

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit.**

##### 1. Pengertian.

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular dan neuropati (Nurarif & Kusuma, 2013).

Diabetes melitus terjadi bila insulin yang dihasilkan tidak cukup untuk mempertahankan gula darah dalam batas normal atau jika sel tubuh tidak mampu berespon dengan tepat sehingga akan muncul keluhan khas diabetes melitus berupa poliuria, polidipsi, polifagia, penurunan berat badan, kelemahan, kesemutan, pandangan kabur dan disfungsi ereksi pada laki-laki dan *pruritus vulvae* pada wanita (Damayanti, 2015).

##### 2. Klasifikasi DM.

###### a. DM tipe I.

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh:

- 1) Faktor genetik penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I.
- 2) Faktor imunologi (autoimun).
- 3) Faktor lingkungan : virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan estruksi sel beta.

###### b. DM tipe II.

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II: usia, obesitas, riwayat, dan keluarga (Nurarif & Kusuma, 2013).

### 3. Etiologi.

Menurut Burnner dan Suddarth (2013), diabetes melitus dibagi menjadi 2, yaitu diabetes melitus primer dan diabetes melitus sekunder.

a. Diabetes Mellitus primer disebabkan oleh faktor herediter, obesitas, kelainan pancreas dan penambahan usia.

1) *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) atau diabetes mellitus tergantung insulin disebabkan oleh destruksi sel beta pulau langerhans akibat proses auto imun.

2) *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau diabetes melitus tidak tergantung insulin disebabkan kegagalan relatif sel beta tidak mampu mengimbangi resistensi insulin sepenuhnya atau terjadi *defisiensi relative insulin*, ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, maupun pada rangsangan glukosa bersama dengan bahan terangsang sekresi insulin lain.

b. Diabetes Mellitus sekunder disebabkan oleh kelainan hormonal, obat, kelainan insulin dan sindrom genetik. Selain itu juga terdapat faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes mellitus:

1) Usia.

Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun.

2) Obesitas dan genetik.

Diperkirakan terdapat suatu sifat genetik yang belum teridentifikasi yang menyebabkan pankreas mengeluarkan insulin yang berbeda, atau reseptor insulin tidak dapat merespon secara adekuat terhadap insulin. Hal ini diperkirakan ada kaitannya antara genetik dan rangsangan berkepanjangan reseptor-respektor insulin.

3) Malnutrisi disertai kekurangan protein yang nyata.

Diduga zat sianida yang terdapat pada *cassava* atau singkong yang menjadi sumber karbohidrat di beberapa kawasan asia dan afrika berperan dalam patogenesisnya.

4) Riwayat keluarga.

Keturunan adalah satu faktor yang berperan dalam diabetes mellitus, bila kedua orang tua menderita penyakit ini, maka semua anaknya juga menderita penyakit yang sama.

4. Manifestasi klinis.

Manifestasi klinis DM dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin.

- a. Kadar glukosa puasa tidak normal.
- b. Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia).
- c. Rasa lapar yang semakin besar (polifagia), BB berkurang.
- d. Lelah dan mengantuk.
- e. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, *peruritis vulva* (Nurarif & Kusuma, 2013).

5. Patofisiologi

DM adalah kumpulan penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kinerja insulin, atau keduanya. Ada empat tipe utama DM. DM tipe I (5%-10% kasus terdiagnosis), DM tipe II (90%-95% kasus terdiagnosis), DM gestasional (2%-5% dari semua kehamilan), dan DM tipe spesifik lain (1%-2% kasus terdiagnosis) (Lemone, Burke, & Bauldoff, 2016).

DM tipe II merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemia kronik. Meskipun pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe II. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendah aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer & B, 2015).

Mekanisme terjadinya DM tipe II umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terkait dengan reseptor khusus pada permukaan sel sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut,

terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin DM tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel.

Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer & B, 2015).

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun tahun) dan progresif, maka DM tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi) (Smeltzer & B, 2015).

## 6. Komplikasi.

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada penderita DM tipe II akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi DM tipe II terbagi menjadi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik.

### a. Komplikasi Akut.

#### 1) Ketoasidosis Diabetik (KAD).

KAD merupakan komplikasi akut DM yang di tandai 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/ml) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKERNI, 2015).

#### 2) Hipoglikemia.

Hipoglikemia 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) (PERKERNI, 2015).

#### 3) Hiperosmolar Non Ketonik (HNK).

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/ml), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKERNI, 2015).

b. Komplikasi Kronis (Menahun).

Menurut (Smeltzer & B, 2015), kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari:

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

7. Penatalaksanaan.

a. Edukasi.

Pemberian informasi tentang gaya hidup yang perlu diperbaiki secara khusus memperbaiki pola makan, pola latihan fisik, serta rutin untuk melakukan pemeriksaan gula darah. Informasi yang cukup dapat memperbaiki pengetahuan serta sikap bagi penderita Diabetes Melitus (Tandra, 2013).

b. Terapi Gizi.

