet : Diet DM 1120 Kalori, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi .  Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi .  Auskultasi : peristaltic 25x/menit  Palpasi : Tegang  Tidak ada nyeri tekan, masa, Hepar Lien tidak ada kelainan  Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.</p>	<p>BB : 46 kg, TB: 160 cm, IMT : 17,5 kg M2 Kategori BB Kurang .  BAB 1x/hari konsistensi keras, diet lunak, jenis diet : Diet DM 1000 Kalori, nafsu makan menurun ,porsi makan tidak habis.  Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi .  Auskultasi : peristaltic 20x/menit  Palpasi : Tegang  Tidak ada nyeri tekan, masa, Hepar Lien tidak ada kelainan  Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.</p>
<p>E. Pemeriksaan Neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inspeksi</li> <li>Auskultasi</li> <li>Palpasi</li> <li>Perkusi</li> </ol>	<p>Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan.</li> <li>N II (optikus) : jarak pandang baik</li> <li>N III (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil</li> <li>N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah</li> <li>N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah</li> <li>N VI (abdusen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri</li> <li>N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik</li> <li>N VIII (vestibulotroklearis) : pendengaran baik</li> <li>N IX (glossofarineus): tidak ada nyeri telan</li> <li>N X (vagus) : bisa mengucap “ah” dan menelan saliva</li> </ol>	<p>Memory Panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kongnisi baik, orientasi orang, saraf sensori nyeri tusuk. Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan.</li> <li>N II (optikus) : jarak pandang baik</li> <li>N III (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil</li> <li>N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah</li> <li>N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah</li> <li>N VI (abdusen) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri</li> <li>N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik</li> <li>N VIII (vestibulotroklearis) : pendengaran baik</li> <li>N IX (glossofarineus): tidak ada nyeri telan</li> <li>N X (vagus) : bisa mengucap “ah” dan</li> </ol>

	<p>11. N XI (assesorius) :</p> <p>12. bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan</p> <p>13. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri</p> <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, refleksi fisiologis : patella (-), refleksi patofisiologis : babinski (-)</p>	<p>menelan saliva</p> <p>11. N XI (assesorius) :</p> <p>bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan</p> <p>12. NXII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri</p> <p>Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, refleksi fisiologis : patella (-), refleksi patofisiologis : babinski (-)</p>
F. Pemeriksaan Sistem perkemihan	Kebersihan genitalia bersih, keluhan kencing polyuria, kemampuan berkemih spontan, produksi urin 1300 ml/hari warna kuning bau amoniak, tidak ada nyeri tekan, balance cairan 51 ml/hari.	Kebersihan genitalia bersih, keluhan kencing polyuria, kemampuan berkemih spontan, produksi urin +1650ml/hari warna kuning bau amoniak, tidak ada nyeri tekan, balance cairan +11 ml/hari.
G. Pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) dan Integumen	Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartement syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit baik, Kekuatan otot : $\begin{array}{r} 5\ 5 \\ \hline 5\ 5 \end{array}$ <p>Tidak ada luka diabetes</p>	Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartement syndrome, , turgor kulit baik, Kekuatan otot : $\begin{array}{r} 5\ 5 \\ \hline 5\ 5 \end{array}$ <p>Tidak ada luka diabetes</p>
H. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA 248 , tidak ada riwayat amputasi	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDA 232 tidak ada riwayat amputasi

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan masalah pada pemeriksaan mata terdapat konjungtiva anemis, pada pemeriksaan mulut dan faring terdapat bibir kering dan pucat pada pemeriksaan abdomen dilakukan pemeriksaan IMT keduanya memiliki kategori



BB kurang, pasien 1 menghabiskan 1/4 porsi makan sedangkan pasien 2 tidak habis pada pemeriksaan perkemihan pasien 1 1300ml/hari pasien 2 +1650ml/hari, pada pemeriksaan integument tidak memiliki luka dekubitus.

Tabel 4.5 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang dengan Diabetes Mellitus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Tindakan	Pasien 1	Pasien 2
Pengkajian spiritual Sebelum Sakit	Sering	Sering
Pengkajian spiritual selama sakit	Kadang – kadang	Kadang-kadang
Pemeriksaan penunjang	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 30/04/2019 1. Leukosit 6,32 10 <sup>3</sup> /ul 2. Eritrosit 2,93 10 <sup>6</sup> /ul 3. Hemoglobin 12,9 g/dl 4. Hematokrit 35.4 % 5. Albumin 2,6 g/dl 6. glukosa sewaktu : 239 mg/dl	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 06/05/2019 1. Leukosit 5,67 10 <sup>3</sup> /ul 2. Eritrosit 2,46 10 <sup>6</sup> /ul 3. Hemoglobin 13,7 g/dl 4. Hematokrit 37,7 % 5. Albumin 3.0 g/dl 6. glukosa sewaktu : 248 mg/dl

Berdasarkan tabel 4.5 ditemukan data dari pemeriksaan penunjang pasien 1 ditemukan hasil laboratorium pada tanggal 30 april 2019 jumlah eritrosit 2.93 10<sup>6</sup>/ul dan albumin 2.6g/dl dibawah nilai normal dan pasien 2 ditemukan hasil laboratorium pada tanggal 06 mei 2019 jumlah eritrosit 2.46 dan Albumin 3.0 g/dl dibawah nilai normal.

Tabel 4.6 Penatalaksanaan terapi klien dengan Diabetes Mellitus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Penatalaksanaan Terapi	
Pasien 1	Pasien 2
1. metformin ( oral ) 2x1 2. apidra ( SC ) 4 unit 3. Metoclopramide ( IV ) 2x1 4. RL (IVFD) 20 tpm	1. nevorapid ( SC ) 4 unit 2. levemir ( SC ) 10 unit 3. RL (IVFD) 20 tpm

Pada pasien 1 dan 2 memiliki penatalaksanaan terapi yang sama, yaitu insulin untuk mengurangi kadar gula pada darah .



### 4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien dengan DM Type II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep	Tanggal ditemukan	Diagnosa Kep
1	06 Mei 2019	Ketidak Stabilan kadar glukosa darah (D.0027) DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan sering minum</li> <li>• Pasien mengatakan sering buang air kecil</li> <li>• Pasien mengatakan mual</li> <li>• Pasien mengeluh Lemas dan pusing</li> <li>• Pasien mengatakan ngantuk</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien nampak sering minum</li> <li>• Pasien nampak lemas</li> <li>• Glukosa sewaktu 244</li> </ul>	06 Mei 2019	Ketidak Stabilan kadar glukosa darah (D.0027) DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan sering minum</li> <li>• Pasien mengatakan sering buang air kecil</li> <li>• Pasien mengatakan mual</li> <li>• Pasien mengeluh Lemas dan pusing</li> <li>• Pasien mengatakan ngantuk</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien nampak sering minum</li> <li>• Pasien nampak lemas</li> <li>• Glukosa sewaktu 248</li> </ul>
2.	06 mei 2019	Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan (D.0019) DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan napsu makan menurun, setiap makan pasien merasamual</li> <li>• Pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan</li> <li>• Pasien mengatakan selama dirawat baju pasien terasa longgar</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan BB 10 Kg</li> <li>• Pasien hanya menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math></li> </ul>	06 mei 2019	Defisit nutrisi b.d kurang asupan makanan (D.0019) DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan napsu makan menurun, setiap makan pasien merasamual</li> <li>• Pasien mengatakan cepat kenyang setelah makan</li> <li>• Pasien mengatakan selama dirawat baju pasien terasa longgar</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometri Lila :26.5 BB : 26 TB :160</li> <li>• Biokimia</li> </ul>

