

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS**  
**DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN**  
**KADAR GLUKOSA DARAH DIDESA KALIPUCANG**  
**TUTUR**



**Oleh :**  
**SITI ANNISA ULHOFIAYH**  
**NIM. 1801089**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA**  
**SIDOARJO**  
**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS**  
**DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN**  
**KADAR GLUKOSA DARAH DI DESA**  
**KALIPUCANG**  
**TUTUR**

**Sebagai Prasyarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli**  
**Madya Keperawatan (Amd. Kep) Di Politeknik**  
**Kesehatan Kerta Cendekia**



**Oleh:**  
**SITI ANNISA ULHOFIYAH**

**NIM : 1801089**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN POLITEKNIK**  
**KESEHATAN KERTA CENDEKIA**  
**SIDOARJO**  
**2021**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Annisa Ulhofiyah  
NIM : 1801089  
Tempat, Tanggal Lahir : Pasuruan, 26 Februari 2000  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI DESA KALIPUCANG TUTUR ”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian atau keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Pasuruan, 18 Maret 2021

Yang Menyatakan,



Siti Annisa Ulhofiyah  
NIM. 1801089

Mengetahui,

Pembimbing 1



Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep., M. Kes  
NIDN. 0725027901

Pembimbing 2



Ns. Dwining Handayani, S.Kep., M.Kes  
NIDN : 3418057701



**LEMBAR PERSETUJUAN**

Nama : Siti Annisa Ulfhofiyah

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES  
MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN  
KADAR GLUKOSA DARAH DI DESA KALIPUCANG TUTUR**

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada  
tanggal : 22 Mei 2021

Oleh :

Pembimbing 1



Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0725027901

Pembimbing 2

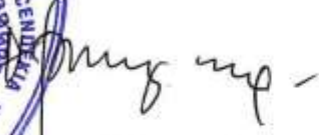


Ns. Dwining Handayani, S.Kep., M. Kes  
NIDN : 3418057701

Mengetahui,  
Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



  
Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0703087801



## HALAMAN PENGESAHAN

Telah di uji dan di setuju oleh Tim Penguji pada sidang proposal di Program DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 18 Mei 2021

### TIM PENGUJI

Ketua : Ns. Dini Prastyo Wijayanti., M.Kep

Anggota : 1. Ns. Dwining Handayani, S.Kep., M.Kes

2. Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep., M.Kes

Tanda Tangan



Mengetahui,  
Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

## MOTTO

“Tidak sepatutnya seseorang merasa aman tentang dua hal : kesehatan dan kekayaan.” – Ali bin Abi Thalib

“Orang yang paling bahagia di dalam kehidupan ini adalah orang yang tahu tujuan dia diciptakan di dunia ini.”- Habib Umar bin Hafidz

“Jangan lihat siapa yang menyampaikan, tapi liatlah apa yang disampaikan.”- Ali bin Abi Thalib

“Kesabaran itu ada dua macam: sabar atas sesuatu yang tidak kau inginkan dan sabar menahan diri dari sesuatu yang kau inginkan.”- Ali bin Abi Thalib

“Jika kamu tidak mengejar apa yang kamu inginkan, maka kamu tidak akan mendapatkannya. Jika kamu tidak bertanya maka jawabannya adalah tidak. Jika kamu tidak melangkah maju , kamu akan berada ditempat yang sama”- Ch Senja

“Nasehatilah orang yang berakal karena ia akan mencintaimu, jangan menasehati orang yang bodoh karena ia akan membencimu.” Ali bin Abi Thalib

“Godaan dari syaitan dapat dilawan dengan mengingat Allah, sedangkan godaan hawa nafsu boleh dilawan dengan mengingat kematian.”- Habib Umar bin Hafidz



## **LEMBAR PERSEMBAHAN**

Syukur alhamdulillah senantiasa saya panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

Tugas akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya, terima kasih kalian telah memberikan dukungan dan senantiasa memberikan semangat serta do'a kepada putrinya.
2. Kakak saya Khoirul, Zaqiya, Bahrudin dan adik saya Zainal, terima kasih telah memberikan semangat dan motivasi, semoga kita menjadi anak yang membanggakan kedua orang tua.
3. Terima kasih kepada bapak ibu dosen yang selalu membimbing saya dalam menyelesaikan tugas akhir dan masukan serta saran yang dapat membangun untuk penyelesaian tugas akhir saya.
4. Terima kasih kepada teman – teman saya yang telah menemani selama hampir tiga tahun dan senantiasa memberikan motivasi serta support untuk menyelesaikan tugas akhir ini.

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penelitian dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN GLUKOSA DARAH DI DESA KALIPUCANG KABUPATEN PASURUAN”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Kedua orang tua saya yang telah memberikan materi, dukungan dan do'a dalam menjalani studi ini.
2. **Ibu Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes** selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
3. **Ibu Riesmiyatiningdyah, S.Kep.NS., M.Kes** selaku Dosen Pembimbing 1 yang telah membimbing dan memberikan motivasi selama pelaksanaan studi di Progran Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo
4. **Ibu Dwining Handayani, S.Kep.Ns., M.Kes** selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian dalam membimbing serta mengarahkan dalam pembuatan Proposal ini.
5. Bapak dan Ibu responden yang telah meluangkan waktunya dalam pengumpulan data
6. Teman-teman mahasiswa program studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penelitian ini

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca

berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Pasuruan, 18 Mei 2021



Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Surat Pernyataan .....</b>	<b>iii</b>
<b>Lembar Persetujuan .....</b>	<b>iv</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>v</b>
<b>Motto .....</b>	<b>vi</b>
<b>Lembar Persembahan.....</b>	<b>vii</b>
<b>Kata Pengantar.....</b>	<b>viii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>x</b>
<b>Daftar Tabel.....</b>	<b>xii</b>
<b>Daftar Gambar .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Daftar Lampiran .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode .....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data .....	5
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Faktor Risiko Diabetes Melitus .....	10
2.1.4 Patofisiologis.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.6 Komplikasi .....	13
2.1.7 Pemeriksaan penunjang.....	14
2.1.8 Penatalaksanaan .....	15
2.1.9 Pathway.....	20
2.2 Konsep Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah .....	21
2.2.1 Definisi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.....	21
2.2.2 Etiologi.....	21
2.2.3 Manifestasi Klinis .....	22
2.2.4 Patofisiologis.....	22
2.2.5 Komplikasi .....	23
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang .....	23
2.2.7 Penatalaksanaan .....	24
2.3 Konsep Keluarga .....	26
2.3.1 Definisi Keluarga .....	26
2.3.2 Bentuk atau Tipe- Tipe Keluarga.....	26
2.3.3 Tahap dan TugasPerkembangan Keluarga.....	27

2.3.4 Fungsi Keluarga .....	28
2.3.5 Tugas Keluarga Bidang Kesehatan.....	29
<b>2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>30</b>
2.4.1 Pengkajian.....	30
2.4.1.1 Pengkajian Umum .....	30
2.4.1.2 Pengkajian Fokus Diabetes Melitus .....	33
2.4.2 Analisa Data .....	34
2.4.3 Diagnosa Keperawatan .....	35
2.4.4 Intervensi Keperawatan .....	39
2.4.5 Implementasi Keperawatan.....	46
2.4.6 Evaluasi Keperawatan.....	46
<b>2.5 Kerangka Masalah.....</b>	<b>47</b>
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>49</b>
3.1. Pengkajian.....	49
3.1.1 Data Umum .....	49
1. Riwayat dan perkembangan keluarga .....	51
2. Data Lingkungan.....	52
3. Struktur Keluarga.....	52
4. Fungsi Keluarga .....	54
5. Stres dan Koping Keluarga .....	56
6. Pemeriksaan kesehatan tiap individu .....	57
7. Pemeriksaan Penunjang .....	62
8. Harapan Keluarga .....	62
3.2 Analisa Data.....	63
3.3 Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas Masalah.....	64
3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan .....	65
3.5 Rencana Asuhan Keperawatan.....	66
3.6 Catatan Keperawatan .....	69
3.7 Evaluasi.....	72
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>74</b>
4.1 Pengkajian.....	74
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	74
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	76
4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	77
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	78
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>79</b>
5.1 Simpulan .....	79
5.2 Saran.....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN .....</b>	<b>52</b>

## DAFTAR TABEL

<b>No.Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah	
2.2	Konsep ntervensi Keperawatan	39
3.1	Komposisi Keluarga	49
3.2	Status Sosial Ekonomi	51
3.3	Pemeriksaan Tiap Individu	57
3.4	Pemeriksaan Penunjang	62
3.5	Analisa Data	63
3.6	Skoring Ketidakstabilan Glukosa Darah	64
3.7	Skoring Defisit Nutrisi	65
3.8	Daftar Diagnosa	65
3.9	Intervensi Keperawatan	66
3.10	Implementasi Keperawatan	69
3.11	Evaluasi Keperawatan	72

## DAFTAR GAMBAR

<b>No.Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
<b>2.1</b>	<b>Pathway Diabtese Melitus</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Gambar Kerangka masalah</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>Genogram Keluarga</b>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>Gambar Denah Rumah</b>	<b>51</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No.Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
1	Surat izin	83
2	Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)	84
3	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)	85
4	Leaflet	87
5	Format Asuhan Keperawatan Keluarga	89
6	Lembar Konsultasi Bimbingan (Pembimbing 1)	96
7	Lembar Konsultasi Bimbingan (Pembimbing 2)	98



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dalam beberapa tahun ini gangguan kesehatan banyak di alami oleh masyarakat salah satunya adalah diabetes melitus. Diabetes melitus tidak hanya menyerang orang dewasa, lansia, bahkan remaja dan anak anak juga mengalami penyakit tersebut. Diabetes melitus merupakan penyakit yang berlangsung lama atau kronis serta di tandai dengan kadar glukosa darah yang tinggi atau di atas nilai normal, disebabkan karena menurunnya jumlah insulin dari pancreas (Fatimah, 2015).Tingginya kadar glukosa darah bisa menyebabkan seseorang mengalami banyak minum, banyak kencing dan banyak makan yang menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Saat glukosa darah tidak stabil maka akan menyebabkan berarbadan menurun, letih dan lesuh

Penderita diabetes di Indonesia setiap tahunnya semakin meningkat. Menurut WHO (2016) Diperkirakan jumlah pasien diabetes di Indonesia khususnya tipe 2 akan meningkat signifikan hingga 16,7 juta pada tahun 2045, hal ini bisa terjadi bila masyarakat Indonesia masih kurang sadar akan penyakit ini dan kerap menyepelekan. Data yang diperoleh dari puskesmas Sumberpitu pada tahun 2019 penderita diabetes melitus sebanyak 20 orang dan meningkat menjadi 25 orang pada tahun 2020. Hasil survei pendahuluan yang dilakukan kepada 5 penderita diabetes melitus, 4 diantaranya mengatakan memiliki gejala banyak makan, banyak minum dan banyak kencing di malam hari, 2 diantaranya

mengatakan mata rabun, dan 1 diantaranya mengatan gigi gampang goya, lepas dan semuanya mengatakan berat badannya menurun. Apabila diabetes melitus tidak ditangani dengan baik maka akan menyebabkan komplikasi pada jantung,dan ginjal.

Diabetes melitus disebabkan karena sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal atau sering disebut dengan istilah “resistensi insulin”. Saat tubuh mengalami resistensi insulin, sebenarnya pankreas tetap memproduksi insulin tetapi tubuh tidak menyerap glukosa sebagai mana mestinya, sehingga dapat menyebabkan penumpukan kadar glikosa dalam darah sehingga menyebabkan hiperglikemia. Saat seseorang mengalami hiperglikemia maka akan meningkatkan asupan makan, banyak minum dan banyak kencing, sehingga menyebabkan kadar glukosa dalam darah tidak stabil. Saat kadar glukosa dalam tubuh tidak stabil maka akan menyebabkan badan mudah lemas, mudah mengantuk, mudah lelah dan mudah dehidrasi.

Pengobatan diabetes bisa dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Pengobatan yang paling utama yaitu mengubah gaya hidup terutama mengatur pola makan yang sehat dan seimbang. Penerapan diet merupakan salah satu komponen utama dalam keberhasilan penatalaksanaan diabetes melitus, akan tetapi sering kali menjadi kendala dalam pelayanan diabetes karena dibutuhkan kepatuhan dan motivasi dari pasien itu sendiri. Penanganan yang dilakukan pasien dalam menangani stres memengaruhi keberhasilan dalam mematuhi program diet serta pengendalian kadar gula darah. Sebenarnya pasien diabetes melitus banyak yang mengetahui anjuran diet, tetapi banyak pula yang tidak mematuminya. Pasien diabetes melitus menganggap bahwa diet yang dijalankan cenderung tidak

menyenangkan sehingga mereka makan sesuai dengan keinginan bila belum menunjukkan gejala serius. Pengetahuan sangat diperlukan untuk mengurangi dampak yang disebabkan oleh diabetes melitus . Self-management bermanfaat untuk mengembangkan keterampilan yang dihadapi oleh pasien untuk meningkatkan keyakinan diri (selfefficacy). Keterampilan dan pengetahuan dapat menentukan pengelolaan yang terbaik untuk dirinya sendiri.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang Kab Pasuruan”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran “asuhan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Sesuai dari perumusan masalah tersebut, maka tujuan dari penelitian kali ini adalah sebagai berikut:

### **1.1.1 Tujuan Umum**

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

## **1.1.2 Tujuan Khusus**

1.1.2.1 Menggambarkan pengkajian asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang

1.1.2.2 Menggambarkan diagnosa asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang

1.1.2.3 Menggambarkan intervensi asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang

1.1.2.4 Menggambarkan implementasi asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang

1.1.2.5 Menggambarkan evaluasi asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah didesa Kalipucang

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengembangan ilmu pengetahuan dan referensi yang dapat digunakan sebagai acuan, perbandingan, masukan dan bahan kajian dalam ilmu kesehatan. Khusus mengenai cara menstabilkan kadar glukosa darah.

1.4.2 Secara praktisi kasus ini bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi Responden

Diharapkan dapat memberikan pemahaman dan informasi mengenai cara menyetabilkan kadar glukosa pada darah.

1.4.2.2 Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus.

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan menjadi masukan sebagai acuan bacaan dalam penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

## **1.5 Metode Penulisan**

1.5.1 Metode

Metode yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi dengan pendekatan proses keperawatan dengan langkah- langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien dan keluarga yang meliputi: pengkajian, analisa data, penerapan diagnosa keperawatan dan penyusunan rencana tindakan dan evaluasi asuhan keperawatan.

Untuk melengkapi data/informasi dalam pengkajian menggunakan beberapa cara antara lain:

#### 1.5.2.1 Wawancara

Data yang diperoleh melalui tanya jawab pada klien atau keluarga klien

#### 1.5.2.2 Observasi

Data yang diperoleh melalui pengamatan pada klien.

#### 1.5.2.3 Pemeriksaan

Melakukan pemeriksaan fisik pada klien.

#### 1.5.3 Sumber Data

##### 1.5.3.1 Data Primer

Merupakan data yang diperoleh dari klien langsung.

##### 1.5.3.2 Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien.

#### 1.5.4 Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku dan jurnal sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Agar lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga yaitu:

#### 1.6.1 Bagian Awal

Memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, moto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran.

### 1.6.2 Bagian Inti

Pada bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

**BAB 1:** Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, teknik pengumpulan data dan sistematika penulisan studi kasus.