		<p>porsi makanannya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometri Lila: 24 cm BB : 45 kg TB : 165cm</li> <li>• Biokimia : Hb : 12.9 g/dl Ht : 35.4 % Albumin : 2.6 g/dl GDS : 244</li> <li>• Klinik Bibir : Kering Kulit : Kulit kaki dan tangan kering Konjungtiva: Anemis Rambut : Rapuh</li> </ul>		<p>HB : 13.7 HT : 37.7 Albumin : 3.0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliniks Bibir : kering Kulit : tangan dan kaki kering Konjungtiva : anemis Rambut : rapuh</li> <li>• Penurunan BB 10 Kg</li> <li>• Pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi makanannya</li> </ul>
3	06 mei 2019	<p>Resiko jatuh d.d perubahan kadar glukosa darah (D.0143 )</p> <p>Kondisi terkait ::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala Mors : 55</li> <li>• Pasien sering ketoilet</li> <li>• Pasien nampak lemas</li> <li>• Glukosa darah : 244</li> <li>• Sebagian ADL di bantu keluarga</li> </ul>	06 mei 2019	<p>Resiko jatuh d.d perubahan kadar glukosa darah (D.0143 )</p> <p>Kondisi terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skala Mors : 55</li> <li>• Pasien sering ketoilet</li> <li>• Pasien nampak lemas</li> <li>• Glukosa darah : 248</li> <li>• Sebagian ADL di bantu keluarga</li> </ul>
4.	06 mei 2019	<p>Defisit pengetahuan mengenai penyakit dm yang diderita b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien bertanya tentang kondisi penyakit</li> <li>• Pasien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus</li> <li>• Pasien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit dm yang dideritanya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat tidak tenang</li> <li>• Pasien tampak</li> </ul>	06 mei 2019	<p>Defisit pengetahuan mengenai penyakit dm yang dideritanya b/d kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien bertanya tentang kondisi penyakit</li> <li>• Pasien mengatakan Sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus</li> <li>• Pasien mengatakan Kurang begitu paham tentang penyakit dm yang dideritanya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien terlihat tidak tenang</li> <li>• Pasien tampak waspada terhadap keadaannya</li> </ul>

		waspada terhadap keadaanya • Pasien hanya diam saat ditanya tentang penyakit dm yang dideritanya		• Pasien hanya diam saat ditanya tentang penyakit dm yang dideritanya
--	--	---	--	---

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data dari pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan masalah keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 terdiri dari 4 diagnosa keperawatan diantaranya terdapat diagnosa keperawatan yang sama yaitu Ketidak stabilan kadar glukosa darah, defisit nutrisi, resiko jatuh, defisit pengetahuan

#### 4.1.4 Perencanaan

Tabel 4.8 Perencanaan Klien dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>DX KE P</b>	<b>TANGGAL DITEMUKAN</b>	<b>DIAGNOSA KEP</b>	<b>TUJUAN DAN HASIL</b>	<b>INTERVENSI KEP</b>
1	06 Mei 2019	Ketidak Stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Ketidak stabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan Kriteria hasil :  1. Tidaak ada peningkatan urin Output 2. Bibir lembap 3. Tidak ada peningkatan kadar glukosa dar	Managemen Hiperglikemia (I.03115)  1.1 monitor kadar glukosa darah 1.2 monitor tanda – tanda hiperglikemia 1.3 monitor intake dan output cairan 1.4 berikan asupan cairan oral 1.5 anjurkan kepatuhan terhadap diet 1.6 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin


2	06 Mei 2019	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Defisit nutrisi klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien menghabiskan 1 porsi makanannya 2. Tidak ada tanda mal nutrisi 3. Mual berkurang 4. Nafsu makan meningkat 5. Kulit dan bibir klien tidak kering	Manajemen Nurisi (I.03119)  2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Beri informasi tentang kebutuhan nutrisi 2.3 Monitor turgor kulit 2.4 Monitor mual dan muntah 2.5 Monitor kadar albumin 2.6 Monitor konjungtiva 2.7 Anjurkan klien makan sedikit tapi sering 2.8 Anjurkan klien minum air hangat
3	06 Mei 2019	Resiko jatuh b.b perubahan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada kejadian jatuh 2. Klien meningkat dalam aktifitas fisik 3. Klien mampu melakukan ADL secara mandiri	Pencegahan Jatuh (I.14540)  3.1 memonitor tanda – tanda vital 3.2 identifikasi faktor resiko jatuh 3.3 identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh 3.4 hitung resiko jatuh menggunakan skala 3.5 pasang pagar pengaman tempat tidur 3.6 atur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3.7 libatkan keluarga dalam kebutuhan adl pasien

4	06 Mei 2019	Defisit pengetahuan tentang penyakit dm yang dideritanya berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan Defisit pengetahuan klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya	Edukasi Proses penyakit (I.12438)  4.1 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien mengenai proses penyakit 4.2 Jelaskan Patofisiologi penyakit dengan cara yang tepat 4.3 Gambarkan tanda gejala yang muncul pada penyakit dengan cara yang tepat 4.4 Melakukan pendidikan kesehatan
---	-------------	---	---	---


Berdasarkan tabel 4.8 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien tersebut.

#### 4.1.5 Pelaksanaan


Tabel 4.9 Pelaksanaan Pasien 1 dengan DM Type II di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	06/05/19 09.00	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 140/90 mmHg RR : 19x/menit N : 92x/menit S : 36 °C	
2.	09.10	1.2 memebrikan obat oral Mitformin dan injeksi Metoclopramiden	Dalam pemberian obat tidak ada alergi.	
3.	09.15	3.2 mengidentifikasi faktor resiko jatuh	Pasien mengatakan pusing dan lemas	
4.	09.20	3.3 mengidentifikasi faktor lingkungan yang	Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci	



		meningkatkan jatuh		
5.	09.20	3.4 menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55	
6.	09.25	3.5 memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang	Pagar tempat tidur terpasang	
7.	09.25	3.6 mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah	
8.	09.25	3.8 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengerti	
9.	12.00	3.1 mengukur tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 88x/menit S : 36 °C	
10.	12.00	2.3 memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak napsu makan	
11.	12.20	2.2 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan	
12.	12.22	1.6 memberikan insulin apidra 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun	
13.	12.30	1.2 memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan sering BAK	
14.	12.35	1.3 memonitor intake dan output cairn	I : 2515,14 O : 2456 B : + 59.14	
15.	12.40	1.4 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti	
16.	13.00	2.6 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 2.6	
No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	07/05/19 09.00	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 19x/menit N : 92x/menit S : 36 °C	


13.	09.10	1.2	memebrikan obat oral Mitformin dan injeksi Metoclopramiden	Dalam pemberian obat tidak ada alergi.
14.	09.15	3.2	mengidentifikasi faktor resiko jatuh	Pasien mengatakan pusing dan lemas
15.	09.20	3.3	mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh	Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci
16.	09.20	3.4	menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55
17.	09.25	3.6	memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang	Pagar tempat tidur terpasang
18.	09.25	3.6	mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah
19.	09.25	3.9	melibatka keluarga dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengerti
20.	12.00	3.1	mengukur tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 88x/menit S : 36 °C
21.	12.00	2.3	memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak napsu makan
22.	12.20	2.2	megidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan
23.	12.22	1.6	memberikan insulin apidra 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun
13.	12.30	1.2	memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan serng BAK
14.	12.35	1.3	memonitor intake dan output cairan	I :2515,14 O :2456 B : + 59.14
15.	12.40	1.4	menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti
16.	13.00	2.6	memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 2.6
17.	13.30	4.4	melakukan pendidikan	Pasien belum bisa mengulang apa yang di

		kesehatan	katakan perawat	
No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	08/05/19 09.00	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 19x/menit N : 90x/menit S : 36 °C	
24.	09.10	1.2 memebrikan obat oral Mitformin dan injeksi Metoclopramiden	Dalam pemberian obat tidak ada alergi.	
25.	09.15	3.2 mengidentifikasi faktor resiko jatuh	Pasien mengatakan pusing dan lemas	
26.	09.20	3.3 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh	Handrail tempat tidur tersang, roda tempat tidur terkunci	
27.	09.20	3.4 menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55	
28.	09.25	3.7 memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang	Pagar tempat tidur terpasang	
29.	09.25	3.6 mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah	
30.	09.25	3.10melibatka keluarga dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengerti	
31.	12.00	3.1 mengukur tanda vital	D : 130/80 mmHg RR : 18x/menit N : 85x/menit S : 36 °C	
32.	12.00	2.3 memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak napsu makan	
33.	12.20	2.2 megidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan	
34.	12.22	1.6 memberikan insulin apidra 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun	
13.	12.30	1.2 memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan serng BAK	


14.	12.35	1.3 memonitor intake dan output cairn	I :2815,14 O :2456 B : + 359.14	
15.	12.40	1.4 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti	
16.	13.00	2.6 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 2.6	
17.	13.30	4.4 melakukan pendidikan kesehatan	Pasien belum bisa mengulang apa yang di katakan perawat	

Pada tabel 4.9 setelah melakukan penegakkan diagnose keperawatan pada pasien 1 dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien tersebut.