**BAB II:** Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa diabetes melitus, serta kerangka masalah.

**BAB III:** Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi

**BAB IV:** Pembahasan yang berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

**BAB V:** Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran.

### 1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus**

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi urin, kerja insulin, atau kedua – duanya (ADA,2017)

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit kronik yang terjadi ketika pankreas tidak cukup dalam memproduksi insulin atau ketika tubuh tidak efisien menggunakan insulin itu sendiri. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula darah. Hiperglikemia atau kenaikan kadar gula darah, adalah efek yang tidak terkontrol dari diabetes melitus dan dalam waktu panjang dapat terjadi kerusakan yang serius pada beberapa sistem tubuh, khususnya pada pembuluh darah jantung (penyakit jantung koroner), mata (dapat terjadi kebutaan), ginjal (dapat terjadi gagal ginjal) (WHO, 2011)

##### **2.1.2 Etiologi Diabetes mellitus**

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 memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena autoantibodi atau sebab lain



yang belum diketahui (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes Melitus atau lebih dikenal dengan istilah penyakit kencing manis mempunyai beberapa penyebab, antara lain :

1. Pola Makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya Diabetes Melitus. Konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan *sekresi* insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan Diabetes Melitus.

2. Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit Diabetes Melitus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang Diabetes Melitus.

3. Faktor genetik

Penyebab Diabetes Melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita Diabetes Melitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

4. Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan-bahan kimia dapat mengiritasi *pankreas* yang menyebabkan radang *pankreas*, radang pada *pankreas* akan mengakibatkan fungsi *pankreas* menurun sehingga tidak ada *sekresi* hormon-hormon untuk proses *metabolisme* tubuh termasuk insulin. Segala jenis *residu* obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi *pankreas*.

#### 5. Penyakit dan infeksi pada *pankreas*

Infeksi mikroorganisme dan virus pada *pankreas* juga dapat menyebabkan radang *pankreas* yang otomatis akan menyebabkan fungsi *pankreas* turun sehingga tidak ada *sekresi* hormon-hormon untuk proses *metabolisme* tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan *dislipidemia* dapat meningkatkan risiko terkena Diabetes Melitus.

#### 6. Pola Hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab Diabetes Melitus. Jika orang malas berolahraga memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit Diabetes Melitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang tertimbun didalam tubuh, kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab Diabetes Melitus selain disfungsi *pankreas*.

#### 7. Kadar Kortikosteroid yang tinggi menyebabkan kehamilan Diabetes Melitus Gestasional.

#### 8. Obat-obatan yang dapat merusak *pankreas*.

#### 9. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.

### 2.1.3. Faktor Risiko Diabetes Mellitus

1. Faktor risiko diabetes tipe 1, yaitu: Memiliki riwayat keluarga dengan diabetes (orang tua, saudara laki-laki, atau saudara perempuan dengan diabetes tipe 1), usia (diabetes tipe 1 akan lebih berisiko terjadi pada usia anak, remaja, atau dewasa muda)

## 2. Faktor risiko pada diabetes tipe 2 yaitu:

- a) Kelebihan berat badan
- b) Berusia 45 tahun atau lebih
- c) Memiliki riwayat keluarga dengan diabetes tipe 2
- d) Aktivitas fisik kurang dari 3 kali seminggu
- e) Pernah menderita diabetes gestasional (diabetes selama kehamilan) atau melahirkan bayi yang beratnya lebih dari 9 kg.

Faktor lain yang terkait dengan risiko diabetes adalah penderita *polycystic ovarysindrome* (PCOS), penderita sindrom metabolik, memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sebelumnya, memiliki riwayat penyakit kardiovaskuler seperti stroke, Penyakit jantung koroner, konsumsi alkohol, faktor stres, kebiasaan merokok, jenis kelamin, konsumsi kafein.

### 2.1.4. Patofisiologis

Patofisiologi diabetes mellitus tipe 1 berupa penurunan sekresi insulin akibat autoantibodi yang merusak sel-sel pulau Langerhans pada pankreas. Kerusakan Sel Pulau Langerhans Pankreas akibat Mekanisme Autoimun. Mekanisme autoimun ini masih tidak diketahui penyebabnya, tetapi diduga berhubungan dengan faktor genetik dan paparan faktor lingkungan. Autoantibodi yang terbentuk akan merusak sel-sel  $\beta$  pankreas di dalam pulau-pulau Langerhans pankreas disertai terjadinya infiltrasi limfosit. Kerusakan sel  $\beta$  pankreas ini tidak terjadi dalam jangka pendek tetapi dapat

terjadi hingga bertahun-tahun tanpa diketahui karena gejala klinis baru muncul setelah setidaknya 80% sel  $\beta$  pankreas mengalami kerusakan.

Diabetes melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini biasa disebut sebagai “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel  $\beta$  langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 1. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut. Pada awal perkembangan diabetes melitus tipe 2, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pankreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif, seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 memang umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin.

#### **2.1.5. Manifestasi Klinis**

Gejala diabetes melitus dibedakan menjadi akut dan kronik. Gejala akut diabetes melitus yaitu : *Poliphagia* (banyak makan) *polidipsia* (banyak minum), *Poliuria* (banyak kencing/sering kencing di malam hari), nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu) dan mudah lelah.

Gejala kronik diabetes melitus yaitu : Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg.

### **2.1.6 Komplikasi**

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada penderita Diabetes melitus tipe II akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi Diabetes melitus tipe II terbagi menjadi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzel dan Bare, 2015; PERKENI, 2015)

#### **1. Komplikasi Akut**

##### **a. Ketoasidosis Diabetik (KAD)**

KAD merupakan komplikasi akut diabetes melitus yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dl), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/MI).

##### **b. Hipoglikemi**

Hipoglikemi ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah hingga mencapai <60 mg/dL. Gejala hipoglikemia terdiri dari gejala adrenergik (berdebar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar) dan gejala neuro-glikopenik (pusing, gelisah, kesadaran menurun sampai koma).

c. Hiperosmolar Non Ketonik (HNK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan kadar glukosa yang sangat tinggi (600-1200mg/ dl), tanpa gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380mOs/ml), plasma keton, anion gap normal atau sedikit meningkat.

2. Komplikasi Kronis (Menahun)

Menurut Smeltzer 2015, kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari:

- a. Makroangiopati: pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak
- b. Mikroangiopati: pembuluh darah kapiler retina mata (retinopati diabetik) dan Pembuluh darah kapiler ginjal (nefropati diabetik)
- c. Neuropati : suatu kondisi yang mempengaruhi sistem saraf, di mana serat-serat saraf menjadi rusak sebagai akibat dari cedera atau penyakit
- d. Komplikasi dengan mekanisme gabungan: rentan infeksi, contohnya tuberkulosis paru, infeksi saluran kemih, infeksi kulit dan infeksi kaki. dan disfungsi ereksi.

**2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan darah

2.1 Tabel Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah

No.	Pemeriksaan	Normal
1.	Glukosa darah sewaktu	70- 130 mg/dl
2.	Glukosa darah puasa	>100 mg/ dl
3.	Glukosa darah 2 jam setelah makan	>140 mg/dl

## 2. Pemeriksaan fungsi tiroid

peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.

## 3. Urine

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

## 4. Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

#### **1. Edukasi**

Edukasi diabetes adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan serta keterampilan diabetisi yang bertujuan menunjang perubahan perilaku. Dengan edukasi diharapkan dapat meningkatkan pemahaman pasien akan penyakit diabetes yang dideritanya, seperti bagaimana mengelola penyakit dan komplikasi yang dapat terjadi bila pasien tidak mengelola penyakitnya dengan baik. Edukasi diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal, serta penyesuaian keadaan psikologis dan kualitas hidup yang lebih baik sehingga menurunkan angka kesakitan dan kematian. Edukasi dapat dilakukan saat konsultasi dengan dokter, tim diabetes ( edukator, ahli

gizi), bisa juga dilakukan per individu maupun kelompok seperti mengikuti seminar awam.

## 2. Perencanaan makanan

Tujuan umum dari terapi gizi adalah membantu pasien diabetes memperbaiki kebiasaan gizinya dan ditujukan pada pengendalian gula darah, lemak serta hipertensi. Perencanaan makanan sebaiknya mengandung zat gizi yang cukup, artinya pengaturan porsi makan yang cukup sepanjang hari. Ingat selalu 3J : Jumlah , Jenis , Jadwal.

### a. Jumlah makanan

Kebutuhan kalori setiap orang berbeda, bergantung pada jenis kelamin, berat badan, tinggi badan serta kondisi kesehatan pada klien. Penghitungan kebutuhan kalori klien berdasarkan pada rumus Harris-Benedict yang memperhitungkan usia, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, hingga tingkat aktivitas fisik yang dilakukan.

$$\text{Pada pria : } \frac{66,5 + 13,8 \times (\text{BB dalam Kg}) + 5 \times (\text{TB dalam cm})}{6,8 \times \text{usia}}$$

$$\text{Pada wanita : } \frac{655,1 + 9,6 \times (\text{BB dalam Kg}) + 1,9 \times (\text{TB dalam cm})}{4,7 \times \text{usia}}$$

Hasil dari penghitungan kemudian dikalikan dengan faktor aktivitas fisik. Faktor aktifitas fisik dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Pada aktivitas fisik rendah dikalikan 1,2
2. Pada aktivitas fisik sedang dikalikan dengan 1,3



3. Pada aktivitas fisik berat dikalikan dengan 1,4.

b. Jenis makanan

Pada penderita Diabetes Mellitus sebaiknya menghindari makanan dengan kadar glukosa yang tinggi seperti madu, dan susu kental manis. Pilih makanan dengan indeks glikemik rendah dan kaya serat seperti sayur-sayuran, biji-bijian dan kacang-kacangan. Batasi makanan yang mengandung purin (jeroan, sarden, burung darah, unggas, kaldu dan emping). Cegah dislipidemia dengan menghindari makanan berlemak secara berlebihan (telur, keju, kepiting, udang, kerang, cumi, santan, susu full cream atau makanna dengan lemak jenuh). Batasi konsumsi garam natrium yang berlebihan

c. Jadwal makanan

Jadwal diet harus diikuti sesuai dengan intervalnya yaitu dengan

1. Sarapan pagi jam 6.00
2. Kudapan/snackjam 9.00
3. Makan siangjam 12.00
4. Kudapan/snackjam 15.00
5. Makan malamjam 18.00
6. Kudapan/snackjam 21.00

Mengatur jam makan yang teratur sangat penting, jarak antar 2 kali makan yang ideal sekitar 4-5 jam jika jarak waktu 2 kali makan terlalu lama akan membuat gula darah menurun sebaliknya jika terlalu dekat jaraknya gula darah akan tinggi.

### 3. Kegiatan Jasmani

Manfaat kegiatan jasmani (olahraga) pada pasien diabetes adalah pengaturan kadar gula darah, menurunkan berat badan dan lemak tubuh serta menjaga kebugaran. Pada saat berolahraga, resistensi insulin akan berkurang dan sensitivitas insulin meningkat. Respon seperti ini hanya terjadi saat berolahraga. Prinsip olahraga diabetes yaitu :

- a. Frekuensi : jumlah olahraga per minggu ( teratur 3-5 kali per minggu)
- b. Intensitas : ringan dan sedang
- c. Waktu : 30-60 menit
- d. Jenis : aerobik ( jalan,jogging, berenang, bersepeda)

### 4. Pengelolaan farmakologi

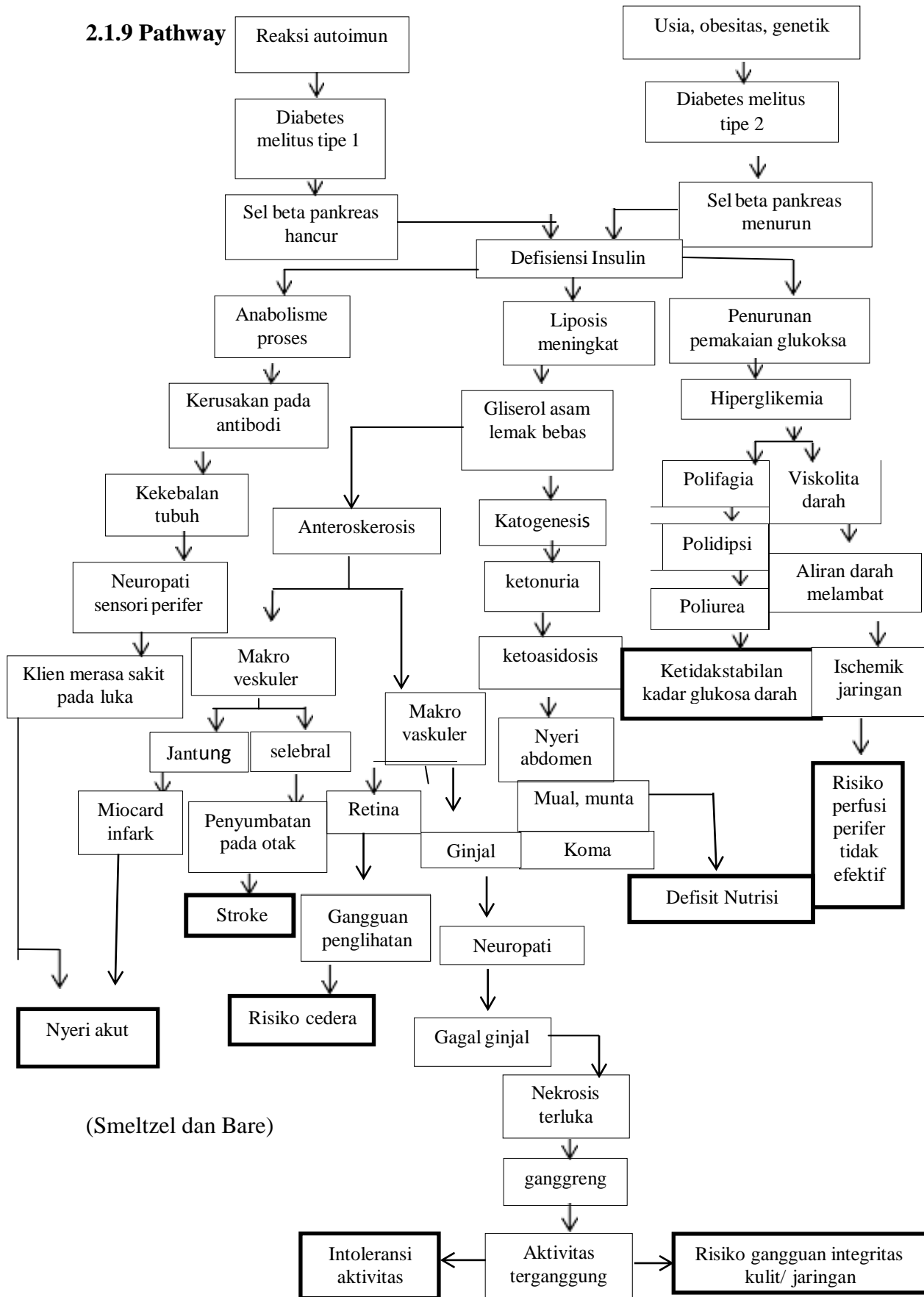
Pemilihan obat diabetes mellitus bersifat individual, artinya disesuaikan dengan kondisi metabolik pasien. Itu sebabnya, harus dikonsultasikan terlebih dahulu dengan dokter perihal obat yang tepat, entah itu obat oral atau kombinasi obat oral dari cara kerja obat yang berbeda yang bisa juga kombinasi dengan insulin.

- a. Obat-obatan Hipoglikemik Oral (OHO)
  1. Golongan Sulfoniluria, cara kerja golongan ini adalah merangsang sel beta pankreas untuk mengeluarkan insulin, jadi golongan sulfonuria hanya bekerja bila sel-sel beta utuh, menghalangi pengikatan insulin,

mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekan pengeluaran glukagon.

2. Golongan Biguanid, cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan istimewanya tidak pernah menyebabkan hipoglikemi.
3. Alfa Glukosidase Inhibitor, obat ini berguna menghambat kerja insulin alfa glukosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial. Obat ini bekerja di lumen usus dan tidak menyebabkan hipoglikemi serta tidak berpengaruh pada kadar insulin.
4. Insulin Sensitizing Agen, efek farmakologi pada obat ini meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia. Insulin dari sekian banyak jenis insulin menurut cara kerjanya yaitu; yang bekerja cepat (Reguler Insulin) dengan masa kerja 2-4 jam; yang kerjanya sedang dengan masa kerja 6-12 jam; yang kerjanya lambat (*Protamine zinc Insulin*) masa kerjanya 12- 24 jam.
5. Pemeriksaan Gula Darah Mandiri (PGDM), bertujuan untuk menjaga kestabilan kadar gula darah, panduan dalam penggunaan obat-obatan maupun pola hidup dan pola makan penderita diabetes. Sebaiknya pemeriksaan tersebut dicatat/direkam dalam buku harian penderita diabete

2.1.9 Pathway



2.1 Gambar pathway diabetes melitus

## **2.2. Konsep Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

### **2.2.1 Definisi Ketidakstabilan kadar glukosa darah**

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal (SDKI). Variasi ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah hipoglikemia dan hiperglikemia. Hiperglikemia adalah variasi ketidakstabilan glukosa darah diatas rentang normal.

### **2.2.2 ETIOLOGI**

1. Defisiensi Insulin, seperti yang dijumpai pada diabetes melitus tipe 1
2. Penurunan responsivitas sel terhadap insulin, seperti yang dijumpai pada diabetes tipe II karena adanya penyebab obesitas, kurangnya aktifitas fisik
3. Stres kronis  
Respon terhadap stres mencakup aktivasi sistem saraf simpatis dan pelepasan hormon pertumbuhan (tyroid), katekolamin epinefrin dan norepinefrin dari kelenjar adrenal yang selanjutnya akan merangsang peningkatan pemecahan simpanan glukosa di hepar dan otot rangka.
4. Hipertiroid  
Hormon-hormon tersebut menstimulasi pelepasan insulin yang berlebihan oleh sel-sel pankreas, sehingga akhirnya terjadi penurunan respon sel terhadap insulin
5. Autoimun  
Autoimun menyebabkan kerusakan sel-sel beta pankreas yang berakibat defisiensi insulin sampai kelainan yang menyebabkan retensi terhadap kerja insulin.
6. Alkoholisme  
Menambah kerusakan pada sel sel beta pada pankreas.

### 2.2.3 MANIFESTASI KLINIS

1. Kadar gula darah sewaktu melebihi angka 200 mg/dl atau kadar gula darah puasa melebihi 126 mg/dl.
2. Poliuria (banyak dan sering kencing)
3. Polipagia (banyak makan)
4. Polidipsi (banyak minum)
5. Kelemahan tubuh, lesu cepat lelah tidak bertenaga
6. Berat badan menurun
7. Rasa kesemutan, karena iritasi (perangsangan) pada serabut-serabut saraf
8. Infeksi saluran kencing
9. Glukosuria
10. Infeksi yang sukar sembuh (ADA, 2009)

### 2.2.4 PATOFISIOLOGI

Hiperglikemia timbul akibat tidak meresponnya sel sasaran insulin sehingga glukosa darah tidak dapat masuk ke sel-sel otot, jaringan adipose atau hepar. Dalam keadaan normal kira-kira 50% glukosa yang dimakan terganggu, glukosa tidak dapat masuk ke sel sehingga energi terutama diperoleh dari metabolisme protein dan lemak. Lipolisis bertambah dan lipogenesis terhambat, akibatnya dalam jaringan banyak tertimbun asetil KoA (zat yang penting pada siklus asam sitrat dan prekursor utama dari lipid dan steroid, terbentuk dengan cara menggabungkan gugus asetil pada koenzim A selama oksidasi karbohidrat, asam lemak atau asam-asam amino), dan senyawa ini akan banyak diubah menjadi zat keton karena terhambatnya siklus TCA (Tricarboxylic Acid Kreb's Cycle). Zat keton sebenarnya merupakan sumber energi yang berguna terutama pada saat puasa. Metabolisme zat keton pada pasien diabetes melitus meningkat, karena jumlahnya yang terbentuk lebih banyak daripada yang dimetabolisme. Keadaan ini disebut ketoasidosis yang ditandai dengan nafas yang cepat dan dalam disertai adanya bau aseton (Tjay, 2007).

### 2.2.5 KOMPLIKASI

#### 1. Komplikasi akut

##### a. Hipoglikemia/koma hipoglikemia

Hipoglikemia adalah dimana kadar glukosa darah dibawah batas normal.

##### b. Sindrom hiperglikemik hiperosmolar non ketotik (HHNC/HONK)

##### c. Ketoasidosis Diabetic (KAD)

#### 2. Komplikasi kronik

a. Makrovaskular (penyakit pembuluh darah besar), mengenai sirkulasi koroner, vaskuler perifer dan vaskuler serebral

b. Mikrovaskuler (penyakit pembuluh darah kecil), mengenai mata (retinopati), dan ginjal (nefropati). Kontrol kadar glukosa darah untuk memperlambat atau menunda awitan baik komplikasi mikrovaskuler maupun makrovaskuler

c. Penyakit neuropati, mengenai saraf sensorik-motorik dan autonomi serta menunjang masalah seperti impotensi dan ulkus pada kaki

d. Rentan infeksi, seperti tuberkolosis paru dan infeksi saluran kemih

e. Ulkus/ gangren/ kaki diabetik (Mansjoer dkk, 2007)

### 2.2.6 PEMERIKSAAN PENUNJANG

#### 1. Pemeriksaan kadar glukosa darah

Pemeriksaan kadar glukosa pada pasien diabetes melitus umumnya dilakukan dengan melihat beberapa faktor yaitu, jenis diabetes melitus yang diderita, pengobatan yang dijalani. Untuk pasien diabetes melitus tipe 2 biasanya dilakukan pada saat bangun tidur, sesudah makan, dan 8 jam setelah makan atau cek gula darah puasa.

#### 2. Tes toleransi glukosa

Biasanya, tes ini dianjurkan untuk pasien yang menunjukkan kadar glukosa darah meningkat di bawah kondisi stress.

Kadar darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring diagnosis diabetes melitus (mg/dl)

### 2.2.7 PENATALAKSANAAN

Tujuan utama terapi hiperglikemia adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dan upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropati.

Ada 4 komponen dalam penatalaksanaan hiperglikemia :

#### 1. Diet

##### a. Komposisi makanan :

Karbohidrat = 60 % – 70 %

Protein = 10 % – 15 %

Lemak = 20 % – 25 %

##### b. Jumlah kalori perhari

Antara 1100 -2300 kkal

Kebutuhan kalori basal :

laki – laki : 30 kkal / kg BB

Perempuan : 25 kkal / kg BB

#### 2. Latihan jasmani

Manfaat latihan jasmani :

- a. Menurunkan kadar glukosa darah mengurangi resistensi insulin, meningkatkan sensitivitas insulin).
- b. Menurunkan berat badan.
- c. Mencegah kegemukan.
- d. Mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi aterogenik, gangguan lipid darah, peningkatan tekanan darah, hiperkoagulasi darah.

#### 3. Penyuluhan

Dilakukan pada kelompok resiko tinggi :

- a. Umur diatas 45 tahun.
- b. Kegemukan lebih dari 120 % BB idaman atau IMT > 27 kg/m.
- c. Hipertensi > 140 / 90 mmHg.
- d. Riwayat keluarga DM.
- e. Dislipidemia, HDL 250 mg/dl.



- f. Parah TGT atau GPPT ( TGT : > 140 mg/dl – 2200 mg/dl), glukosa plasma puasa derange / GPPT : > 100 mg/dl dan < 126 mg/dl)

4. Medis (obat hipoglikemi)
- a. Obat hipoglikemi oral :
1. Sulfoniluria : Glibenglamida, glikosit, gliguidon, glimeperide, glipizid.
  2. Biguanid ( metformin )
  3. Hon su insulin secretagogue ( repakglinide, natliglinide )
  4. Inhibitor glucosidase
  5. Tiosolidinedlones
- b. Insulin
- 1) Insulin reaksi pendek disebut juga sebagai clear insulin, adalah jenis obat insulin yang memiliki sifat transparan dan mulai bekerja dalam tubuh dalam waktu 30 menit sejak dimasukkan kedalam tubuh. Obat insulin ini bekerja secara maksimal selama 1 sampai 3 jam dalam aliran darah penderita, dan segera menghilang setelah 6 sampai 8 jam kemudian.
  - 2) Insulin reaksi panjang, merupakan jenis yang mulai bekerja 1 sampai 2 jam setelah disuntikan kedalam tubuh seseorang. Tetapi obat ini tidak memiliki reaksi puncak, sehingga ia bekerja secara stabil dalam waktu yang lama yaitu 24 sampai 36 jam didalam tubuh penderita, contohnya lavemir dan lantus.
  - 3) Jenis insulin reaksi menengah adalah insulin yang mulai efektif bekerja menurunkan kadar gula darah sejak 1 sampai 2 jam setelah disuntikan kedalam tubuh. Obat ini bekerja secara maksimal selama 6 sampai 10 jam, dan berakhir setelah 10 sampai 16 jam setelahnya. Contohnya humulin m3, hypurin, dan insuman.
  - 4) Insulin reaksi cepat yang bekerja 5 sampai 15 menit setelah masuk kedalam tubuh. Ia memiliki tingkat reaksi maksimal selama 30 sampai 90 menit, dan pengaruhnya akan segera menghilang setelah 3 sampai 5 jam setelahnya, contohnya lispro, actrapid, novorapid dan velosulin.

## 2.3 Konsep Keluarga

### 2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Sudiharto, 2007: 22). Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall).

### 2.3.2 Bentuk Atau Tipe Keluarga

Bentuk/type keluarga menurut Suprayitno (2004), yaitu :

1. Keluarga inti (*Nuclear Family*).  
 Keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
2. Keluarga besar (*Extended Family*)  
 Keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orangtua tunggal, keluarga tanpa anak.
3. Keluarga bentukan kembali (*Dyadic Family*)  
 Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak, atau anak-anak mereka telah tidak tinggal bersama.
4. Orang tua tunggal (*Single Parent Family*)  
 Keluarga inti yang suami atau istrinya telah bercerai atau meninggal dunia.
5. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*The Unmarried Teenage Mother*)  
 Keluarga inti ibu dengan anak tanpa perkawinan

6. Keluarga berjenis kelamin sama (*Gay And Lesbian Family*)

Keluarga yang di bentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama baik dengan atau tanpa perkawinan yang sah.

### 2.3.3 Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Menurut Friedman (dalam Suprajitno,2004)tahap dan tugas perkembangan keluarga sebagai berikut:

1. keluarga baru menikah:
  - a. Membina hubungan yang harmonis dan memuaskan.
  - b. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
  - c. Mendiskusikan rencana memiliki anak
2. keluarga dengan anak baru lahir
  - a. Persiapan menjadi orang tua
  - b. Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga yang baru, kegiatan dan hubungan seksusal.
  - c. Mempertahankan hubungan untuk memuaskan pasangan
3. keluarga dengan anak pra-sekolah
  - a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga
  - b. Membantu anak untuk bersosialisasi
  - c. Mempertahankan hubungan yang sehat
  - d. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
  - e. Pembagian tanggung jawab
  - f. Stimulasi tumbuh kembang anak.
4. keluarga dengan anak usia sekolah
  - a. Membantu anak bersosialisasi dilingkungan luar rumah
  - b. Mempertahankan hubungan keharmonisan pasangan
  - c. Memenuhi kebutuhan yang meningkat
5. keluarga dengan anak remaja
  - a. Memberikan kebebasan dan tanggung jawab yang seimbang pada remaja.
  - b. Mempertahankan hubungan yang harmonis dengan keluarga

- c. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua.
  - d. Mempersiapkan perubahan peran dan tumbuh kembang remaja.
6. keluarga dengan anak usia dewasa
    - a. Mempertahankan keharmonisan pasangan.
    - b. Membantu anak untuk mandiri dimasyarakat
    - c. Penataan kembali peran orang tua dan kegiatan rumah
  7. keluarga usia pertengahan
    - a. mempertahankan kesehatan individu dan pasangan
    - b. mempertahankan hubungan yang serasi dengan anak-anak dan sebaya
    - c. meningkatkan keagraban pasangan
  8. keluarga usia lansia
    - a. Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga
    - b. Adaptasi terhadap kehilangan pasangan, kesehatan fisik dan penghasilan.
    - c. Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
    - d. Melakukan *life review*

#### **2.3.4. Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga sebagai berikut:

##### 1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

##### 2. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.

##### 3. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

##### 4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.

## 5. Fungsi Perawatan / Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

### 2.3.5 Tugas Keluarga Dibidang Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.
3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya.

## 2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Diabetes Melitus

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan data/ informasi secara terus-menerus tentang keluarga yang dibinanya.

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga (Gusti, 2013).

#### 2.4.1.1 Pengkajian Umum

Menurut Susanto (2012) pengkajian pada keluarga adalah:

##### 1) Data umum

###### a. Identitas

Pada data ini yang perlu dikaji adalah tentang nama, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan genogram.

###### b. Komposisi Keluarga

Dikaji tentang daftar anggota keluarga dan genogram.

###### c. Tipe Keluarga

Pada tipe keluarga ini yang dikaji yaitu tentang jenis keluarga.

###### d. Suku Bangsa

mengidentifikasi suku bangsa keluarga dan bahasa yang digunakan oleh keluarga.

e. Agama

Mengidentifikasi agama apa dan bagaimana keluarga dalam menjalankan ibadahnya.

f. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Pada status sosial ekonomi yang dikaji yaitu jumlah pendapatan perbulan, sumber pendapatan, dan jumlah pengeluaran yang dilakukan oleh keluarga.

g. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga akan pergi bersama ketempat rekreasi.

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga (Susanto, 2012).

a. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini.

Tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga saat ini, dan komunikasi antar keluarga, dan kebebasan dalam bertanggung jawab di keluarga.

b. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi.

Pada tahap ini yang dikaji adalah tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum belum terpenuhi secara optimal oleh keluarga.

c. Riwayat Keluarga Inti.

Riwayat penyakit yang diderita oleh semua anggota keluarga inti.

d. Riwayat Keluarga Sebelumnya

Pengkajian tentang riwayat penyakit keluarga yang sebelumnya diderita.

3) Keadaan Lingkungan (Susanto, 2012).

a. Karakteristik Rumah.

Pada tahap ini yang dikaji adalah letak posisi rumah pada denah rumah yang ditempati keluarga dengan jelas.

b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas.

Pengkajian yang dilakukan pada tahap ini yaitu bagaimana karakter tetangga dan bagaimana komunikasi keluarga dan tetangga, serta kegiatan yang dilakukan keluarga dengan tetangga.

c. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dalam masyarakat

Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang interaksi dengan tetangga, misalnya apakah keluarga mengikuti pengajian atau perkumpulan ibu-ibu rumah tangga lainnya ataupun kegiatan lainnya.

d. Sistem Pendukung Keluarga

Pada tahap ini dikaji adalah tentang kesulitan keuangan yang keluarga dapat diatasi dengan dukungan keluarga.