Tabel 4.10 Pelaksanaan Pasien 2 dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie


No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	06/05/19 09.30	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 140/90 mmHg RR : 19x/menit N : 92x/menit S : 36 °C	
4.	09.35	3.2 mengidentifikasi faktor resiko jatuh	Pasien mengatakan pusing dan lemas	
5.	09.40	3.3 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh	Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci	
6.	09.40	3.4 menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55	
7.	09.45	3.8 memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang	Pagar tempat tidur terpasang	
8.	09.45	3.6 mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah	
9.	09.25	3.11melibatkan keluarga dalam	Keluarga mengerti	

		pemenuhan ADL pasien	
10.	12.00	3.1 mengukur tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 88x/menit S : 36 °C
11.	12.00	2.3 memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak nafsu makan
12.	12.20	2.2 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan
13.	12.22	1.6 memberikan insulin nevorapid 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun
14.	12.30	1.2 memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan sering BAK
15.	12.35	1.3 memonitor intake dan output cairn	I : 2115,14 O : 2456 B : + 343.14
16.	12.40	1.4 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti
17.	13.00	2.6 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 3.0

No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	07/05/19 09.30	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 140/90 mmHg RR : 19x/menit N : 92x/menit S : 36 °C	
2.	09.35	3.2 mengidentifikasi faktor resiko jatuh	Pasien mengatakan pusing dan lemas	
3.	09.40	3.3 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh	Handrail tempat tidur terpasang, roda tempat tidur terkunci	
4.	09.40	3.4 menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55	
5.	09.45	3.9 memastikan pagar pengaman tempat tidur	Pagar tempat tidur terpasang	



		terpasang		
6.	09.45	3.6 mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah	
7.	09.25	3.12 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengerti	
8.	12.00	3.1 mengukur tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 88x/menit S : 36 °C	
9.	12.00	2.3 memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak napsu makan	
10.	12.20	2.2 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan	
11.	12.22	1.6 memberikan insulin nevorapid 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun	
12.	12.30	1.2 memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan sering BAK	
13.	12.35	1.3 memonitor intake dan output cairn	I : 2115,14 O : 2456 B : + 343.14	
14.	12.40	1.4 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti	
15.	13.00	2.6 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 3.0	
16.	13.30	4.6 melakukan pendidikan kesehatan	Keluarga pasien mengatakan mengerti	

No	Tanggal /jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
2.	08/05/19 09.30	3.8 Mengukur tanda – tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 19x/menit N : 90x/menit S : 36 °C	
4.	09.35	3.2 mengidentifikasi faktor	Pasien mengatakan pusing dan lemas	



		resiko jatuh	
5.	09.40	3.3 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh	Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci
6.	09.40	3.4 menghitung resiko jatuh menggunakan skala	Skala mors 55
7.	09.45	3.10 memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang	Pagar tempat tidur terpasang
8.	09.45	3.6 mengatur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pada posisi terendah
9.	09.25	3.13 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien	Keluarga mengerti
10.	12.00	3.1 mengukur tanda vital	TD : 130/90 mmHg RR : 20x/menit N : 88x/menit S : 36 °C
11.	12.00	2.3 memonitor asupan makan	Pasien mengatakan tidak napsu makan
12.	12.20	2.2 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan
13.	12.22	1.6 memberikan insulin nevorapid 4 unit	Kadar glukosa pasien menurun
14.	12.30	1.2 memonitor tanda hiperglikemi	Pasien mengatakan sering minum dan serng BAK
15.	12.35	1.3 memonitor intake dan output cairn	I : 2115,14 O : 2456 B : + 343.14
16.	12.40	1.4 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral	Pasien mengatakan mengerti
17.	13.00	2.6 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Albumin : 3.0




Berdasarkan tabel 4.10 tabel diatas bahwa intervensi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan

keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada pasien 1 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit pada tanggal 06-08 Mei 2019, dan pasien ke 2 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit dari tanggal 06-08 Mei 2019.

#### 4.1.6 Evaluasi




Tabel 4.11 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 1 dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
Hari 1  11.00	Dx I Ketidak stabilan kadar glukosa darah	DX I S : - pasien mengatakan sering minum karena haus - Pasien mengatakan minum sebanyak 1 botol aqua besar - Pasien mengatakan sering buang air kecil O : - I : 2455,14  - O : 2116 - B : + 339.14 - GDS : 06.00 235 & 22.00 164 A : Masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi  1.1 monitor kadar glukosa darah 1.2 monitor tanda –tanda hiperglikemia 1.3 monitor intake dan output cairan 1.4 berikan asupan cairan oral 1.5 anjurkan kepatuhan terhadap diet 1.6 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin	
12.00	Dx II Defisit nutrisi	DX II S : - pasien mengatakan tidak nafsu makan O : - Penurunan BB 10 kG - Pasien hanya menghabiskan 1/4 porsi makananya - A: Lila: 24 cm BB : 45 kg TB : 165cm -B: Hb : 12.9 g/dl Ht : 35.4 % Albumin : 2.6 g/dl GDS : 244 -C: Bibir : Kering Kulit : Kulit kaki dan tangan kering Konjungtiva: Anemis Rambut : Rapuh A : Masalah belum teratasi	



		<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.3 Monitor turgor kulit</p> <p>1.4 monitor mual muntah</p> <p>1.6 monitor konjungtiva</p>	
10.30	Dx III Resiko Jatuh	<p>DX III</p> <p>S : - keluarga pasien mengatakan saat ke wc pasien di bantu keluarga</p> <p>O : - tidak ada kejadian jatuh</p> <p>- pagar tempat tidur terpasang</p> <p>- roda tempat tidur terkunci</p> <p>- tempat tidur dalam posisi terendah</p> <p>A : masalah tidak terjadi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	
12.00	Dx IV Kurang Pengetahuan	<p>DX V</p> <p>S : - Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang dm</p> <p>- Pasien bertanya tentang kondisi penyakit dan lukanya</p> <p>- Pasien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>O:- Pasien terlihat tidak tenang</p> <p>- Pasien tampak waspada terhadap keadaannya</p> <p>- Pasien hanya diam saat ditanya tentang penyakit dm yang dideritanya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</p>	
Hari ke 2	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
10.00	Dx I	<p>DX I</p> <p>S : - pasien mengatakan sering minum karena haus</p> <p>- Pasien mengatakan minum sebanyak 1 botol aqua besar</p> <p>- Pasien mengatakan sering buang air kecil</p> <p>O : - I : 2815,14</p> <p>- O : 2456</p> <p>- B : + 359.14</p> <p>- GDS : 06.00 140 &amp; 22.00 243</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.7 monitor kadar glukosa darah</p> <p>1.8 monitor tanda –tanda hiperglikemia</p> <p>1.9 monitor intake dan output cairan</p> <p>1.10 anjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>1.11 kolaborasi pemberian terapi obat dan</p>	