4. Struktur Keluarga (Gusti, 2013).

a. Struktur dan Peran Keluarga

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

b. Struktur Nilai atau Norma Keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas.

c. Pola-Pola Komunikasi Keluarga

Menjelaskan cara komunikasi antar anggota keluarga, menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan, serta bahasa yang digunakan keluarga saat komunikasi.

d. Struktur Kekuatan Keluarga

Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambilan keputusan dalam pekerjaan tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan

5) Fungsi keluarga (Harnilawati, 2013: 09).

a. Fungsi Afektif

Mengkaji diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepada keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b. Fungsi Sosialisasi

Mengkaji tentang otonomi setiap anggota dalam keluarga, saling ketergantungan dalam keluarga, yang bertanggung jawab dalam membesarkan anak. Fungsi

mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Mengkaji tentang sejauh mana keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

6. Stres dan koping keluarga (Gusti, 2013).

a. Stesor Jangka Pendek & Panjang

Stresor jangka pendek : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

Stresor jangka panjang : yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor :

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stresor yang ada.

c. Strategi Koping yang Digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

d. Strategi Adaptasi Disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah.

7. Pemeriksaan Fisik (Gusti, 2013).

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga metode ini sama dengan pemeriksaan fisik pada umumnya yang meliputi pemeriksaan *head to toe* dan pemeriksaan penunjang.

8. Harapan Keluarga (Gusti, 2013).

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

#### 2.4.1.2 Pengkajian Fokus Diabetes Melitus

1. Aktifitas Istirahat

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

Tanda : *Takikardia* dan *takipnea* pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, *letargi/disorientasi*, koma, penurunan kekuatan otot.



## 2. Sirkulasi

Gejala : Adanya riwayat Hipertensi, *klaukasi*, kebas dan kesemutan pada *ekstermitas*, *ulkus* pada kaki, penyembuhan luka yang lama.

Tanda : *Takikardia*, perubahan tekanan darah *postural*, Hipertensi, nadi yang menurun atau tidak ada, *distrimia*, kulit panas, kering dan kemerahan, mata cekung.

## 3. Integritas Ego

Gejala : Stres, tergantung pada orang lain, masalah *financial* yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : *Ansietas*, peka rangsang.

## 4. Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih (*poliuria*), rasa nyeri terbakar, nyeri tekan *abdomen*.

Tanda: *Urine* encer, pucat, kuning : *poliuria* (dapat berkembang menjadi *oliguria* atau *anuria* jika terjadi *hipovolemia* berat). *Urine* berkabut,

## 5. Makanan/Cairan

Gejala : Hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari atau minggu, haus, penggunaan diaretik (tiazid).

Tanda : Kulit kering atau bersisik, kekakuan atau *distensi abdomen*, muntah. Pembesaran *tiroid* (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah).

## 6. Neurosensori

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

Tanda : *Disorientasi*, mengantuk, *letargi*, *stupor* atau koma (tahap lanjut).Gangguan memori (baru dan masa lalu), kacau mental, Refleksi Tendon Dalam (RTD) menurun (koma).

#### **2.4.2 Analisa Data**

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berfikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Pada analisa data menurut Gusti (2013). kegiatan yang dilakukan yaitu menetapkan masalah kesehatan keluarga yang diangkat dari lima tugas keluarga yaitu :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

#### **2.4.4 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status kesehatan atau masalah aktual atau potensial. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi dan mensintesis data klinis dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

Diagnosa keperawatan keluarga dengan Diabetes Melitus menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d efek agen farmakologi.

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

Gejala dan tanda mayor:

1. Lelah atau lesu
2. Kadar glukosa dalam darah/ urin tinggi

Gejala dan tanda minor:

1. Mulut kering
2. Haus meningkat
3. Jumlah urin meningkat

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik.

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Gejala dan tanda mayor:

1. Mengeluh nyeri
2. Tampak meringis
3. Bersikap protektif
4. Gelisah
5. Frekuensi nadi meningkat
6. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

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

Kondisi klinis terkait:

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

c. Intoleransi aktivitas b.d imobilitas

Definisi: ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari- hari

Gejala dan tanda mayor:

1. Mengeluh lelah
2. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

gejala dan tanda minor:

1. Dispnea saat/ setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah aktivitas
3. Merasa lemah
4. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
5. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas
6. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
7. Sianosis

Kondisi Klinis Terkait:

1. Anemia
  2. Gagal jantung kongesif
  3. Penyakit jantung koroner
  4. Penyakit katup jantung
  5. Aritmia
  6. Penyakit Paru Obstruktif Korins (PPOK)
  7. Gangguan metabolik
  8. Gangguan muskuloskeletal
- d. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan d.d penurunan mobilitas
- Definis: Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/ epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/ ligamen )
- Kondisi klinis terkait:
1. Imobilitas
  2. Gagal jantung kongesif
  3. Gagal ginjal
  4. Imunodefisiensi (mis. AIDS)
  5. Kateterisasi jantung.
- e. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan)

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Gejala dan tanda mayor:

1. berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor:

1. Cepat kenyang setelah makan
  2. kram/ nyeri abdomen
  3. nafsu makan menurun
  4. Bising usus hiperaktif
  5. Otot pengunyah lemah
  6. Otot menelan lemah
  7. . Membran mukosa pucat
  8. Sariawan
  9. Serum albumin turun
  10. Rambut rontok berlebihan
  11. Diare
- f. Risiko perfusi perifer tidak efektif d.d hiperglikemia

Kondisi klinis terkait:

1. Arterosklerosis
2. Raynaud's disease
3. Trombosis arteris
4. Atritis reumatoid
5. Leriche's syndrome
6. Aneurisma
7. Buerger's disease
8. Varises
9. Diabetes melitus
10. Hipotensi

### 2.4. 5 Intervensi Keperawatan

Adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien berhasil dalam hal yang diharapkan:

Tabel 2.2 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin Definisi: variasi kadar glukosa darah naik/ turun dari rentang normal.</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lelah atau lesu</li> <li>2. Kadar glukosa dalam darah/ urin tinggi</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mulut kering</li> <li>2. Haus meningkat</li> <li>3. Jumlah urin meningkat</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 diharapkan kadar glukosa sarah stabil.</p> <p><b>Luaran utama:</b> Kestabilan kadar glukosa darah</p> <p>kriteri hasil sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lapar dari sering menjadi jarang</li> <li>2. Mulut kering dari cukup kering menjadi lembab</li> <li>3. Rasa haus dari seing menjadi jarang</li> <li>4. Kadar glikosa dalam darah dari meningkat menjadi normal</li> </ol> <p><b>Luaran tambahan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi</li> </ol> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pori makan yang dihabiskan dari 4 sendok menjadi 8 sendok</li> <li>2. Membran mukosa bibir dari kering</li> </ol>	<p><b>Manajemen hiperglikemia:</b></p> <p><b>1. observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan)</li> <li>c. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. polifadi, polidipsi, poliurea, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>e. Monitor intake dan output cairan</li> <li>f. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ol> <p><b>2. Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan asupan cairan oral</li> <li>b. Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>c. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</li> </ol> <p><b>3. Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250mg/dl</li> <li>b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah mandii jika perlu</li> <li>c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>d. Anjurkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu</li> <li>e. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insuli, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</li> </ol> <p><b>4. Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> <li>b. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> <li>c. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</li> </ol>

---

menjadi lembab

---

Nyeri akut b.d ketidak mampuan keluarga dalam merawat keluarga yang sakit

**Definisi:** Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

**Gejala dan tanda mayor:**

1. Mengeluh nyeri
2. Tampak meringis
3. Bersikap protektif
4. Gelisah
5. Frekuensi nadi Meningkat
6. Sulit tidur

**Gejalag dan tanda minor:**

1. Tekanan darah meningkat

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan nyeri menurun

**Luaran Utama:**

**Tingkat nyeri**

kriteria hasil berikut:

2. Keluhan nyeri dari 5 menjadi 2
3. Ekspresi wajah dari meringis menjadi rileks
4. Kelusitan tidur dari susah tidur menjadi mudah tidur
5. Sikap gelisah menjadi rileks

**Luaran tambahan:**

**Kontrol nyeri**

Kriteria hasil:

1. Kemampuan mengenali penyebab nyeri dari tidak tahu menjadi tahu dan paham
2. Keluhan nyeri dari sering menjadi jarang

Manajemen nyeri

**1. Observasi**

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makana
- c. Identifikasi makanan yang disukai
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selangnasogastrik
- f. Monitor asupan makanan
- g. Monitor berat badan
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

**2. Terapeutik**

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

**3. Edukasi**

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**4. Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
-

Intoleransi aktivitas b.d imobilitas	<b>Luaran utama:</b>	<b>Terapi aktivitas:</b>
<b>Definisi:</b> ketidak cukupan enegri untuk melakukan aktivitas sehari – hari.	Tolenransi aktivitas meningkat, setelah dilakukan tindakan keperawatan toleransi aktivitas membaik, dengan kriteria hasil:	<b>1. Observasi</b>
<b>Gelaja dan tanda mayor:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jarak berjalan dari 3 langka menjadi 6 langka</li> <li>2. Kekuatan tubuh bagian atas dari lemah menjadi lebih kuat</li> <li>3. Keluhan lelah dari sedang menjadi menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>b. b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivotas tertentu</li> <li>c. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>d. d. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>e. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</li> <li>f. Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol>
<b>Gejala dan tanda minor:</b>		<b>2. Terapeutik</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> <li>2. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>3. Jarak berjalan dari 3 langka menjadi 6 langka</li> <li>4. Kekuatan tubuh bagian atas dari lemah menjadi lebih kuat</li> <li>5. Keluhan lelah dari sedang menjadi menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea saat/ setelah aktivitas.</li> <li>2. Merasa tidak nyaman saat beraktivitas</li> <li>3. Merasa lemah</li> <li>4. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>5. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas.</li> <li>6. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>7. sianosis</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami</li> <li>b. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>c. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social</li> <li>d. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>e. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>f. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</li> <li>g. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih</li> <li>h. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li> <li>i. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy, atau gerak</li> <li>j. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> <li>k. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> <li>l. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>m. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implicit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai</li> <li>n. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li> <li>o. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan ( mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana,</li> </ol>



permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kart)

- p. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu
- q. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri
- r. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan
- s. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
- t. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

3.

#### Edukasi

- a. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu
- b. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih
- c. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif, dalam menjaga fungsi dan kesehatan
- d. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai
- e. Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

#### 4. Kolaborasi

- a. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai
- b. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu

Risiko gangguan integritas kulit/  
jaringan

Definisi: berisiko mengalami  
kerusakan kulit (dermis da/  
epidermis) atau jaringan  
(membran mukosa, kornea,  
fasia, otot, tendon, tulang,

#### **Luaran utama:**

Tingkat cedera menurun,  
setelah dilakukan tindakan  
keperawatan didapatkan  
tingkat cedera menurun  
dengan kriteria hasil:

#### **PERAWATAN INTEGRITAS KULIT (I.11353)**

##### **1. Observasi**

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

kartilago, kapsul sendi dan/ atau ligamen)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka/ lecet dari dari sedang menjadi menurun</li> <li>2. Ketegangan otot dari cukup menjadi rileks</li> <li>3. Tekanan darah dari 130/90 mmHg menjadi 120/80 mmHg</li> <li>4. Frekuensi nadi dari cepat menjadi normal</li> </ol>	<b>2. Terapeutik</b>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> <li>4. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</li> <li>5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> <li>6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol>
		<b>3. Edukasi</b>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum)</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Anjurkan meningkat asupan buah dan sayur</li> <li>5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrime</li> <li>6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah.</li> </ol>
Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)	<b>Lusran utama:</b> Status nutrisi, setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut:	<b>Promosi berat badan (I.03136)</b>
Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme		<b>1. Observasi</b>
<b>Gejala dan tanda mayor:</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</li> <li>b. Monitor adanya mual dan muntah</li> <li>c. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</li> <li>d. Monitor berat badan</li> <li>e. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot pengunyah dai lemah menjadi baik</li> <li>2. Nyeri abdomen dari 4 menjadi 1</li> <li>3. Diare dari 6 menjadi 2</li> </ol>	<b>2. Terapeutik</b>
<b>Gejala dan tanda minor:</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</li> <li>b. Sediakan makan yang tepat sesuai kondisi pasien( mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblander, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau Gastrostomi, total perenteral nutrition sesuai indikasi)</li> <li>c. Hidangkan makan secara menarik</li> <li>d. Berikan suplemen, jika perlu</li> <li>b. Berikan pujian pada pasien atau keluarga untuk peningkatan yang dicapai</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2. kram/ nyeri abdomen</li> <li>3. Nafsu makan menurun</li> <li>4. bising usus hiperaktif</li> <li>5. Otot pengunyah lemah</li> <li>6. Otot menelan lemah</li> <li>7. Mwmbran mukosa pucat</li> <li>8. Sariawan</li> <li>9. Serum albumin turun</li> <li>10. Rambut rontok berlebihan</li> </ol>		<b>3. Edukasi</b>

## 11. Diare

a. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau

b. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan

Risiko perfusi perifer tidak efektif d.d hiperglikemia

Definisi: berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level

**Luaran utama:**

Perfusi perifer, setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil:

1. Penyembuhan luka drain cukup menurun menjadi meningkat
2. Warna kulit dari pucat menjadi normal
3. Akral dari dingin menjadi hangat
4. Tekanan darah sistolik dari 130 mmHg menjadi 120 mmHg
5. Tekanan darah diastolik dari 90 mmHg menjadi 80 mmHg

**Pencegahan syok****1.Observasi**

- a. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD,MAP)
- b. Monitor status oksigenasi (oksimetri, nad)
- c. Monitor status cairan
- b. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- c. Periksa riwayat alergi

**2.Terapeutik**

- a. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- b. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- b. Pasang jalur IV, jika perlu
- c. Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu
- d. Lakukan skin test untuk mencegah alergi

**3.Edukasi**

- a. a.Jelasakna penyebab/ faktor risiko syok
- b. Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- c. Anjurkan melapor jika menemukan/ merasakan tanda dan gejala awal syok
- d. Anjurkan memperbanyak cairan oral
- e. Anjurkan menghindari alergen'