		insulin	
12.30	Dx II	<p>DX II</p> <p>S : - pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O : - pasien mengatakan selama sakit baju pasien terasa longgar</p> <p>- Pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi makananya</p> <p>- A: Lila: 24 cm BB : 45 kg TB : 165cm</p> <p>-B: Hb : 12.9 g/dl Ht : 35.4 % Albumin : 2.6 g/dl GDS : 140</p> <p>-C: Bibir : Kering Kulit : Kulit kaki dan tangan kering Konjungtiva: Anemis Rambut : Rapuh</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.3 Monitor turgor kulit 1.4 monitor mual muntah 1.6 monitor konjungtiva</p>	<i>Elak</i>
11.00	Dx III	<p>DX III</p> <p>S : -</p> <p>O : - tidak ada kejadian jatuh</p> <p>- pagar tempat tidur terpasang - roda tempat tidur terkunci - tempat tidur dalam posisi terendah</p> <p>A : masalah tidak terjadi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	<i>Elak</i>
11.30	Dx IV	<p>DX IV</p> <p>S : Pasien mengatakan mulai memahami tentang proses penyakit dm yang dideritanya</p> <p>O: Pasien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan perawat sesuai informasi yang telah disampaikan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	<i>Elak</i>
Hari ke 3 10.10	Dx I	<p>DX I</p> <p>S : - pasien mengatakan sering minum karena haus</p> <p>- Pasien mengatakan minum sebanyak 1 botol aqua besar</p> <p>- Pasien mengatakan sering buang air kecil</p> <p>O : - I : 2515,14</p> <p>- O :1956 - B : + 559.14 - GDS : 06.00 199 &amp; 22.00 232</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	<i>Elak</i>





		<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor kadar glukosa darah</li> <li>1.2 monitor tanda –tanda hiperglikemia</li> <li>1.3 monitor intake dan output cairan</li> <li>1.4</li> <li>1.5 berikan asupan cairan oral</li> <li>1.6 anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>1.7 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin</li> </ol>	
12.00	Dx II	<p><b>DX II</b></p> <p>S :- Pasien mengatakan mual mulai berkurang</p> <p>O: - Pasien menghabiskan 1 porsi makananya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A : LILA :24</li> <li>BB : 45 Kg</li> <li>TB : 165 cm</li> <li>- B: HB : 12.9 g/ dl</li> <li>HT : 37.0 %</li> <li>Albumin : 3,5 g /dl</li> <li>GDS : 199</li> <li>- C : Bibir :Kering</li> <li>Kulit:Kaki kering</li> <li>Konjungtiva: merah muda</li> <li>Rambut:Rapuh</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 monitor mual muntah</li> <li>1.6 monitor konjungtiva</li> </ol>	
11.00	Dx III	<p>S : - keluarga pasien mengatakan saat ke wc pasien di bantu keluarga</p> <p>O : - tidak ada kejadian jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pagar tempat tidur terpasang</li> <li>- roda tempat tidur terkunci</li> <li>- tempat tidur dalam posisi terendah</li> </ul> <p>A : masalah tidak terjadi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	
13.00	Dx V	<p><b>DX V</b></p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit dm yang dideritanya</p> <p>O: Pasien dapat mengulang beberapa informasi tentang penyakit dm yang telah disampaikan perawat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	

Tabel 4.12 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 dengan Diabetes Militus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie


Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
Hari ke 1 13.00	Dx I	<p><b>DX I</b></p> <p><b>S</b> : - pasien mengatakan sering minum karena haus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering haus dan banyak minum</li> <li>- Pasien mengatakan sering buang air kecil</li> </ul> <p><b>O</b> : - I : 2515,14</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O : 2456</li> <li>- B : + 56.14</li> <li>- GDS : 06.00 248 &amp; 22.00 164</li> </ul> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.12 monitor kadar glukosa darah</li> <li>1.13 monitor tanda –tanda hiperglikemia</li> <li>1.14 monitor intake dan output cairan</li> <li>1.15 berikan asupan cairan oral</li> <li>1.16 anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>1.17 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin</li> </ul>	
13.30	Dx II	<p><b>DX II</b></p> <p><b>S</b> : - Pasien mengatakan nafsu makan menurun, setiap makan pasien merasa mual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan cepat merasa kenyang setelah makan</li> <li>- pasien mengatakan selama dirawat baju klien terasa longgar</li> </ul> <p><b>O</b> :- BB menurun sebanyak 10 kg</p> <p><b>A</b>: Lila: 26.5 cm BB : 46 kg TB : 160cm</p> <p><b>B</b>: Hb : 13.7 g/dl Ht : 37.7 % Albumin : 3.0 g/dl GDS : 248</p> <p><b>C</b>: Bibir : Kering Kulit : Kulit tangan dan kaki kering Konjungtiva: anemis Rambut : Rapuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien hanya menghabiskan makanannya sebanyak 1/4 porsi</li> </ul> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 Monitor turgor kulit</li> <li>1.4 Monitor mual muntah</li> <li>1.5 Monitor albumin</li> <li>1.6 Monitor konjungtiva</li> <li>1.7 Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</li> </ul>	

		1.8 Anjurkan klien minum air hangat	
14.30	Dx III	<p>DX III</p> <p>S : - keluarga pasien mengatakan saat ke wc pasien di bantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan ingin di pasang selang kencing</li> </ul> <p>O : - tidak ada kejadian jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pagar tempat tidur terpasang</li> <li>- roda tempat tidur terkunci</li> <li>- tempat tidur dalam posisi terendah</li> <li>- pasien nampak lemas</li> </ul> <p>A : masalah tidak terjadi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 memonitor tanda – tanda vital</li> <li>3.2 identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>3.3 identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh</li> <li>3.4 hitung resiko jatuh menggunakan skala</li> <li>3.5 pasang pagar pengaman tempat tidur</li> <li>3.6 atur posisi tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>3.7 libatkan keluarga dalam kebutuhan adl pasien</li> </ul>	
14.50	Dx IV	<p>DX IV</p> <p>S : - Pasien bertanya tentang kondisi penyakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit dm yang dideritanya</li> <li>- Pasien mengatakan kurang begitu paham tentang penyakit dm yang dideritanya</li> </ul> <p>O : - Pasien terlihat tidak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ - Pasien tampak waspada terhadap penyakitnya</li> <li>- Pasien hanya diam saat ditanya tentang penyakit dm yang dideritanya</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.2 Jelaskan patofisiologi penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>5.4 Melakukan pendidikan kesehatan</li> </ul>	
Hari ke 2 13.00	Dx I	<p>DX I</p> <p>S : - pasien mengatakan sering minum karena haus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering haus dan banyak minum</li> <li>- Pasien mengatakan sering buang air kecil</li> </ul> <p>O : - I : 2515,14</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O : 2456</li> <li>- B : + 56.14</li> <li>- GDS : 06.00 248 &amp; 22.00 164</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

		<p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1.18 monitor kadar glukosa darah  1.19 monitor tanda –tanda hiperglikemia  1.20 monitor intake dan output cairan  1.21 berikan asupan cairan oral  1.22 anjurkan kepatuhan terhadap diet  1.23 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin</p>	
14.00	Dx II	<p>DX II</p> <p>S :- Pasien mengatakan mual dan muntah mulai berkurang  O :- BB turun 10 kg  - A: Lila: 6.5 cm  BB : 46 kg  TB : 160cm  B: Hb : 13.7 g/dl  Ht : 37.7 %  Albumin : 3.0 g/dl  GDS : 180  C: Bibir : Lembab  Kulit : Kulit tangan dan kaki kering  Konjungtiva: merah muda  Rambut : Rapuh  - Pasien hanya menghabiskan makananya sebanyak 1/2 porsi  A : Masalah belum teratasi  P: Lanjutkan Intervensi  1.3 Monitor turgor kulit  1.4 Monitor mual muntah  1.5 Monitor albumin  1.6 Monitor konjungtiva  1.7 Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering  1.8 Anjurkan klien minum air hangat</p>	Eluk
14.20	Dx III	<p>DX III</p> <p>S :-  O :- tidak ada kejadian jatuh  - pagar tempat tidur terpasang  - roda tempat tidur terkunci  - tempat tidur dalam posisi terendah  - pasien terpasang selang kateter  A : masalah tidak terjadi  P : pertahankan intervensi</p>	Eluk
14.30	Dx V	<p>DX V</p> <p>S : - Pasien mengatakan sudah mulai paham mengenai tanda gejala penyakit dm yang dideritanya  O : - Pasien dapat mengulang beberapa informasi yang telah disampaikan perawat  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi  5.5 Melakukan pendidikan kesehatan</p>	Eluk
Hari ke 3	Dx I	<p>DX I</p> <p>S :- pasien mengatakan sering minum kurang lebih 1 bot</p>	Eluk

12.00		<p>aqua besar</p> <p>O : - I : 2015,14</p> <p>- O : 2456</p> <p>- B : + 1956</p> <p>- GDS : 06.00 180 &amp; 22.00 168</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor kadar glukosa darah</li> <li>1.2 monitor tanda –tanda hiperglikemia</li> <li>1.3 monitor intake dan output cairan</li> <li>1.4 berikan asupan cairan oral</li> <li>1.5 anjurkan kepatuhan terhadap diet</li> <li>1.6 kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin</li> </ol>	
12.20	Dx II	<p><b>DX II</b></p> <p>S :- Pasien mengatakan mual dan muntah mulai berkurang</p> <p>O :- BB turun 10 kg</p> <p>- A: Lila: 26.5 cm</p> <p>BB : 46 kg</p> <p>TB : 160 cm</p> <p>B: Hb : 12.0 g/dl</p> <p>Ht : 37.0 %</p> <p>Albumin : 3.5 g/dl</p> <p>GDS : 155</p> <p>C: Bibir : lembab</p> <p>Kulit : Kulit tangan dan kaki kering</p> <p>Mata : Konjungtiva merah muda</p> <p>Rambut : Rapuh</p> <p>- Klien menghabiskan 1 porsi makananya</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 Monitor turgor kulit</li> <li>1.4 Monitor mual muntah</li> <li>1.7 Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering</li> <li>1.8 Anjurkan klien minum air hangat</li> </ol>	
10.10	Dx III	<p><b>DX III</b></p> <p>S :-</p> <p>O : - tidak ada kejadian jatuh</p> <p>- pagar tempat tidur terpasang</p> <p>- roda tempat tidur terkunci</p> <p>- tempat tidur dalam posisi terendah</p> <p>- pasien terpasang selang kateter</p> <p>A : masalah tidak terjadi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	



12.40	Dx IV	DX IV S : Klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit dm yang dideritanya O: Klien dapat mengulangi beberapa informasi tentang penyakit dm yang telah disampaikan perawat A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	
-------	-------	---	---

Tabel diatas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pada klien satu menunjukkan 2 diagnosa keperawat teratasi, dan 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian,. Pada klien 2 dilakukan perawatan selama 3 hari, Evaluasi klien 2 diagnosa yang teratasi 2, teratasi sebagian 2.

#### 4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus *Diabetes Millitus* yang telah dilakukan sejak tanggal 06-08 Mei 2019 diruangan Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

##### 4.2.1 Pengkajian

Ketidak Stablan kadar glukosa darah pada pengkajian pasien pertama keluhan subjektif yaitu pasien mengeluh sering haus dan sering buang air kecil, pasien mengeluh lemas dan keluhan objektif yaitu pasien nampak sering minum, nampak lelah lemas, kadar glukosa dalam darah tinggi 244.

Pada pengkajian pasien kedua keluhan subjektif pasien mengeluh merasa lemas dan lelah, pasien mengeluh sering minum sehingga pasien sering buang air kecil.

Keluhan objektif pasien terlihat lemas dan lelah, pasien sering minum dan buang air kecil, kadar glukosa dalam darah tinggi 248.

Hal ini sesuai menurut teori Dalimatha (2007) pada penyakit *Diabetes Militus* yang memiliki tanda dan gejala sering haus, sering buang air kecil, mual, lelah atau lemah, dan kadar glukosa dalam darah/urine tinggi.

Berdasarkan pendapat penulis terhadap kesamaan dan kesenjangan antara kasus peneliti temukan dengan teori yang dikemukakan pada klien diabetes militus dengan ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yaitu, pasien merasa haus, pasien sering buang air kecil, pasien merasa lemah dan lelah, dan glukosa dalam darah pasien tinggi.

Gangguan nutrisi pada pengkajian pasien pertama keluhan subjektifnya yaitu klien mengeluh mual, perut terasa kenyang saat makan, dan keluhan objektif, penurunan berat badan 10 kg, kulit kering, bibir kering, pemeriksaan antropometri lingkaran lengan 24 cm, berat badan 45 kg, tinggi badan 165 cm, pemeriksaan hemoglobin 12.9 g/dl, albumin 2,6 g/dl, bibir kering, kulit kaki tangan kering, dan konjungtiva anemis.

Pada pengkajian pasien kedua keluhan subjektif nafsu makan menurun dikarenakan mual, perut terasa kenyang, dan keluhan objektif pemeriksaan antropometri lingkaran lengan 26.5 cm, berat badan 48 kg, tinggi badan 160 cm, pemeriksaan hemoglobin 13.7 g/dl, albumin 3.0 g/dl, bibir kulit tangan dan kaki kering, mata anemis .

Hal ini sesuai teori menurut Doenges (2000) pada penyakit *Diabetes Militus* yang memiliki tanda dan gejala hilang nafsu makan, mual/muntah, penurunan berat badan, kulit kering, turgor jelek, distensi abdomen, dan napas berbau aseton.

Berdasarkan pendapat penulis terhadap kesamaan dan kesenjangan antara kasus peneliti temukan dengan teori yang dikemukakan pada pasien diabetes militus dengan deficit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan yaitu mual, penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, kulit kering, mata anemis, penurunan hemoglobin, dan rambut rapuh .

Resiko jatuh pada pasien pertama tidak ada keluhan subjektif. Keluhan objektif pasien yaitu dari penilaian skala jatuh menggunakan skala *morse* berjumlah 55 yang berarti resiko tinggi untuk jatuh, tingginya kadar glukosa dalam darah, lamanya pasien menderita diabetes, dan kondisi lingkungan pasien saat di rawat. Pada pasien kedua sama tidak memiliki keluhan subjektif. Keluhan objektif pasien yaitu dari penilaian skala jatuh menggunakan skala *morse* berjumlah 55 yang berarti resiko tinggi untuk jatuh, tingginya kadar glukosa dalam darah, lamanya pasien menderita diabetes, dan kondisi lingkungan pasien saat di rawat.

Menurut *Montana Chronic Disease Prevention & health promotion bireau* (2010) tingginya kadar glukosa dalam darah/urine, serta lamanya seseorang menderita diabetes melitus dapat meningkatkan potensi unuk jatuh karena semakin lama seseorang menderita diabetes melitus meningkatkan terjadinya berbagai macam komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler sehingga dapat menyebabkan terjadinya penurunan pada sistem keseimbangan tubuh. Demikian faktor lain seperti tingginya glukosa dalam darah/urine, pengkonsumsian obat-

obatan diabetes, usia, kekuatan dan keseimbangan tubuh, serta lingkungan tempat tinggal.