**4. Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
- b. b.Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

---

c. c.Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

#### **2.4.6 Implementasi Keperawatan**

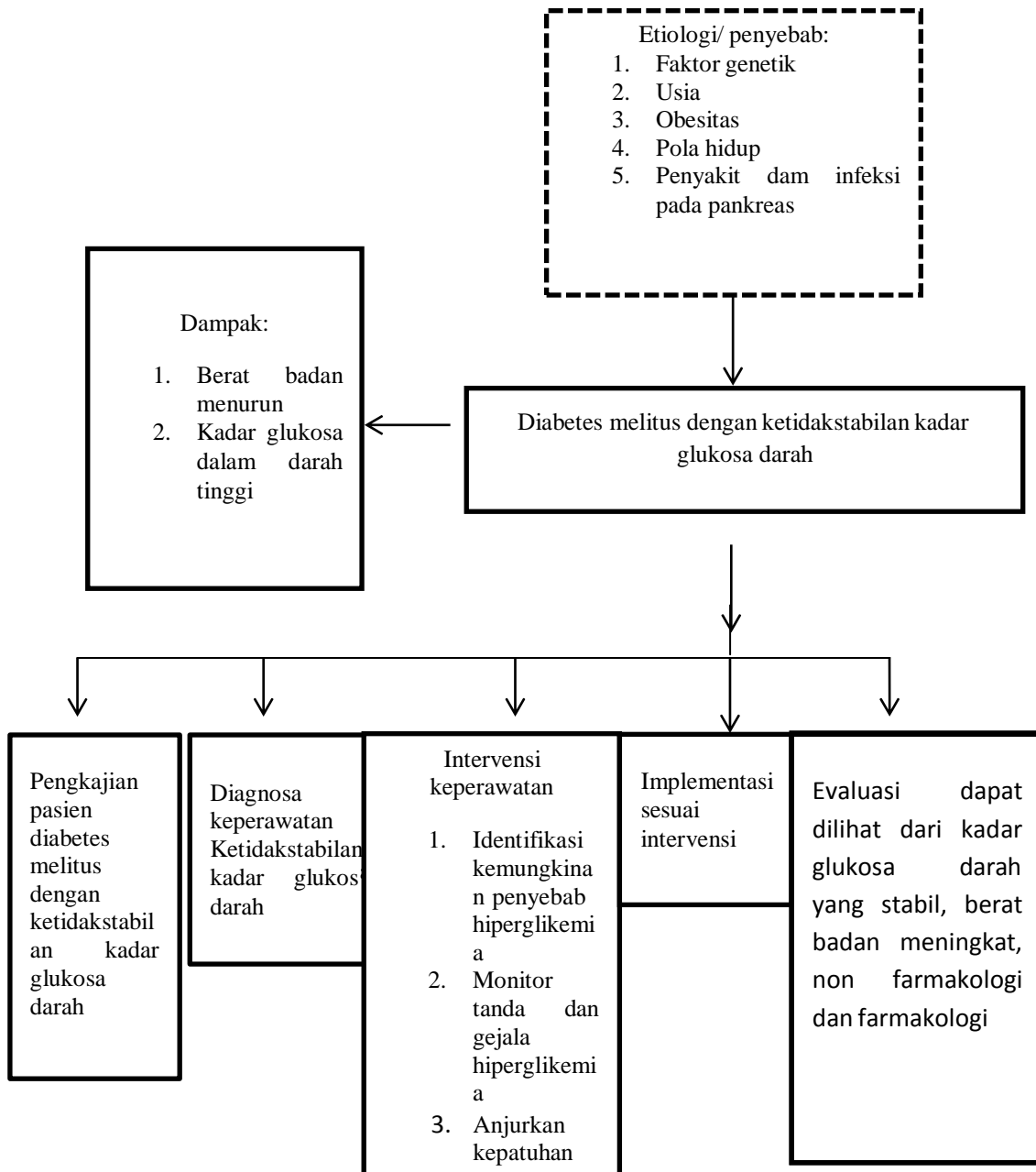
Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang digunakan pada pasien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh pasien.

#### **2.4.7 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya (Debora, 2012). Hasil yang diharapkan pada proses keperawatan pasien dengan diabetes mellitus:

- 2.4.7.1 Pasien mampu mendemonstrasikan tentang cara mengendalikan kadar glukosa darah dengan baik


### 2.5 Kerangka Masalah



2.2 Gambar kerangka masalah pada pasien diabetes melitus tipe II (PPNI, 2017)

Keterangan:

1.  : Tidak diteliti

2.  : Dikaji
3.  : ada hubungan

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

#### 3.1 PENGKAJIAN

##### 1) Data Umum

###### 1. Data umum

###### (1) Identitas kepala keluarga

- a) Kepala Keluarga (KK) : Tn. S
- b) Usia : 60
- c) Pekerjaan KK :
- d) Pendidikan KK : SD
- e) Alamat dan telepon : Dsn.Cikur RT/RW 02/06 Kalipucang, Tutur,  
Pasuruan

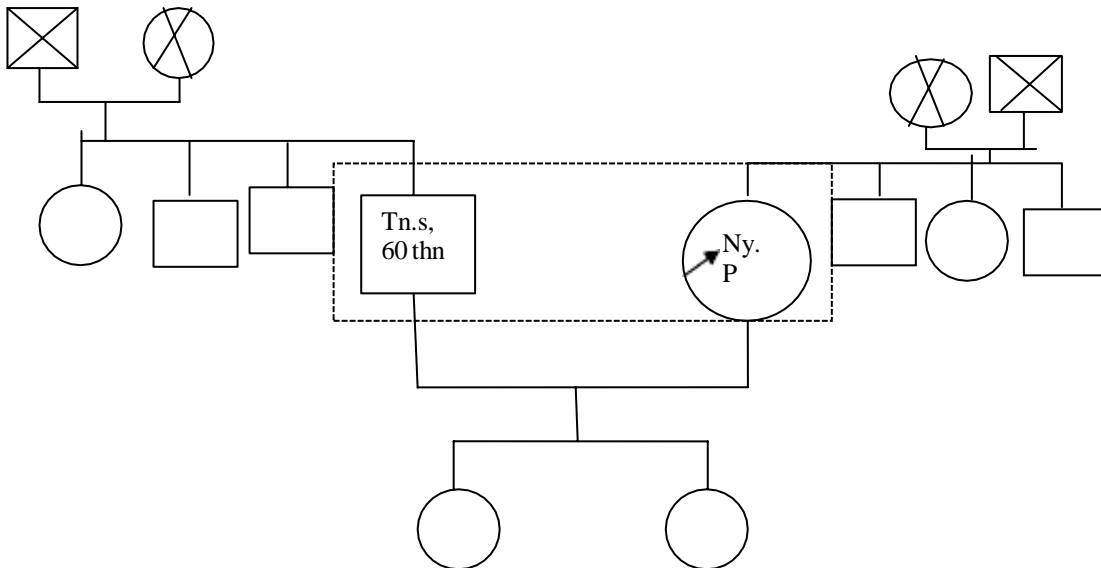
###### (2) Komposisi keluarga :

3.1 Tabel Komposisi Anggota Keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Umur	Pendidikan	Status Imunisasi												
						BCG	Polio				DPT			Hepatitis			Ca	Ket
						G	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	k	
1	Tn.S	L	Suami	60	SD													
2	Ny.P	P	Istri	57	SD													





Genogram :





3.1 Gambar Genogram Keluarga


Keterangan:


 = Laki – laki meninggal

 = Perempuan meninggal

 = Laki – laki

 = Perempuan

 = Anggota keluarga yang tinggal seruma

 = Pasien

2. Tipe Keluarga :

Tipe keluarga Tn. S adalah keluarga bentukan kembali (*Dyadic Family*), yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

## 3. Suku bangsa :

Jawa (Indonesia). Suku bangsa keluarga Tn. S adalah suku jawa, bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa jawa tidak ada kebiasaan keluarga yang dipengaruhi oleh suku yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga.

## 4. Agama :

Keluarga Tn. S memeluk agama islam, keluarga Tn. S biasanya sholat berjamaah 5 waktu dimusollah rumahnya, keluarga Tn. S sangat menjunjung tinggi nilai agama.

## 5. Status sosial ekonomi keluarga

3.2 tabel status sosial ekonomi keluarg

Jumlah pendapatan perbulan	Sumber pendapatan perbulan	Jumlah pengeluaran perbulan
Rp.3.500.000	Susu perah dan penjualan pisang	Rp.2.500.000

## 6. Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga Tn. S tidak pernah melakukan rekreasi

**1. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

## 1. Tahap perkembangan keluarga saat ini yaitu

Tahap perkembangan keluarga Tn. S saat ini termasuk keluarga lanjut usia

Seperti:

- e. Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga
- f. Adaptasi terhadap kehilangan pasangan, kesehatan fisik dan penghasilan.
- g. Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- h. Melakukan *life review*

## 2. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Dari hasil wawancara didapatkan bdata bahwa keluarga Tn. S mengalami kebutuhan nutrisi yang tidak adekuat seperti pola makan Ny. P tidak ada pantangan dalam memilih makanan.

## 3. Riwayat kesehatan keluarga inti

Tn. S mengatakan Ny. P sering merasa mengantuk disaat pagi hari, mudah merasa lapar, sering kesemutan dan sering kencing dimalam hari.

## 4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Tn. S mengatakan bahwa dari pihak Ny. P ada riwayat penyakit diabetes melitus

## 2. Data lingkungan

### 1. Karakteristik rumah

Tempat tinggal Tn.S memiliki luas 7x12 cm, rumah milik sendiri, rumah Tn. S memiliki kamar/ ruang sebanyak 10 ruang, ventilasi dan penerangan cukup, dengan pemanfaatan ruangan : 1 halaman depan, 2 ruang tamu, 3 kamar tidur,1 ruang keluarga,1 kamar mandi, 1 mushollah dan 1 dapur. Lingkungan rumah Tn. S cukup bersih, dan sangat jauh dari jalan raya

Ruang tamu depan	
Mushollah	Kamar
Ruang keluarga	Kamar
Ruang tamu belakang	Kamar
Kamar mandi	Dapur

3.2 Gambar Denah Rumah

## 2. Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Keluarga Tn.S saling tolong menolong dengan tetangga , dan jika ada kegiatan di daerah tempat tinggal biasanya keluarga Tn.S selalu berpartisipasi.

## 3. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Tn.S tinggal disana semenjak Tn.S menikah dengan istrinya hingga sekarang Tn.S sudah 39 tahun tinggal rumah ini. Jarak rumah Tn.S dengan jalan raya sekitar 2 km, kendaraan yang digunakan biasanya sepeda motor.

## 4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Biasanya Ny.P mengikuti arisan rutin per RT seminggu sekali tetapi semenjak sakit Ny.P tidak pernah lagi mengikuti kegiatan kemasyarakatan, sedangkan Tn.S selalu ikut jika ada kegiatan kerja bakti yang diadakan diRT maupun RW juga mengikuti kegiatan Tahlil setiap malam jumat

## 5. System pendukung keluarga

Jika ada masalah maka keluarga akan menyelesaikan dengan musyawarah. Keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia di desa yaitu puskesmas dan bidan.

## 3. Struktur keluarga

### 1. Struktur peran

Peran formal : Tn. S berperan sebagai kepala keluarga dan Ny. P berperan sebagai wakil kepala keluarga.

Peran informal : Tn. S memiliki tanggung jawab untuk mencari nafkah, Ny. P sebagai ibu rumah tangga.

### 2. Nilai atau norma keluarga

Tn.S mengatakan tidak ada nilai atau norma khusus yang mengikat anggota keluarga, sistem nilai yang dianut keluarga Tn.S dipengaruhi oleh adat dan agama.

### 3. Pola komunikasi keluarga

Keluarga Tn. S selalu berkomunikasi dengan baik, bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Jawa. Komunikasi dilakukan dengan cara terbuka, anggota keluarga bebas menyampaikan keluhan dan jika ada masalah maka keluarga akan menyelesaikan dengan musyawarah.

### 4. Struktur kekuatan keluarga

Pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan dengan cara bermusyawarah seluruh anggota keluarga. Tn.H selaku kepala keluarga memiliki kekuatan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga untuk merubah perilaku.

## 4. Fungsi keluarga

### 1. Fungsi ekonomi

Kebutuhan pokok keluarga sehari-hari cukup terpenuhi dari penghasilan Tn.S

### 2. Fungsi mendapatkan status social

Anggota keluarga Tn. S biasanya sering membantu ketika tetangga atau saudaranya ada yang mempunyai hajatan atau sebagainya, keluarga Tn. S dapat bersosialisasi dan bertoleransi dengan baik antar warga.

### 3. Fungsi pendidikan

Tn.S dan Ny.P hanya menempuh pendidikan SD

### 4. Fungsi sosialisasi

keluarga Tn.S dapat bersosialisasi dengan baik kepada tetangga ataupun masyarakat sekitar.

5. Fungsi pemenuhan kesehatan

Tn.S mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit akan dibawa ke puskesmas atau dokter praktik umum terdekat, dan jika dirasa tidak terlalu parah biasanya membeli obat di apotek terdekat.

6. Fungsi religious

Tn. S mengatakan keluarganya tidak ada perebedaan keyakinan dan perbedaan praktik ibadah. Keluarga Tn. S selalu berpegang teguh pada ajaran agama islam dan selalu sholat 5 waktu.

7. Tn.S dan keluarga jarang sekali melakukan rekreasi ketempat hiburan. Saat santai dirumah keluarga sering duduk bersama menonton TV atau berkumpul dengan tetangga sekitar.

8. Fungsi reproduksi

Tn. S memiliki 2 anak, keluarga mengendalikan jumlah anak dengan mengikuti program keluarga berencana (KB)

9. Fungsi afeksi

Hubungan Tn.S dengan istri dan anak-anaknya terjalin dengan baik, anggota keluarga saling menghormati, memperhatikan, menyayangi dan menyemangati meskipun terkadang terjadi perselisihan pendapat.

## 5. Stress dan koping keluarga

1. Stressor jangka pendek dan panjang
  - a. Jangka pendek : keluarga mengatakan sementara tidak mempunyai masalah berat.
  - b. Jangka panjang : keluarga mengatakan stressor jangka panjang yaitu memikirkan masalah biaya untuk kehidupan sehari-hari
2. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga sangat khawatir dalam menghadapi masalah kesehatan jika dialami oleh salah satu anggota keluarga, dan untuk mengatasi masalah tersebut biasanya keluarga membeli obat di apotek sesuai dengan resep dokter yang pernah di berikan saat periksa.
3. Strategi koping yang digunakan

Keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada untuk mengatasi keluhan masalah Ny.P dan Ny.P mengatakan beliau berpasarah diri dan berdoa kepada Allah SWT, berusaha untuk tetap menjaga kesehatan dengan mengatur pola makan dan berolahraga.
4. Strategi adaptasi disfungsional

Keluarga Tn.S tidak pernah melakukan perilaku kasar atau kejam terhadap anggota keluarganya dan tidak pernah melakukan ancaman dalam menjelaskan masalah

## 6. Pemeriksaan kesehatan tiap individu anggota keluarga

### 3.3 Tabel pemeriksaan tiap individu keluarga

Pemeriksaan	Tn. S	Ny. P
Riwayat Penyakit sekarang	Tidak ada	Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus, yang diderita klien mulai 2018 lalu, klien biasanya akan kontrol kesehatan setiap 1 bulan sekali ke puskesmas. Hasil pemeriksaan pertama yaitu 567 mg/ dl dan pemeriksaan ke 2 yaitu 550 mg/dl
Riwayat kesehatan yang lalu	Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi	Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi
Riwayat kesehatan keluarga	Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang menurun seperti diabetes melitus dan menular seperti TBC	Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang menurun seperti diabetes melitus dan menular seperti TBC
Pola tidur/istirahat	Waktu tidur: 21:00 Waktu bangun: 04.00 Masalah tidur: tidak ada Hal- hal yang mempermudah tidur: lampu dimatikan dan keadaan yang sunyi Hal- hal yang mempermudah terbangun: lampu menyalakan suara bising	Waktu tidur: 21:00 Waktu bangun: 04.00 Masalah tidur: tidak ada Hal- hal yang mempermudah tidur: lampu dimatikan dan keadaan yang sunyi Hal- hal yang mempermudah terbangun: lampu menyalakan suara bising
Pola eliminasi	BAB: 1- 2 x/ hari BAK: 3- 4 x/ hari Kesulitan BAB/ BAK: Tidak ada	BAB: 1- 2 x/ hari BAK: 10-14x/ hari Kesulitan BAB/ BAK: Tidak ada
Pola makan dan minum	Jumlah dan jenis makanan: 3x/ hari (Nasi 2 centong, tempe, ikan asin, sayur) habis Waktu pemberian makan: Pagi, siang dan malam hari Jumlah dan jenis cairan: Air putih ± 2 liter dan kopi 2 mug Waktu pemberian cairan: sebelum dan sesudah makan, saat waktu istirahat Pantangan: pklien mengatakan tidak ada pantangan Masalah makanan: a. Kesulitan mengunyah: klien mengatakan tidak ada kesulitan b. Kesulitan menelan: klien mengatakan tidak ada kesulitan c. Mual dan muntah: klien mengatakan tidak ada mual dan muntah d. Tidak dapat makan sendiri: klien dapat makan sendiri	Jumlah dan jenis makanan: 3x/ hari (Nasi 1 centong, tempe, ikan asin, sayur) habis Waktu pemberian makan: Pagi, siang dan malam hari Jumlah dan jenis cairan: Air putih ± 2 liter dan kopi 2 gelas Waktu pemberian cairan: sebelum dan sesudah makan, saat waktu istirahat Pantangan: pklien mengatakan tidak ada pantangan Masalah makanan: a. Kesulitan mengunyah: klien mengatakan agak susah mengunyah b. Kesulitan menelan: klien mengatakan ada kesulitan menelan c. Mual dan muntah: klien mengatakan tidak ada mual dan muntah d. Tidak dapat makan sendiri: klien dapat makan sendiri