Pengkajian diagnosa terakhir klien pertama keluhan subjektifnya yaitu pasien selalu bertanya mengenai kondisi penyakit dikarenakan belum pernah mengalami penyakit ini sebelumnya serta kurang begitu paham tentang penyakit diabetes melitus yang dideritanya keluhan objektif pasien tidak terlihat tenang. Pada pasien kedua keluhan subjektif yaitu pasien kurang begitu memahami mengenai penyakit diabetes mellitus data objektif pasien tidak tenang dan hanya diam saat ditanya mengenai penyakit dm yang dideritanya

Menurut Notoadmodjo (2004), Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang diabetes mellitus mengakibatkan masyarakat baru sadar terkena penyakit diabetes mellitus setelah mengalami sakit parah Menurut penulis klien yang tidak memahami mengenai kondisi penyakit yang dideritanya maka sulit untuk dilakukan pencegahan terjadinya luka maka sesuai fakta dengan teori yang dikemukakan.

Maka kesimpulan penulis mengenai keluhan subjektif serta objektif yang terjadi pada pasien diabetes mellitus dengan teori menurut beberapa penelitian sesuai antara teori dan fakta.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam SDKI (2017) terdapat 10 diagnose keperawatan yang muncul pada kasus diabetes mellitus yaitu, defisit nutrisi, resiko syok, gangguan integritas kulit dan jaringan, resiko infeksi, retensi urin, perfusi perifer tidak efektif, resiko ketidakseimbangan elektrolit,



ketidakstabilan kadar glukosa darah, Resiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif, dan Resiko perfusi renal tidak efektif.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, resiko jatuh berhubungan dengan perubahan kadar glukosa darah dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berikut pembahasan diagnose yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 dan 2 yaitu :

#### 4.2.2.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Dimana kedua pasien mengeluh sering haus dan sering buang air kecil, pasien mengeluh lemas dan keluhan objektif yaitu pasien nampak sering minum, nampak lelah lemas, dan kadar glukosa dalam darah tinggi . ketidak stabilan kadar glukosa darah pada diabetes melitus di sebabkan karena pasien yang mengalami resistensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma. Pada hiperglikemia parah, akan timbul glukosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan menyebabkan deuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potassium, dan pospat resiko ketidak stabilan kadar glukosa darah dengan cara insulin terikat dengan reseptor khusus permukaan sel.



Menurut penulis pasien yang memiliki *diabetes mellitus* berisiko terjadinya ketidak stabilan kadar gula darah dikarenakan terganggunya kestabilan glukosa dalam darah yang disebabkan kekurangan insulin yang di hasilkan oleh kelenjar pankreas.

#### 4.2.2.2 Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan

Dimana kedua pasien mengeluh mual, nafsu makan menurun, perut terasa penuh, kulit kering, berat badan turun, hemoglobin normal, konjungtiva anemis. Defisit nutrisi pada diabetes melitus disebabkan karena ketidakmampuan dalam mendapat dan mengolah makanan, kurang pengetahuan mengenai gizi esensial dan diet seimbang, tidak nyaman selama atau setelah makan, disfagia, anoreksia (kehilangan nafsu makan), mual atau muntah, dan sebagainya.

Pencernaan dan penyerapan zat gizi yang tidak sesuai disebabkan karena produksi hormon yang tidak memadai. Defisit nutrisi dihubungkan dengan penurunan berat badan yang mencolok, kelemahan umum, perubahan kemampuan fungsional, kelambatan penyembuhan luka, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan perpanjangan rawat inap (Barbara et al., 2011). Pada diabetes sel-sel membutuhkan insulin untuk membawa glukosa hanya sekitar 25% untuk energi. Kecuali jaringan saraf, eritrosit dan sel-sel usus, hati dan tubulus ginjal tidak membutuhkan insulin untuk trasport glukosa. Sel-sel lain seperti, jaringan adipose, otot jantung membutuhkan insulin untuk transport glukosa.

Tanpa adekuatnya jumlah insulin, banyak glukosa tidak dapat digunakan, supaya terjadi keseimbangan agar gula darah kembali menjadi normal maka tubuh mengeluarkan glukosa melalui ginjal, sehingga banyak glukosa berada dalam urin

(glukosuria) (Tarwoto, 2012). Glukosa yang hilang bersamaan dengan urin menyebabkan terjadinya penurunan berat badan, hal ini menyebabkan berisiko terjadinya defisit nutrisi (Khasanah, Purwanti, & Sunarto, 2016).

Menurut penulis pasien yang memiliki *diabetes mellitus* berisiko terjadinya defisit nutrisi dikarenakan kemampuan tubuh tidak stabil dalam mengelolah asupan nutrisi secara menyeluruh.

#### 4.2.2.3 Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan kadar glukosa darah

Diagnosa ini muncul karena dari penilaian skala mors kedua pasien berisiko jatuh, mengeluh lemas, dan lelah, kaki kesemutan, sering buang air kecil dan kondisi lingkungan rumah sakit yang licin.

Diabetes melitus adalah penyakit yang disebabkan oleh penurunan kadar hormon insulin yang di produksi oleh kelenjar pankreas yang mengakibatkan meningkatnya kadar glukosa dalam darah. Penurunan ini mengakibatkan glukosa yang di konsumsi oleh tubuh tidak dapat di proses secara sempurna sehingga konsentrasi glukosa dalam darah akan meningkat. Meningkatnya kadar glukosa pada darah mengakibatkan pasien merasa lemas, lemah pusing mual, sehingga sangat berisiko untuk jatuh.

Menurut penulis pasien yang memiliki *diabetes mellitus* berisiko jatuh dikarenakan kemampuan tubuh tidak stabil dalam beraktivitas.

#### 4.2.2.4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diagnosa ini muncul karena kedua klien tidak tau mengenai kondisi penyakit dan lukanya bisa sembuh dikarenakan belum pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes melitus.

Tingginya jumlah penderita diabetes melitus antara lain disebabkan oleh perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan rendah, kesadaran untuk melakukan deteksi dini penyakit diabetes mellitus yang kurang, minimnya aktivitas fisik dan pengaturan pola makan tradisional yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran ke pola makan kebarat-baratan, dengan komposisi makan yang terlalu banyak mengandung protein, lemak, gula, garam, dan sedikit mengandung serat (Sudoyo, 2006).

Menurut penulis tingkat pengetahuan pasien dilihat dari lama, dan pengalaman pasien memiliki penyakit *diabetes mellitus*.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan ketidak stabilan kadar glukosa darah berdasarkan criteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: tidak ada peningkatan urine output, bibir lembap, tidak ada peningkatan kadar glukosa darah. Rencana tindakan dalam ketidak stabilan kadar glukosa darah meliputi: monitor kadar glukosa darah, monitor tanda –tanda hiperglikemia, monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan oral, anjurkan kepatuhan terhadap diet, kolaborasi pemberian terapi obat dan insulin

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan deficit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan berdasarkan criteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan deficit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pasien

menghabiskan 1 porsi makananya, tidak ada tanda mal nutrisi, tidak terjadi penurunan BB yang berarti, kulit dan bibir klien tidak kering. Rencana tindakan dalam diagnose deficit nutrisi meliputi: kaji adanya alergi makanan, beri informasi tentang kebutuhan nutrisi, monitor turgor kulit, monitor mual dan muntah, monitor kadar albumin, monitor konjungtiva, anjurkan pasien makan sedikit tapi sering, dan anjurkan pasien minum air hangat.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan resiko jatuh berhubungan dengan perubahan kadar glukosa darah berdasarkan criteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil: tidak ada kejadian jatuh. Rencana tindakan dalam diagnose gangguan mobilitas fisik meliputi: monitor tanda- tanda vital, monitor resiko jatuh, identifikasi lingkungan yang meningkatkan jatuh, hitung resiko jatuh menggunakan skala, pasang pengaman tempat tidur, atur posisi tempat tidur paa posisi terendah, libatkan keluarga dalamkebutuhan ADL pasien.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi berdasarkan criteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan deficit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil: pasien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya. Rencana tindakan dalam diagnose deficit pengetahuan meliputi: berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit, jelaskan patofisiologi



penyakit dengan cara yang tepat, gambarkan tanda gejala muncul pada penyakit dengan cara yang tepat, melakukan pendidikan kesehatan.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada pasien satu selama 3 hari perawatan pada pasien satu hari pertama tanggal 06 Mei 2019 jam 09.00 yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 92x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C , jam 09.10 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.15 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.20 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpasang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.20 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.25 memastikan pagar tempat tidur terpasangevaluasi pagar tempat tidur terpasang,jam 09.25 memastikan tempat tidur daalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.00 mengukur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/90 mmHg pernapasan 20x/menit nadi 88x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakn tidak napsu makan,jam 12.20 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan evaluasi pasien mengatakn tidak ada alergi makan, jam 12.22 memberikan terapi insulin evaluasi apidra 4 unit,jam 12.30 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.35 memonitor intake dan output pasien evaluasi input 2515,14 output 2456 belen cairan +59.14. jam 12.40



menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 2.6

Pada hari kedua tindakan yang dilakukan pada klien satu yaitu jam 09.00 yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekaan darah 140/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 92x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C , jam 09.10 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.15 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.20 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.20 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.25 memastikan pagar tempat tidur terpasangevaluasi pagar tempat tidur terpasang,jam 09.25 memastikan tempat tidur daalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.00 mengkur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/90 mmHg pernapasan 20x/menit nadi 88x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakn tidak napsu makan,jam 12.20 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan evaluasi pasien mengatakn tidak ada alergi makan, jam 12.22 memberikan terapi insuln evaluasi apidra 4 unit,jam 12.30 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.35 memonitor intake dan output pasien evaliasi input 2815,14 output 2456 belen cairan +359.14. jam 12.40 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 2.6,

jam 13.30 memberik pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga evaluasi pasien mulai mengerti namun tidak dapat mengulang apa yang di sampaikan oleh perawat

Pada hari ketiga tindakan yang dilakukan pada klien satu yaitu jam 09.00 yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekaan darah 130/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C , jam 09.10 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.15 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.20 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.20 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.25 memastikan pagar tempat tidur terpasangevaluasi pagar tempat tidur terpasang,jam 09.25 memastikan tempat tidur daalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.00 mengkur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/90 mmHg pernapasan 18x/menit nadi 88x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakn tidak napsu makan,jam 12.20 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan evaluasi pasien mengatakn tidak ada alergi makan, jam 12.22 memberikan terapi insuln evaluasi apidra 4 unit,jam 12.30 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.35 memonitor intake dan output pasien evaliasi input 2815,14 output 2456 belen cairan +359.14. jam 12.40 menganjrkkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 2.6,

jam 13.40 memberikan pendidikan kesehatan terkait penyakit evaluasi pasien dan keluarga mampu menyebutkan apa yang di terangkanoleh perawat

Tidak semua intervensi terlaksana selama perawatan tiga hari pada klien satu ada intervensi yang belum dilakukan yaitu diagnose deficit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan ialah memberi informasi tentang kebutuhan nutrisi, memonitor turgor kulit, kedua intervensi ini tidak dilakukan karena masuk kedalam pengkajian awal, dan informasi mengenai kebutuhan nutrisi dijelaskan bersamaan dengan pendidikan kesehatan pada hari ketiga,

Pada klien dua hari pertama tanggal 06 Mei 2019 jam 09.30 tindakan yang dilakukan pada klien dua yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekaan darah 140/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 92x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C , jam 09.40 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.45 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.50 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.50 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.55 memastikan pagar tempat tidur terpasangevaluasi pagar tempat tidur terpasang,jam 10.00 memastikan tempat tidur daalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.30 mengkur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/90 mmHg pernapasan 20x/menit nadi 88x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakn tidak napsu makan,jam 12.35

mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan evaluasi pasien mengatakn tidak ada alergi makan, jam 12.42 memberikan terapi insulin evaluasi apidra 4 unit,jam 12.40 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.45 memonitor intake dan output pasien evaluasi input 2115,14 output 2456 belen cairan -343.14. jam 12.40 menganjrkkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 3.0

Pada hari kedua tindakan yang dilakukan pada klien dua yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C , jam 09.40 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.45 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.50 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpsang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.50 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.55 memastikan pagar tempat tidur terpasangevaluasi pagar tempat tidur terpasang,jam 10.00 memastikan tempat tidur daalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.30 mengkur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/80 mmHg pernapasan 18x/menit nadi 85x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakn tidak napsu makan,jam 12.35 mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan evaluasi pasien mengatakn



tidak ada alergi makan, jam 12.42 memberikan terapi insulin evaluasi apidra 4 unit, jam 12.40 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.45 memonitor intake dan output pasien evaluasi input 2815,14 output 2456 belan cairan +359.14. jam 12.40 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 3.0, jam 13.30 memberikan pendidikan kesehatan terkait penyakit evaluasi pasien mengerti

Pada hari ketiga tindakan yang dilakukan pada klien dua jam 09.30.00 yaitu tindakan mengukur tanda – tanda vital dengan hasil tekanan darah 130/90 mmHg, pernapasan 19x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 36<sup>0</sup>C, jam 09.40 dilakukan tindakan kolaborasi pemberian obat mitroclorapid melalui intravena dan mitformin melalui oral evaluasi pasien mengatakan mual, badan terasa lemas., jam 09.45 memonitor faktor resiko jatuh evaluasi pasien mengatakan pusing dan lemas, jam 09.50 mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan jatuh evaluasi Handrail tempat tidur terpasang, roda tempat tidur terkunci, jam 09.50 menghitung resiko jatuh menggunakan skala mors evaluasi skala jatuh 55, jam 09.55 memastikan pagar tempat tidur terpasang evaluasi pagar tempat tidur terpasang, jam 10.00 memastikan tempat tidur dalam posisi terendah evaluasi tempat tidur pasien dalam posisi terendah, 09.30 melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL pasien evaluasi pasien mengerti, jam 12.30 mengukur tanda vital pasien evaluasi tekanan darah 130/90 mmHg pernapasan 19x/menit nadi 85x/menit suhu 36<sup>0</sup>C, jam 12.20 memonitor asupan makanan evaluasi pasien mengatakan tidak napsu makan, jam 12.35 mengidentifikasi alergi dan intoleransi



makanan evaluasi pasien mengatakan tidak ada alergi makan, jam 12.42 memberikan terapi insulin evaluasi apidra 4 unit, jam 12.40 memonitor tanda hiperglikemi evaluasi pasien pasien mengatakan sering minum dan BAK, jam 12.45 memonitor intake dan output pasien evaluasi input 2015,14 output 1956 belen cairan +59.14. jam 12.40 menganjurkan pasien untuk mengasup cairan oral evaluasi pasien mengerti, jam 13.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium evaluasi albumin 3.6

Tidak semua intervensi terlaksana selama perawatan tiga hari pada klien dua ada intervensi yang belum terlaksana yaitu diagnose deficit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan ialah memberi informasi tentang kebutuhan nutrisi, memonitor turgor kulit, kedua intervensi ini tidak dilakukan karena masuk kedalam pengkajian awal, dan informasi mengenai kebutuhan nutrisi dijelaskan bersamaan dengan pendidikan kesehatan pada hari kedua.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

4.2.5.1 Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien satu setelah perawatan selama tiga hari pada pasien satu keluhan subjektif pasien mengatakan sering minum karena haus, pasien mengatakan minum sebanyak 1 botol besar aqua, pasien mengatakan sering buang air kecil keluhan objektif yaitu cairan input pasien 2515.14 output 1956 belen cairan +343.14 kadar glukosa darah pada pukul 06.00 199 dan pada pukul 22.00 232. Masalah teratasi seperti seringnya pasien merasa haus dan buang air kecil dan kadar glukosa darah yang tinggi.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien satu setelah perawatan selama tiga hari pada pasien satu keluhan subjektif pasien mengatakan pasien mengatakan minum sebanyak 1 botol besar aqua, keluhan objektif yaitu cairan input pasien 2015.14 output 1956 belencairan +59.14 kadar glukosa darah pada pukul 06.00 180 dan pada pukul 22.00 168

Masalah teratasi seperti seringnya pasien merasa haus dan buang air kecil dan kadar glukosa darah yang tinggi.