Kebersihan diri/ personal hygiene	Pemeliharaan badan: pasien mandi 1 hari 3 kali Pemeliharaan gigi dan mulut: klien selalu menggosok gigi ketika mandi Pemeliharaan kuku: klien selalu memotong kuku seminggu 1 kali	Pemeliharaan badan: pasien mandi 1 hari 3 kali Pemeliharaan gigi dan mulut: klien selalu menggosok gigi ketika mandi Pemeliharaan kuku: klien selalu memotong kuku seminggu 1 kali
Pola kegiatan / aktivitas lain	Menonton sepak bola dan bercengkrama dengan keluarga	Bercengkrama dengan keluarga dan menonton tv
Data psikososial	Pola komunikasi baik Orang yang paling dekat dengan klien: istri klien Hubungan dengan orang lain/ interaksi sosial: klien mengatakan memiliki hubungan dan interaksi yang baik dengan orang lain	Pola komunikasi baik Orang yang paling dekat dengan klien: suami klien Hubungan dengan orang lain/ interaksi sosial: klien mengatakan memiliki hubungan dan interaksi yang baik dengan orang lain
Keadaan umum	Baik	Cukup
Tanda- tanda Vital	Kesadaran composmentris TD: 140/90 mmHg N: 81x/ Menit RR: 20x/ menit S: 36,4° C	Kesadaran composmentris TD : 130/90mmHg N : 82x/menit RR : 22x/menit S : 36 <sup>0</sup> C Kadar glukosa darah acak :150 mg/dl Kadar gula darah puasa: 100 mg/ dl
Pemeriksaan kepala dan leher	Bentuk simetris, ubun- ubun tidak teraba, kulit kepala bersi, rambut pendek, penyebaran dan keadaan rambut merata, bau wangi, warna putih dan hitam, , wajah normal, warna kulit sawo matang, struktur wajah ada kerutan	Bentuk simetris, ubun- ubun tidak teraba, kulit kepala bersi, rambut pendek, penyebaran dan keadaan rambut merata, bau wangi, warna putih dan hitam, , wajah normal, warna kulit sawo matang, struktur wajah ada kerutan
Pemeriksaan mata	Kelengkapan dan kesimetrisan: lengkap dan simetris Kelopak mata: tidak ada oedema Konjungtiva dan sklera: tidak ademis Pupil: Isokor Kornea dan iris: tidak ada peradangan pada kornea tidak ada lesi Ketajaman penglihatan/ visus: klien mengatakan penglihatan jelas Tekanan bola mata: tidak dikaji	Kelengkapan dan kesimetrisan: lengkap dan simetris Kelopak mata: tidak ada oedema Konjungtiva dan sklera: tidak ademis Pupil: Isokor Kornea dan iris: tidak ada peradangan pada kornea tidak ada lesi Ketajaman penglihatan/ visus: klien mengatakan penglihatan agak buram Tekanan bola mata: tidak dikaji
Hidung	Tulang hidung dan posisi septum nasi: tidak ada pembengkakan, simetris Lubang hidung: tidak ada secret dan lesi Cuping hidung: tidak terdapat pernafasan cuping hidung	Tulang hidung dan posisi septum nasi: tidak ada pembengkakan, simetris Lubang hidung: tidak ada secret dan lesi Cuping hidung: tidak terdapat pernafasan cuping hidung

Telinga	Bentuk telinga : simetris Ukuran telinga: normal Ketegangan telinga: lentur Lubang telinga: bersih Ketajaman pendengaran: klien dapat mendengar dengan jelas	Bentuk telinga : simetris Ukuran telinga: normal Ketegangan telinga: lentur Lubang telinga: bersih Ketajaman pendengaran: klien dapat mendengar dengan jelas
Mulut dan faring	Keadaan bibir: mukosa bibir lembab Keadaan gigi dan gusi: bersih Keadaan lidah: bersih Orofaring: klien mengatakan tidak merasa sakit saat menelan	Keadaan bibir: mukosa bibir lembab Keadaan gigi dan gusi: bersih Keadaan lidah: bersih Orofaring: klien mengatakan tidak merasa sakit saat menelan
Leher	Posisi trachea: Simetris Tiroid: Tidak ada pembengkakan tiroid Suara: Pasien berbicara dengan sedikit jelas Kelenjar Limfe: Tidak ada membesarkan limfe Vena Jugularis : Tidak ada distensi pada vena jugularis Denyut Nadi Carotis: Teraba dengan jelas, N : 81x/menit	Posisi trachea: Simetris Tiroid: Tidak ada pembengkakan tiroid Suara: Pasien berbicara dengan sedikit jelas Kelenjar Limfe: Tidak ada membesarkan limfe Vena Jugularis : Tidak ada distensi pada vena jugularis Denyut Nadi Carotis: Teraba dengan jelas, N : 82x/menit
Pemeriksaan itegumen (kulit)	Kebersihan: Bersih Kehangatan : Hangat Warna : Kuning langsung Tekstur : Halus Kelembaban: Lembab Kelainan pada kulit : Tidak ada kelainan	Kebersihan: Bersih Kehangatan : Hangat Warna : Kuning langsung Tekstur : Halus Kelembaban: Lembab Kelainan pada kulit : Tidak ada kelainan
Pemeriksaan Payudara dan Ketiak	Ukuran dan bentuk payudara : Normal dan simetris Warna payudara dan areola : Berwarna hitam Kelainan-kelainan payudara dan puting: Tidak ada kelainan Axilla dan Clavicula : Tidak ada benjolan	Ukuran dan bentuk payudara : Normal dan simetris Warna payudara dan areola : Berwarna hitam Kelainan-kelainan payudara dan puting: Tidak ada kelainan Axilla dan Clavicula : Tidak ada benjolan
Pemeriksaan Thorax/ Dada	Bentuk Thorax : Normal chest Pernapasan : Frekwensi: 20x/menit Irama : Reguler Tanda-tanda kesulitan bernapas : Pasien terdapat tanda-tanda kesulitan bernafas Pemeriksaan Paru: Palpasi getaran suara (Vokal Fremitus) : Normal antara getaran paru-paru kanan dan kiri sama Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara napas : Vesikuler Suara ucapan : Jelas	Bentuk Thorax : Normal chest Pernapasan : Frekwensi: 20x/menit Irama : Reguler Tanda-tanda kesulitan bernapas : Pasien terdapat tanda-tanda kesulitan bernafas Pemeriksaan Paru: Palpasi getaran suara (Vokal Fremitus) : Normal antara getaran paru-paru kanan dan kiri sama Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara napas : Vesikuler Suara ucapan : Jelas

	Suara tambahan : Tidak terdapat suara tambahan	Suara tambahan : Tidak terdapat suara tambahan
Pemeriksaan jantung	<p>a. Inspeksi dan palpasi : Pulsasi : Tidak ada palpasi Ictus cordis : Berada pada ICS V pada linea midclavikula kiri selebar 1 cm b. Perkusi : Batas-batas jantung : Kanan atas: ICS II linea parasternalis dextra, kiri atas: ICS II linea parasternalis sinistra, kanan bawah : ICS IV linea parasternalis dextra, kiri bawah: ICS IV linea midclavikula sinistra. c. Auskultasi : Bunyi Jantung I: Lup tunggal pada ruang ICS IV linea sternalis kiri, dan ICS V linea midclavicula. Bunyi Jantung II : Dup tunggal pada ruang ICS II linea sternalis kanan dan ICS II linea sternalis kiri. Bunyi Jantung Tambahan : Tidak ada bunyi jantung tambahan Bising/Murmur: Tidak ada suara bising/mumur Frekwensi Denyut jantung : Denyut jantung 81x/menit</p>	<p>a. Inspeksi dan palpasi : Pulsasi : Tidak ada palpasi Ictus cordis : Berada pada ICS V pada linea midclavikula kiri selebar 1 cm b. Perkusi : Batas-batas jantung : Kanan atas: ICS II linea parasternalis dextra, kiri atas: ICS II linea parasternalis sinistra, kanan bawah : ICS IV linea parasternalis dextra, kiri bawah: ICS IV linea midclavikula sinistra. c. Auskultasi : Bunyi Jantung I: Lup tunggal pada ruang ICS IV linea sternalis kiri, dan ICS V linea midclavicula. Bunyi Jantung II : Dup tunggal pada ruang ICS II linea sternalis kanan dan ICS II linea sternalis kiri. Bunyi Jantung Tambahan : Tidak ada bunyi jantung tambahan Bising/Murmur: Tidak ada suara bising/mumur Frekwensi Denyut jantung : Denyut jantung 82x/menit</p>
Pemeriksaan abdomen	<p>a. Inspeksi Bentuk abdomen : Datar Benjolan/Massa : Tidak ada benjolan Bayangan Pembuluh Darah abdomen : Tidak terlihat b. Auskultasi Peristaltik usus : Normal c. Palpasi Tanda Nyeri Tekan : tidak ada nyeri tekan Benjolan/Massa: Tidak ada benjolan/massa Tanda-tanda ascites: Tidak ada tanda-tanda ascites Hepar: Tidak ada pembesaran hepar Lien: Tidak ada pembesaran lien Titik McBurney: Tidak ada nyeri tekan d. Perkusi Suara Abdomen : Tympani Pemeriksaan ascites : Tidak ada</p>	<p>a. Inspeksi Bentuk abdomen : Datar Benjolan/Massa : Tidak ada benjolan Bayangan Pembuluh Darah abdomen : Tidak terlihat b. Auskultasi Peristaltik usus : Normal c. Palpasi Tanda Nyeri Tekan : tidak ada nyeri tekan Benjolan/Massa: Tidak ada benjolan/massa Tanda-tanda ascites: Tidak ada tanda-tanda ascites Hepar: Tidak ada pembesaran hepar Lien: Tidak ada pembesaran lien Titik McBurney: Tidak ada nyeri tekan d. Perkusi</p>

	ascites	Suara Abdomen : Tympani Pemeriksaan ascites : Tidak ada ascites
Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitar	1. Genetalia a. Rambut Pubis : Tidak terkaji b. Meatus Urethra: Tidak terkaji c. Kelainan-kelainan pada genetalia eksterna dan daerah inguinal : Tidak ada kelainan 2. Anus dan Perineum a. Lubang anus : Ada dan normal b. Kelainan-kelainan pada anus : Tidak ada kelainan c. Perineum : Tidak ada lesi	1. Genetalia a. Rambut Pubis : Tidak terkaji b. Meatus Urethra: Tidak terkaji c. Kelainan-kelainan pada genetalia eksterna dan daerah inguinal : Tidak ada kelainan 2. Anus dan Perineum a. Lubang anus : Ada dan normal b. Kelainan-kelainan pada anus : Tidak ada kelainan c. Perineum : Tidak ada lesi
Pemeriksaan Muskuloskeletal (Ekstremitas)	Kesimetrisan otot: simetris Pemeriksaan oedem: tidak ada oedem Kekuatan otot: $\frac{5 \parallel 5}{5 \parallel 5}$	Kesimetrisan otot: simetris Pemeriksaan oedem: tidak ada oedem Kekuatan otot: $\frac{5 \parallel 5}{5 \parallel 5}$
	Kelainan- kelainan pada ekstremitas dan kuku: tidak ada kelainan	Kelainan- kelainan pada ekstremitas dan kuku: tidak ada kelainan
Pemeriksaan neurologi	a. Tingkat Kesadaran (secara Kwantitatif)/ GCS : Eye : 4 , verbal : 5 , motorik : 6 (composmentis). b. Tanda-tanda rangsangan otak : Nyeri kepala (-) c. Syaraf otak (nervus cranialis) : Olfaktorius (+), optikus (+), oculomotorius (+), rochlearis (+), trigemimus (+), abduzen (+), vacialis (+), glasioparingeal (+), vagus (+), accesorius (+), hypoglosal (+) d. Fungsi Motorik : Pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dengan baik. e. Fungsi sensorik: panca indra dapat berfungsi dengan baik f. Refleks : Refleks Fisiologis : Pattela (+) , Achites (+) Refleks Patologis : Babinski(-) , chaddock (-) , schaefferi (-) , oppenhelm (-)	a. Tingkat Kesadaran (secara Kwantitatif)/ GCS : Eye : 4 , verbal : 5 , motorik : 6 (composmentis). b. Tanda-tanda rangsangan otak : Nyeri kepala (-) c. Syaraf otak (nervus cranialis) : Olfaktorius (+), optikus (+), oculomotorius (+), rochlearis (+), trigemimus (+), abduzen (+), vacialis (+), glasioparingeal (+), vagus (+), accesorius (+), hypoglosal (+) d. Fungsi Motorik : Pasien dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dengan baik. e. Fungsi sensorik: panca indra tidak dapat bekerja dengan baik f. Refleks: Refleks fisiologis: Patteka (+), Achites (+) Refleks patofisiologis: Babinski(-), chaddock(-), schaefferi(-), oppenhelm(-)
Pemeriksaan status mental	a. Kondisi emosi/perasaan: klien terlihat tenang b. Orientasi: klien mampu	a. Kondisi emosi/perasaan : Pasien terlihat gelisah b. Orientasi : Pasien mampu

mengenal orang, tempat dan waktu	mengenal orang, tempat dan waktu
c. Proses berfikir (ingatan, atensi, keputusan, perhiungan) : Pasien dapat mengingat dengan baik, cepat, dan tanggap	c. Proses berfikir (ingatan, atensi, keputusan, perhiungan) : Pasien dapat mengingat dengan baik, cepat, dan tanggap
d. Motivasi (kemauan) : klien mengatakan ingin cepat sembuh	d. Motivasi (kemauan) : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh
e. Persepsi : Baik	e. Persepsi : Baik
f. Bahasa : Jawa, Madura	f. Bahasa : Jawa, Madura.