#### 4.2.5.2 Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan

Hasil evaluasi yang didapatkan pada klien satu setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif klien mengatakan mual mulai berkurang, klien menghabiskan 1 porsi makananya data objektif pemeriksaan antropometri lingkaran lengan 24 cm, berat badan 45 kg, tinggi badan 165 cm, pemeriksaan laboratorium hemoglobin 12,9 g/dl, hematokrit 37,0 %, Albumin 3,5 g/dl, Gds 199 g/dl, bibir, kulit kering, konjungtiva merah muda, dan rambut rontok. Masalah masih sebagian tertasi sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum teratasi seperti kulit kaki dan bibir klien kering.

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan pada klien dua setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan mual muntah mulai berkurang keluhan objektif pada pemeriksaan antropometri lingkaran lengan 24 cm, berat badan 42 kg ada penurunan berat badan yaitu 6 kg, tinggi badan 151 cm, pemeriksaan darah hemoglobin 12 g/dl, hematokrit 37 %, albumin 3,5 g/dl, gds 155 g/dl, kulit tangan dan kaki kering. Masalah masih sebagian tertasi sesuai

dengan kriteria hasil ada masalah yang belum terpenuhi seperti kulit kaki dan bibir klien kering.

#### 4.2.5.3 Resiko jatuh berhubungan dengan perubahan kadar glukosa darah

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan objektif tidak ada kejadian jatuh, pagar tempat tidur terpasang, roda tempat tidur terkunci, tempat tidur dalam posisi terendah. Masalah teratasi sesuai kriteria hasil yang diinginkan.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan objektif tidak ada kejadian jatuh, pagar tempat tidur terpasang, roda tempat tidur terkunci, tempat tidur dalam posisi terendah, pasien terpasang kateter. Masalah teratasi sesuai kriteria hasil yang diinginkan.

#### 4.2.5.4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif klien mengatakan sudah mulai paham mengenai penyakit yang dideritanya keluhan objektif klien dapat mengulangi beberapa informasi tentang penyakit diabetes mellitus yang telah disampaikan perawat. Masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan.

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan sudah paham mengenai penyakit yang dialaminya keluhan objektif klien dapat mengulangi beberapa informasi tentang penyakit dm yang telah disampaikan . Masalah tertasi sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus di ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie .Penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua klien menunjukkan adanya tanda gejala yang sama. Keluhan yang dirasakan oleh klien ke 1 juga dirasakan oleh klien ke 2 . Tanda dan gejala yang muncul yang dirasakan oleh kedua klien yaitu demam, mual, kaki keram, tidak napsu makan dan kadar glukosa yang tidak normal. Hal ini menunjukkan bahwa pasien terdiagnosa diabetes melitus.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien tersebut yaitu, Ketidak Stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis, Resiko jatuh b.b perubahan kadar glukosa darah, Defisit pengetahuan tentang penyakit dm yang dideritanya berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh penulis, bertujuan untuk mengatasi terjadinya masalah yang di rasakan oleh pada pasien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan



rencana yang dibuat, dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan .

5.2 Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien 1 yaitu 2 diagnosa teratasi sebagian dan 2 diagnosa sudah teratasi. Diagnosa teratasi sebagian ketidak stabilan kadar glukosa darah yang dapat di lihat dari belum stabilnya kadar glukosa darah (199), defisit nutrisi dapat dilihat dari belum adekuatnya kebutuhan nutrisi pasien. Diagnosa yang sudah teratasi yaitu resiko jatuh dapat dilihat dari tidak adanya kejadianjatuh pada pasien, kurangnya pengetahuan terkait penyakit yang dilihat dari pasien paham terkait penyakit yang dialami.. Hasil evaluasi keperawatan pada pasien yaitu 2 diagnosa teratasi sebagian dan 2 diagnosa sudah teratasi. Diagnosa teratasi sebagian ketidak stabilan kadar glukosa darah yang dapat di lihat dari belum stabilnya kadar glukosa darah (155), defisit nutrisi dapat dilihat dari belum adekuatnya kebutuhan nutrisi pasien. Diagnosa yang sudah teratasi yaitu resiko jatuh dapat dilihat dari tidak adanya kejadianjatuh pada pasien, kurangnya pengetahuan terkait penyakit yang dilihat dari pasien paham terkait penyakit yang dialami.



### **5.3 Saran**

#### **5.3.1 Bagi Instansi Rumah Sakit**

Diharapkan dengan memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien yang di tunjukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal.

#### **5.3.2 Bagi Keluarga**

Keluarga sangat berperan dalam penatalaksanaan diabetes melitus, yaitu dengan memberikan suport serta mendukung segala bentuk pengobatan yang terbaik. Saat responden melakukan diet, keluarga berperan dalam mengingatkan tentang makanan yang sebaiknya tidak dikonsumsi dan dapat memantau aktivitas selama prose diet.

#### **5.3.3 Bagi Penulis Selanjutnya**

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan data dasar untuk melakukan studi kasus selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Assosiation (ADA)*. (2012). *Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*. 34 (1) : 42-57.
- American Diabetes Association (ADA)*. (2015). *Standards of medical care in diabetes*. *Diabetes Care*,3(1), 1-93.
- Brunner, Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta : EGC.
- Brunner, Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta : EGC.
- Carpenito, L.J. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Dalimartha, S. (2007). *Ramuhan Tradisional Untuk Pengobatan Diabetes Mellitus*. Jakarta : Penebar Swadaya
- Departemen Kesehatan RI, (2015). *Farmaceutical Care untuk Penyakit Diabetes Melitus*.
- Doengoes, Marilyn. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawat Pasien*. Jakarta: EGC
- Guyton, A. C., Hall, J. E., (2014). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 12. Jakarta : EGC, 1022
- Guyton, Hall JE. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran (Terjemahan)*. 11 ed. Rachman RY, Hartanto H, Novrianti A, Wulandari N, editors. Jakarta: EGC; 2006. P. 423-35
- Hasdianah. (2012). *Mengenal Diabetes Mellitus Pada Orang Dewasa dan Anak – Anak Dengan Solusi Herbal*. Yogyakarta : Nuha Medika
- IDF. (2015). *IDF Diabetes Atlas Sixth Edition, International Diabetes Federation 2013*.[http://www.idf.org/sites/default/files/EN\\_6E\\_Atlas\\_Full\\_0.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf) diakses tanggal 23 November 2018.

- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2015*. Dunia : IDF
- Muttaqin, Arif. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Imunologi*. Jakarta: Salemba Medika
- NANDA ( 2013 ). *Diagnosa Keperawatan* Jakarta : EGC
- NANDA ( 2016 ). *Diagnosa Keperawatan* Jakarta : EGC
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta. DPP PPNI
- Price, S.A., dan Wilson, L.M., (2006), *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses Proses Penyakit*, Edisi 6, hal. 1271; Huriawati H, Natalia S, Pita Wulansari, Dewi Asih (eds), Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*. Diakses: 23 November 2018, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>.
- Rendy dan Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, (2002), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth* (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk), EGC, Jakarta.
- Sudoyo A, et al. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FKUI; 2006.
- Tarwoto dan Wartonah, (2011). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* Jakarta. Salemba Medika.
- Waspadji, S. (2007). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

WHO. (2016) STEPS: A framework for Surveillance, the WHO STEP (Use Approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases). Geneva. Dalam <http://www.who.int/cardiovascular diseases/resources/atlas/en/> Diakses 28 Juli 2010.