## 7. Pemeriksaan Penunjang

3.4 Tabel Pemeriksaan penunjang

	Tgl: 06-03-2021	Tgl: 07-03-2021	Tgl: 08-03-2021
Pemeriksaan gula darah acak	200 mg/ dl	160 mg/ dl	120 mg/dl
Pemeriksaan gula darah puasa	120 mg/dl	88mg/dl	79mg/ dl

## 8. Harapan keluarga

Keluarga berharap petugas kesehatan agar memberikan informasi, pelayanan kesehatan dan pengobatan untuk kesembuhan Ny.P

### 3.2 ANALISA DATA

3.5 Tabel Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p><b>DS:</b></p> <p>a. Ny.P mengatakan mudah merasa lelah atau lesu</p> <p>b.Ny. P mengatakan sering kencing terutama dimalam hari</p> <p>c.Kaki sering kesemutan</p> <p>d. Penglihatan kabur</p> <p>e.Ny. P mengatakan mulut terasa kering</p> <p>f.. Ny, P mengatakan sering merasa haus</p> <p><b>DO:</b></p> <p>a. Keadaan umum: cukup</p> <p>b. Mukosa bibir kering</p> <p>c.TTV:</p> <p>TD : 130/90mmHg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>S : 36<sup>0</sup>C</p> <p>d. Pemeriksaan gula darah acak:</p> <p>tgl: 06/03/21: 200mg/ dl</p> <p>tgl: 07/03/21: 169 mg/dl</p> <p>tgl:08/03/21: 120mg/ dl</p> <p>e. Pemeriksaan gula darah puasa:</p> <p>Tgl: 06/03/21: 120 mg/dl</p> <p>Tgl: 07/03/21: 88 mg/dl</p> <p>Tgl: 08/03/21: 79 mg/dl</p>	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	<p><b>DS:</b></p> <p>a. Ny.P mengatakan saat makan mudah kenyang</p> <p>bNy. P mengatakan nafsu makan menurun</p> <p><b>DO:</b></p> <p>a. Otot pengunya lemah</p> <p>b. Otot menelan lemah</p> <p>c. Membran mukosa bibir pucat</p> <p>d. Rambut rontok berlebih</p> <p>Metode ABCD:</p> <p>A: Antropometri: BB sebelum terkena diabetes melitus: 48 kg</p>	Faktor psikologis	Defisit nutrisi

---

BB setelah terkena diabetes  
 melitus: 40 kg  
 B(Biokimia): Tidak dikaji  
 C (Clinic sign)  
 Klien tampak lemah  
 Mukosa bibir kering  
 D(Diet)  
 1. Nasi lunak/ lembek  
 Makan: habis ½ porsi

---

### 3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI DENGAN PRIORITAS MASALAH

#### 1) Skoring Diagnosa Keperawatan Keluarga

##### 1. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

3.6 Tabel skoring Diagnosa Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Kriteria	Score	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah				Ny.P mengatakan muda lesuh dan haus meningkat
a. Aktual	3			
b. Resiko	2	1	3/3x1=1	
c. Tinggi	1			
Kemungkinan masalah dapat diubah				Ny.P mengatakan tidak ada pantangan saat makan
a. Tinggi	2	2	1/2x2=1	
b. Sedang	1			
c. Rendah	0			
Potensi masalah untuk dicegah				Potensial masalah Ny.P terhadap ketidakstabilan kadar glukosa darah mudah untuk dicegah
a. Mudah	3		3/3x1=1	
b. Cukup	2	1		
c. Tidak Dapat	1			
Menonjolnya masalah				Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah terhadap Ny.S harus segera ditangani
a. Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani	2			
b. Masalah dirasakan	1	1	2/2x1=1	
c. Masalah tidak dirasakan	0			
Jumlah			4	

---

## 2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis

### 3.7 Tabel skoring Diagnosa Defisit nutrisi

Kriteria	Score	Bobot	Nilai	Pembenaran
Sifat masalah				
a. Aktual	3			
b. Resiko	2	1	$3/3 \times 1 = 1$	Ny.P mengatakan kurang nafsu makan dan saat makan mudah kenyang
c. Tinggi	1			
Kemungkinan masalah dapat diubah			$1/2 \times 2 = 1$	Ny.P mengatakan keengganan untuk makan
a. Tinggi	2	2		
b. Sedang	1			
c. Rendah	0			
Potensi masalah untuk dicegah				Potensial masalah Ny.P terhadap Defisit nutrisi cukup untuk dicegah
a. Mudah	3		$2/3 \times 1 =$	
b. Cukup	2	1	0,6	
c. Tidak Dapat	1			
Menonjolnya masalah				Masalah defisit nutrisi terhadap Ny.P harus segera ditangani
a. Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani	2			
b. Masalah dirasakan	1	1	$2/2 \times 1 = 1$	
c. Masalah tidak dirasakan	0			
Jumlah			3,6	

## 3.4 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.P  
 UMUR : 57 Tahun  
 NO. REGISTER :

### 3.8 Tabel Daftar Diagnosa Keperawatan

NO	TGL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL TERATASI	TT
1.	06 Maret 2021	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	08 Maret 2021	
2.	06 Maret 2021	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis	08 Maret 2021	



### 3.5 RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.P  
 UMUR : 57 Tahun  
 NO. REGISTER :

#### 3.9 Tabel Intervensi Keperawatan

TGL	NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN	INTERVENSI	TT
06 Maret 2021	1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluarga mampu merawat klien agar ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : a. Keluhan mengantuk menurun b. Pusing menurun c. Keluhan lelah/ lesu menurun d. Keluhan gemetar menurun e. Berkeringat menurun f. Keadaan mulut kering menurun g. Keadaan rasa haus menurun h. Kesulitan dalam berbicara menurun i. Keadaan gula dalam darah membaik j. Jumlah urin menurun dari intensitas 10-14 kali sehari menjadi 7-10 kali dalam sehari	1.Manajemen Hiperglikemia Observasi a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) c. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) e. Monitor intake dan output cairan f. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi  Terapeutik a. Berikan asupan cairan oral b. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk c. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik	

---

				Edukasi
				<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>b. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</li> <li>c. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>d. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu</li> <li>e. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> </ol>
06 Maret 2021	2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis	<p>Setelah dilakukan ontervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluarga mampu merawat klien agar nutrisi dapat terpenuhi, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2 Kekuatan otot pengunyah meningkat</li> <li>3 Kekuatan otot menelan meningkat</li> <li>4 Pengetahuan tentang memilih makanan yabg sehat meningkat</li> <li>5 Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>6 Rambut rontok menurun</li> <li>7 Frekuensi makan meningkat</li> <li>8 Nafsu makan meningkat</li> <li>9 Membran mukosa bibir menjadi lembab</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen Nuri</li> </ol> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status nutrisi</li> <li>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>c. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>f. Monitor asupan makanan</li> <li>g. Monitor berat badan</li> <li>h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> <li>c. Sajikan makanan secara menarik</li> </ol>

---

- 
- dan suhu yang sesuai
- d. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
  - e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
  - f. Berikan suplemen makanan, jika perlu
  - g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
  - b. Ajarkan diet yang diprogramkan
-

### 3.6 CATATAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.P  
 UMUR : 57 Tahun  
 NO. REGISTER :

#### 3.10 Tabel Implementasi Keperawatan

NO	TGL/JAM	NO.DX .KEP	TINDAKAN	TT
1.	06-03-2021/08.00 WIB 08.10 WIB 08.20 WIB 09.00 WIB 09.15 WIB  09.20 WIB  09.45 WIB  10.15 WIB	1	1. Membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien Respon : Keluarga dan klien menerima dengan ramah kedatangan perawat 2. Pemeriksaan gula darah puasa: 169 mg/dl 3. Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan Respon : Keluarga dan klien menyetujui kontrak yang telah dibuat dengan perawat 4. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 5. Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang diabetes melitus Respon : Klien memperhatikan saat diberi penjelasan 6. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia Respon: Klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat 7. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 130/90mmHg N : 82x/menit RR : 22x/menit S : 36° C 8. Pemeriksaan gula darah acak: 200 mg/dl	
2.	06-03-2021/ 09.10 WIB  09.15 WIB	2	1. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang disukai klien Respon: keluarga mengikuti hal yang dianjurkan 3. Mengobservasi asupan makan klien	

	09.20 WIB		Respon: klien mengatakan nafsu makan menurun 4. Menganjurkan klien untuk makan sedikit- sedikit tetapi sering Respon: klien melakukan apa yang dianjurkan
	09.35 WIB		5. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein seperti nasi merah, apel dan pisang Respon: klien melakukan apa yang dianjurkan 6. Memberi kesempatan keluarga untuk bertanya
3.	07-03-2021/06.00 WIB 06.10 WIB 10.00 WIB 10.15 WIB 10.45 WIB 11.00 WIB	1	1. Memberi salam Respon: Keluarga dan klien menjawab salam 2. Melakukan pemeriksaan gula darah puasa: 88 mg/ dl 3. Menedukasi cara perawatan atau pola hidup yang sehat untuk klien Respon: Keluarga mampu mengatur pola hidup sehat untuk klien 4. Menganjurkan klien untuk rutin mengonsumsi obat Respon: klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat 5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 130/90mmHg N : 83x/menit RR : 22x/menit S : 36,2 <sup>0</sup> C 6. Melakukan pemeriksaan gula darah acak: 169 mg/ dl
4.	07-03-2021/06.05 WIB 08.50 WIB 09.00 WIB 10.00	2	1. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi Respon: Keluarga melakukan apa yang dianjurkan 3. Menjelaskan pada keluarga pentingnya lingkungan bagi dalam memenuhi kebutuhan nutrisi Respon: klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat 4. Mengobservasi asupan makan klien Respon: Klien mengatakan porsi makan mulai bertambah 5. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pentingnya mengatur jam makan pada pasien diabetes melitus Respon:klien dan keluarga memerhatikan apa yang dijelaskan oleh perawat 6. Memberikan kesempatan keluarga dan klien untuk bertanya
5.	08-03-2021/06.00 WIB 08.05 WIB	1	1. Memberi salam Respon: Keluarga dan klien menjawab salam dengan senang 2. Menjelasakn pada keluarga pentingnya olahraga untuk klien diabetes melitus

---

	08.15 WIB		<p>Respon: Klien melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk rutin mengonsumsi obat Respon: klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>4. Menganjurkan klien untuk rutin kontrol gula darah di faskes terdekat Respon: klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>5. Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80mmHg N : 82x/menit RR : 22x/menit S : 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>6. Kadar glukosa darah acak: 88 mg/ dl</p>
6.	08-03-2021/08.45 WIB 08.50 WIB 09.00 WIB 09.10 WIB 09.30 WIB	2	<p>1. Memberi salam Respon: Keluarga dan klien menjawab salam dengan senang</p> <p>2. Mendiskusikan cara perawatan atau pola hidup yang sehat untuk klien Respon: Keluarga mampu mengatur pola hidup sehat untuk klien</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk rutin mengonsumsi obat Respon: klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>4. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang disukai untuk meningkatkan nafsu makan Respon: Klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>5. Menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan diabetes melitus dengan diet rendah gula yaitu dengan menjauhi makanan yang mengandung kadar glukosa tinggi seperti olahan tepung, nasi putih, kentang, gula pasir Respon: Klien mengikuti hal yang dianjurkan oleh perawat</p>

---

### 3.7 EVALUASI

NAMA PASIEN : Ny.P  
 UMUR : 57 Tahun  
 NO. REGISTER :

3.11 Tabel Evaluasi

No.	Diagnosa keperawatan	Tanggal 06-03-2021	Tanggal 07-03-2021	Tanggal 08-03-2021
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>S : 1. Ny.P menatakan mudah lelah            2. kaki kesemutan ,            3. sering merasa lapar            4. penglihatan kabur            5. Sering kencing terutama pada maam hari</p> <p>O: Keadaan umum: cukup            Mukosa bibir kering            TTV:            TD : 130/90mmHg            N : 82x/menit            RR : 22x/menit            S : 36<sup>0</sup>C            Kadar glukosa darah acak: 200 mg/dl            Kadarg glukosa darah puasa: 120 mg/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan            1. menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga            2. mengajarkan cara memonitor kadar glukosa darah secara mandiri            3. menganjurkan pasien untuk mengurangi konsumsi makanan yang tinggi glukosa</p>	<p>S : 1. Ny.P mengatakan sudah tidak gampang lelah            2. Kaki masih kesemutan            3. Penglihatan kabur            4. Intensitas kencing terutama dimalam hari mulai berkurang</p> <p>O : 1. keadaan umum : baik            2. Mukosa bibir lembab</p> <p>3. TTV            TD : 130/90mmHg            N : 83x/menit            RR : 22x/menit            S : 36,2<sup>0</sup>C            Kadar glukosa darah acak : 160 ml/ dl            Kadar gula darah puasa: 88 mg/dl</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan            1. Menganjurkan klien untuk selalu rutin dalam mengkonsumsi obat            2. mengajak pasien untuk senam diabetes</p>	<p>S : Ny. P mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : 1. keadaan umum : baik            2. Mukosa bibir lembab            3. TTV            TD : 120/90mmHg            N : 82x/menit            RR : 20x/menit            S : 36,4 °C</p> <p>4. Kadar gluosa darahacak : 120 mg/ dl            5. Kadar gula darah puasa: 88 mg/dl</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan            1. Menganjurkan klien untuk selalu rutin dalam mengkonsumsi obat            2.selalu olahraga rutin setiap 3x dalam eminggu            3.Mematuhi diet yang telah ditentukan</p>

2	Defisit nutrisi	<p>S :1. Ny.P mengatakan nafsu makan menurun 2. saat makan mudah kenyang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mukosa bibir kering</li> <li>2. Rambut rontok berlebihan</li> <li>3. Berat badan menurun</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memberikan makanan yang menarik</li> <li>2. memberikan makana yang tinggi kalori dan protein seperti telur, daging, brokoli dan susu</li> <li>3. membuat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</li> <li>4. libatkan keluarga untuk mendukung prgram pengobatan yang dijalani</li> </ol>	<p>S : 1. Ny.P mengatakan nafsu makan mulai meningkat 2. Rasa cepat kenyang mulai menurun</p> <p>O : 1. keadaan umum : baik 2. mukosa bibir lembab 3. rambut rontok berkurang</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memberikan makanan yang menarik</li> <li>2. memberikan makana yang tinggi kalori dan protein seperti telur, daging, brokoli dan susu</li> </ol>	<p>S : 1. Ny.P mengatakan nafsu makan meningkat</p> <p>O : .1. keadaan umum : baik 2. Mukosa bibir lembab 3. TTV TD : 120/80mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
---	-----------------	--	--	--



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga dan kelompok (Carpenito& Moyet,2007)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. P yang berusia 57 tahun didapatkan hasil: (1) pasien mudah merasa lelah, (2) Klien sering kencing terutama dimalam hari, (3) kaki klien sering kesemutan, (4) penglihatan kabur, (5) klien mengatakan mulut terasa kering, (6) Klien mengatakan sering merasa haus, (7) membran mukosa bibir kering, (8) pemeriksaan gula darah acak: tgl: 06/03/21: 200mg/dl, tgl: 07/03/21: 169 mg/dl, tgl:08/03/21: 120mg/ dl, (9) Pemeriksaan gula darah puasa: Tgl: 06/03/21: 120 mg/dl, Tgl: 07/03/21: 88 mg/dl, Tgl: 08/03/21: 79 mg/dl.

Berdasarkan tinjauan pustaka ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal. Beberapa faktor yang bisa menyebabkan ketidakstabilan kadar glukosa darah diantaranya: disfungsi pankreas, Resistensi insulin, Gangguan toleransi glukosa drah, gangguan glukosa darah puasa. Tanda dan gejala ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitulelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah / urin tinggi, mulut kering, haus meningkat dan jumlah urin meningkat. Faktor risiko ketidakstabilan glukosa darah yaitu: memiliki riwayat kesehatan keluarga dengan diabetes melitus tipe 2, usia diatas 45 tahun, obesitas, memiliki aktifitas fisik yang kurang, pernah menderita diabetes gestasional, faktor stres.

Pada pengkajian keperawatan keluarga diatas didapatkan data bahwa klien memiliki tanda dan gejala pasien mudah merasa lelah, Klien sering kencing terutama dimalam hari, kaki klien sering kesemutan, penglihatan kabur, klien mengatakan mulut terasa kering, ( Klien mengatakan sering merasa haus, membran mukosa bibir kering. Hal tersebut sesuai dengan tinjauan pustaka pada klien ketidakstabilan kadar glukosa darah (Smeltzel dan bane, 2015).

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus penulis mengambil 2 diagnosa yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis. Karena dari hasil pengkajian pada klien, penulis menemukan data yang mengarah pada 2 diagnosa tersebut. Diagnosa 1 ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah, kaki sering kesemutan dan pada diagnosa ke 2 ditandai dengan nafsu makan menurun dan saat makan mudah kenyang.

Pada tinjauan pustaka, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien diabetes melitus menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) adalah :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis.Sters dan keengganan untuk makan)
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- e. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas

- f. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hiperglikemia

Sedangkan 4 diagnosa yang tidak muncul penulis tidak menemukan adanya kriteria pada pengkajian yang menuju pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, risiko gangguan integritas kulit/ jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas, risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hiperglikemia

### **4.3 Rencana Tindakan Keperawatan**

Rencana tindakan atau intervensi pada diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3x24 djam diharapkan keluarga mampu merawat klien agar ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil keluhan mengantuk menurun, keluhan pusing menurun, keluhan lelah/ lesu menurun, keadaan mulut kering menurun, rasa haus menurun, kesulitan bicara menurun, keadaan gula dalam darah membaik.

Rencana tindakan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah menurut SIKI Tim Pokja DPP PPNI (2017) adalah:

Manajemen hiperglikemia diantaranya: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor tanda dan gejala hiperglikemia. Menurut penulis berdasarkan pada rencana tindakan ada kesenjangan rencana tindakan dan teori. Perumusan tujuan antara fakta dan teori, pada teori perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada fakta perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan alasan penulis agar klien dan keluarga mampu melakukan tindakan

penanganan ketidakstabilan kadar glukosa darah, melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan mengenali masalah dan perubahan tingkah laku klien, dalam tujuan fakta dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung.

#### **4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan dengan rencana yang telah ditetapkan oleh penulis. Diagnose ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari, yakni hari pertama perawat membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga, menjelaskan pada klien dan keluarga apa itu diabetes melitus dan hiperglikemia, menjelaskan apa saja yang menyebabkan seseorang terkena hiperglikemia, pada hari kedua perawat memberikan edukasi cara perawatan atau pola hidup sehat, menganjurkan klien untuk rutin mengkonsumsi obat dan pada hari ke 3 perawat menjelaskan pentingnya olahraga untuk klien diabetes melitus, menganjurkan klien untuk rutin kontrol gula darah di faskes terdekat.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah menurut SIKI Tim Pokja DPP PPNI (2017) adalah: Manajemen hiperglikemia diantaranya: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor tanda dan gejala hiperglikemia menganjurkan untuk kepatuhan diet dan olahraga.

Pelaksanaan tindakan keperawatan ini tidak memiliki hambatan karena klien dan keluarga kooperatif dengan perawat sehingga pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilaksanakan.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil observasi setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 hari terkait masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin didapatkan hasil: Ny. P mengatakan tidak ada keluhan, O : 1. keadaan umum : baik, 2. Mukosa bibir lembab, TTV: TD : 120/90mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,4 °C, Kadar glukosa darahacak : 120 mg/ dl, Kadar gula darah puasa: 88 mg/dl.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah menurut SLKI Tim Pokja DPP PPNI (2017) adalah: Keluhan mengantuk menurun, pusing menurun, keluhan lelah/ lesu menurun, Keluhan gemetar menurun, berkeringat menurun, keadaan mulut kering menurun, keadaan rasa haus menurun, kesulitan dalam berbicara menurun, keadaan gula dalam darah membaik, jumlah urin menurun.

Hasil observasi yang dilakukan pada Ny. P selama 3 hari mendapatkan hasil, bahwa masalah teratasi sebagian karena untuk penanganan pasien ketidakstabilan glukosa dalam darah memerlukan jangka waktu yang panjang.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 5.1.1 Pengkajian, berdasarkan hasil pengkajian ditemukan Ny.P dengan keluhan kesemutan ditelapak kaki, sering merasa lapar dan intensitas kencing meningkat terutama di malam hari. Klien mengatakan bahwa dari anggota keluarga Ny.P atau suami tidak ada yang memiliki riwayat Diabetes Melitus hanya Ny.S yang mengalami Diabetes Melitus.
- 5.1.2 Diagnosa Keperawatan prioritas klien meliputi: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.
- 5.1.4 Semua tindakan yang diimplementasikan kepada klien sesuai dengan cara tindakan yang telah dibuat oleh penulis. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis dibutuhkan pelaksanaan selama 3 hari. Untuk dapat menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan keluarga dan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena terdapat beberapa tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, klien, dan keluarga.

5.1.5 Pada akhir evaluasi dari dua diagnose keperawatan yang terjadi pada Ny.P semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga, dan perawat. Hasil evaluasi pada Ny.P didapatkan dua masalah teratasi dan intervensi dihentikan pada hari senin, 08 maret 2021.

## 5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Pencapaian hasil keperawatan yang diinginkan perlu adanya hubungan yang baik dan keterlibatan klien beserta keluarga.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup dan dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diabetes melitus.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal maupun informal.
5. Bagi institusi pendidikan, sebagai peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa untuk studi kasus, agar dapat menerapkan pada klien diabetes melitus
6. Bagi klien dan keluarga bisa dijadikan pedoman untuk merawat anggota keluarga yang mengalami diabetes melitus.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA), (2013). Diakses tgl 20 januari 2020 Diabetes basic. [Http://www.diabetes.org/diabetes-basics](http://www.diabetes.org/diabetes-basics)
- Beck, M. 2011. Ilmu Gizi Dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit- Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter. Yayasan Essentia Medica :Yogyakarta.
- Damayanti. (2015). Diabets Melitus dan penatalaksanaan Keperawatan. Yogyakarta:Nuha Medika.
- Decroli Eva.(2019). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Padang: Pusat Penerbit Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteean Universitas Andalas.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Gillespie, K.M., Type 1 diabetes: *pathogenesis and prevention*. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 2006.
- Gusti. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: TIM.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Takalar Sulawesi selatan: Pustaka As-Salam
- (IDF). (2015) . *Idf diabetes atlas sixth edition*. Diakses pada tanggal 3 maret 2021 dari [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2015\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2015_EN.pdf)
- Murwani, A. 2009. Perawatan Pasien Penyakit Dalam. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- PERKERNI.(2015).*Konsensus pengelolaan dan pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 diIndonesia*. Jakarta :PERKERNI
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas ).2017. *Badan penelitian dan pengembangan Kesehatan*
- Shadine,M,2010. Mengenal Penyakit Diabetes Melitus. Jakarta : Penebit Keenbooks



Smeltzer, S.C dan B,G Bare. 2015. *Baru Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner &Suddarth*. Jakarta : EGC

Suyono, S., 2009. *Diabetes Melitus di Indonesia : Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi V*. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran

Tjokroprawiro, A., 2011. *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes Mellitus*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Lampiran 1



## YAYASAN KERTA CENDEKIA POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232

Telepon: 031-8961496; Faximile : 031-8961497

Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 245/BAAK/III/2021

Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Desa Kalipucang  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Desa Kalipucang, Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	: Siti annisa ulhofiyah
NIM	: 1801089
Alamat	: Ds. Kalipucang RT/RW 01/06, Kec.Tutur, Kab. Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	: Pasuruan, 26 Februari 2000
No. Hp	: 081247341270
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Didesa Kalipucang, Tutur

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Mengetahui,  
Direktur

Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes



Lampiran 2

### INFORMED CONSENT

Judul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN GLUKOSA DARAH DI DESA KALIPUCANG KABUPATEN PASURUAN". Tanggal pengambilan studi kasus 06 Maret 2021. Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama Siti Annisa Ulhofiyah proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Ny. P dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda Tangan Partisipan



Ponati

Tanda Tangan Peneliti



Siti Annisa Ulhofiyah

## Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)  
DIABETES MELITUS

Pokok bahasa : Diabetes melitus  
 Hari, tanggal : Sabtu, 06 Maret 2021  
 Tempat : Ruang tamu Tn. S  
 Waktu : 20 menit

## I. Tujuan

## a. Tujuan Intruksi Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan klien mampu memahami dan mengerti tentang diabetes melitus

## b. Tujuan Instruksi Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit tentang diabetes melitus, diharapkan klien dan keluarga dapat :

1. Menjelaskan tentang pengertian diabetes melitus
2. Menjelaskan tentang penyebab diabetes melitus
3. Menjelaskan tanda dan gejala diabetes melitus
4. Menjelaskan cara pencegahan diabetes melitus
5. Menjelaskan kenapa diabetes melitus harus dicegah

## II. Materi pembelajaran

Pokok Bahasan : Asam Urat

## III. Metode pembelajaran

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/ diskusi

## IV. Sasaran

Klien dan keluarga

## V. Media

Leaflet

## VI. Susunan acara

No.	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	3 menit	pembukaan : 1. Pengucapan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tentang tujuan pokok	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memerhatikan

		<p>materi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menyampaikan pokok bahasan</li> <li>5. Kontrak waktu</li> </ol>	
2	menit	<p>aksanaan :</p> <p>Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur</p> <p>teri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tentang pengertian diabetes melitus</li> <li>2. Menjelaskan tentang penyebab diabetes melitus</li> <li>3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala diabetes melitus</li> <li>4. Menjelaskan tentang faktor risiko diabetes melitus</li> <li>5. Menjelaskan tentang upaya pencegahan diabetes melitus</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan dan menyimak</li> <li>2. Bertanya mengenai hal – hal yang belum jelas dan dimengerti</li> </ol>
3	5 menit	<p>aluasi dan penutup :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanya jawab</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya</li> <li>3. Melakukan evaluasi</li> <li>4. Menyampaikan kesimpulan materi</li> <li>5. Mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan</li> <li>2. Mendengar</li> <li>3. Memerhatikan</li> <li>4. Menjawab salam</li> </ol>

## VII. Evaluasi

### A. Evaluasi struktur

1. Kesiapan panitia
2. Kesiapan media dan tempat
3. Peserta minimal 70% yang hadir dari undangan
4. Pengorganisasian 1 hari sebelumnya

### B. Evaluasi Proses

1. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan waktu
2. Peserta tertarik dengan penjelasan
3. Peserta tidak meninggalkan tempat sebelum acara selesai
4. Peserta terlihat aktif dalam kegiatan diskusi

### C. Evaluasi Hasil

Peserta mampu mengerti dan memahami tentang :

1. Menjelaskan tentang pengertian diabetes melitus
2. Menjelaskan tentang penyebab diabetes melitus
3. Menjelaskan tentang tanda dan gejaa diabetes melitus
4. Menjelaskan tentang faktor risiko diabetes melitus
5. Menjelaskan tentang upaya pecegahan diabetes melitus







## FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA

### 1. Data Umum

1. Kepala Keluarga (KK) :  
.....
2. Alamat dan telepon :  
.....  
.....
3. Pekerjaan KK :  
.....
4. Pendidikan KK :  
.....
5. Komposisi keluarga :

No	Nama	JK	Hub.keluarga dengan KK	Umur	Pendidikan	Status Imunisasi											Ket	
						BCG	Polio				DPT			Hepatitis				Campak
							1	2	3	4	1	2	3	1	2	3		

Genogram :

6. Tipe Keluarga :

.....

7. Suku bangsa :

.....

8. Agama :

.....

9. Status social ekonomi keluarga

*Jumlah pendapatan perbulan* :

.....

.....

*Sumber pendapatan perbulan* :

.....

.....

*Jumlah pengeluaran perbulan* :

.....

.....

.....

10. Aktivitas rekreasi keluarga

.....

.....

## **2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

11. Tahap perkembangan keluarga saat ini

.....

12. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

.....

.....

13. Riwayat kesehatan keluarga inti

.....  
.....  
.....

14. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

.....  
.....  
.....

**3. Data lingkungan**

15. Karakteristik rumah

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. Karakteristik tetangga dan komunitasnya

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

17. Mobilitas geografis keluarga

.....  
.....  
.....  
.....

18. Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

.....  
.....  
.....  
.....

19. System pendukung keluarga

.....  
.....

**4. Struktur keluarga**

20. Struktur peran

.....  
.....  
.....  
.....

21. Nilai atau norma keluarga

.....  
.....  
.....  
.....

22. Pola komunikasi keluarga

.....  
.....  
.....  
.....

23. Struktur kekuatan keluarga

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Fungsi keluarga**

24. Fungsi ekonomi

.....  
.....

.....  
.....

25. Fungsi mendapatkan status social

.....  
.....

26. Fungsi pendidikan

.....  
.....  
.....  
.....

27. Fungsi sosialisasi

.....  
.....  
.....  
.....

28. Fungsi pemenuhan kesehatan

.....  
.....  
.....  
.....

29. Fungsi religious

.....  
.....  
.....  
.....

30. Fungsi rekreasi

.....  
.....  
.....  
.....

31. Fungsi reproduksi

.....  
.....

32. Fungsi afeksi

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Stress dan koping keluarga**

33. Stressor jangka pendek dan panjang

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

34. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

.....  
.....  
.....  
.....

35. Strategi koping yang digunakan

.....  
.....  
.....  
.....

36. Strategi adaptasi disfungsional

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Pemeriksaan tiap individu**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Harapan keluarga**

.....

.....

.....

.....

.....

## Lampiran 4

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
(PEMBIMBING 1)**

HARI- TANGGAL	KETERANGAN KONSUL	PARAF
21 Januari 2021	Konsul judu + ACC judul	
25 Januari 2021	Konsul BAB I (Revisi introduction)	
27 Januari 2021	Konsul Revisi BAB I (Revisi justifikasi)	
29 Januari 2021	Konsul Revisi BAB I (Revisi Kronologi)	
02 Februari 2021	Konsul revisi BAB I (Revisi Solusi)	
04 Februari 2021	ACC BAB I + Konsul BAB II (Revisi Etiologi)	
08 Februari 2021	Konsul Revisi BAB II (Revisi Konsep Askep)	
09 Februari 2021	Konsul Revisi BAB II (Revisi Diagnosa)	
11 Februari 2021	Konsul Revisi BAB II (Revisi Tabel Intervensi)	
12 Februari 2021	ACC BAB II	
19 Mei 2021	Konsul Revisi BAB I, II, + Konsul BAB III, IV, V	
20 Mei 2021	Konsul Revisi BAB III, IV, V (Revisi Analisa Data, BAB IV dan Saran)	
21 Mei 2021	Konsul Revisi Analisa Data, BAB IV dan Saran	
22 Mei 2021	ACC BAB I- V	



## Lampiran 5

97

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN  
(PEMBIMBING 2)**

HARI – TANGGAL	KETERANGAN KONSUL	PARAF
22 Januari 2021	Konsul Judul + ACC	
25 Januari 2021	Konsul BAB I (Revisi justifikasi)	f b
28 Januari 2021	Konsul revisi BAB I (Revisi Kronologi)	f b
01 Februari 2021	Konsul Revisi BAB I (Revisi ejaan)	f b
03 Februari 2021	Revisi BAB I (Revisi kronologi)	f b
05 Februari 2021	Revisi BAB I (Revisi solusi)	f b
08 Februari 2021	ACC BAB I + Konsul BAB II (Revisi penata laksanaan )	f b
10 Februari 2021	Konsul revisi bab II ( Revisi tabel intervensi)	f b
11 Februari 2021	Konsul Ejaan	f b
12 Februari 2021	Konsul revisi BAB II (Revisi kerangka masalah)	f b
19 Mei 2021	Konsul revisi BAB I, II dan konsul BAB III, IV, V	f b
20 Mei 2021	Konsul Revisi BAB IV, V	f b
21 Mei 2021	Konsul Revisi BAB IV	f b
22 Mei 2021	ACC BAB I-V	f b