Pada penderita Diabetes Mellitus prinsip pengaturan zat gizi bertujuan untuk mempertahankan atau mencapai berat badan yang ideal, mempertahankan kadar glukosa dalam darah mendekati normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup diarahkan pada gizi seimbang dengan cara melakukan diet 3J:

1) 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.

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

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

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

- a) Pada aktivitas fisik rendah dikalikan 1,2.
  - b) Pada aktivitas fisik sedang dikalikan dengan 1,3.
  - c) Pada aktivitas fisik berat dikalikan dengan 1,4.
- 2) 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 makanan dengan lemak jenuh). Batasi konsumsi garam natrium yang berlebihan (Tandra, 2013).

- 3) Jadwal makanan.

Jadwal diet harus diikuti sesuai dengan intervalnya yaitu dengan:

- a) Sarapan pagi jam 6.00.
- b) Kudapan/*snack* jam 9.00.
- c) Makan siang jam 12.00.
- d) Kudapan/*snack* jam 15.00.
- e) Makan malam jam 18.00.
- f) Kudapan/*snack* jam 21.00.

Mengatur jam makan yang teratur sangat penting, jarak antar 2 kali makan yang ideal sekitar 4-5jam jika jarak waktu 2 kali makan terlalu lama akan membuat gula darah menurun sebaliknya jika terlalu dekat jaraknya gula darah akan tinggi (Tandra, 2013).

c. Latihan Fisik

Dalam penatalaksanaan diabetes, latihan fisik atau olahraga sangatlah penting bagi penderita Diabetes Mellitus karena efeknya dapat menurunkan kadar gula darah dan mengurangi faktor resiko kardio vaskuler. (Tandra, 2013)

d. Farmakoterapi.

Penggunaan obat-obatan merupakan upaya terakhir setelah beberapa upaya yang telah dilakukan tidak berhasil, sehingga penggunaan obat-obatan dapat membantu menyeimbangkan kadar glukosa darah pada penderita Diabetes Melitus (Tandra, 2013).

1) Obat

Obat-obatan Hipoglikemik Oral (OHO)

a) 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.

b) Golongan Biguanid.

Cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan istimewanya tidak pernah menyebabkan Hipoglikemia.

c) Alfa Glukosidase Inhibitor.

Obat ini berguna menghambat kerja insulin alfa glucosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial. Obat ini bekerja di lumen usus dan tidak menyebabkan Hipoglikemia serta tidak berpengaruh pada kadar insulin.

d) *Insulin Sensitizing Agent*

Efek farmakologi pada obat ini meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin tanpa menyebabkan Hipoglikemia.

2) Insulin

Dari sekian banyak jenis insulin menurut cara kerjanya yaitu; yang bekerja cepat (Reguler Insulin) dengan masa kerja 2-4 jam; yang kerjanya sedang (NPN)

dengan masa kerja 6-12 jam; yang kerjanya lambat (*Protamme Zinc Insulin*) masa kerjanya 12-24 jam.

e. Mengontrol Gula Darah

Bagi penderita Diabetes Mellitus mengontrol gula darah sebaiknya dilakukan secara rutin agar dapat memantau kondisi kesehatan saat menjalankan diet maupun tidak. Dengan mengontrol gula darah secara rutin, penderita dapat memahami kondisi tubuhnya mengalami hiperglikemia atau Hipoglikemia (Tandra, 2013).

8. Tanda dan gejala

Keluhan umum pasien DM seperti poliuria, polidipsia, polifagia pada DM umumnya tidak ada. Sebaliknya, yang sering mengganggu pasien adalah keluhan akibat komplikasi degeneratif kronik pada pembuluh darah dan saraf. Pada DM lansia terdapat perubahan patofisiologi akibat proses menua, sehingga gambaran klinisnya bervariasi dari kasus tanpa gejala sampai kasus dengan komplikasi yang luas. Keluhan yang sering muncul adalah adanya gangguan penglihatan karena katarak, rasa kesemutan pada tungkai serta kelemahan otot (neuropati perifer) dan luka pada tungkai yang sukar sembuh dengan pengobatan lazim.

Menurut supartondo, gejala-gejala akibat DM pada usia lanjut yang sering ditemukan adalah: Katarak, Glaukoma, Retinopati, Gatal seluruh badan, Pruritus vulvae, Infeksi bakteri kulit, Infeksi jamur di kulit, Dermatopati, Neuropati perifer, Neuropati viseral, Amiotropi, Ulkus neurotropik, Penyakit ginjal, Penyakit pembuluh darah perifer, Penyakit koroner, Penyakit pembuluh darah otak, dan Hipertensi.

Osmotik diuresis akibat glukosuria tertunda disebabkan ambang ginjal yang tinggi, dan dapat muncul keluhan nokturia disertai gangguan tidur, atau bahkan inkontinensia urin. Perasaan haus pada pasien DM lansia kurang dirasakan, akibatnya mereka tidak bereaksi adekuat terhadap dehidrasi. Karena itu tidak terjadi polidipsia atau baru terjadi pada stadium lanjut.

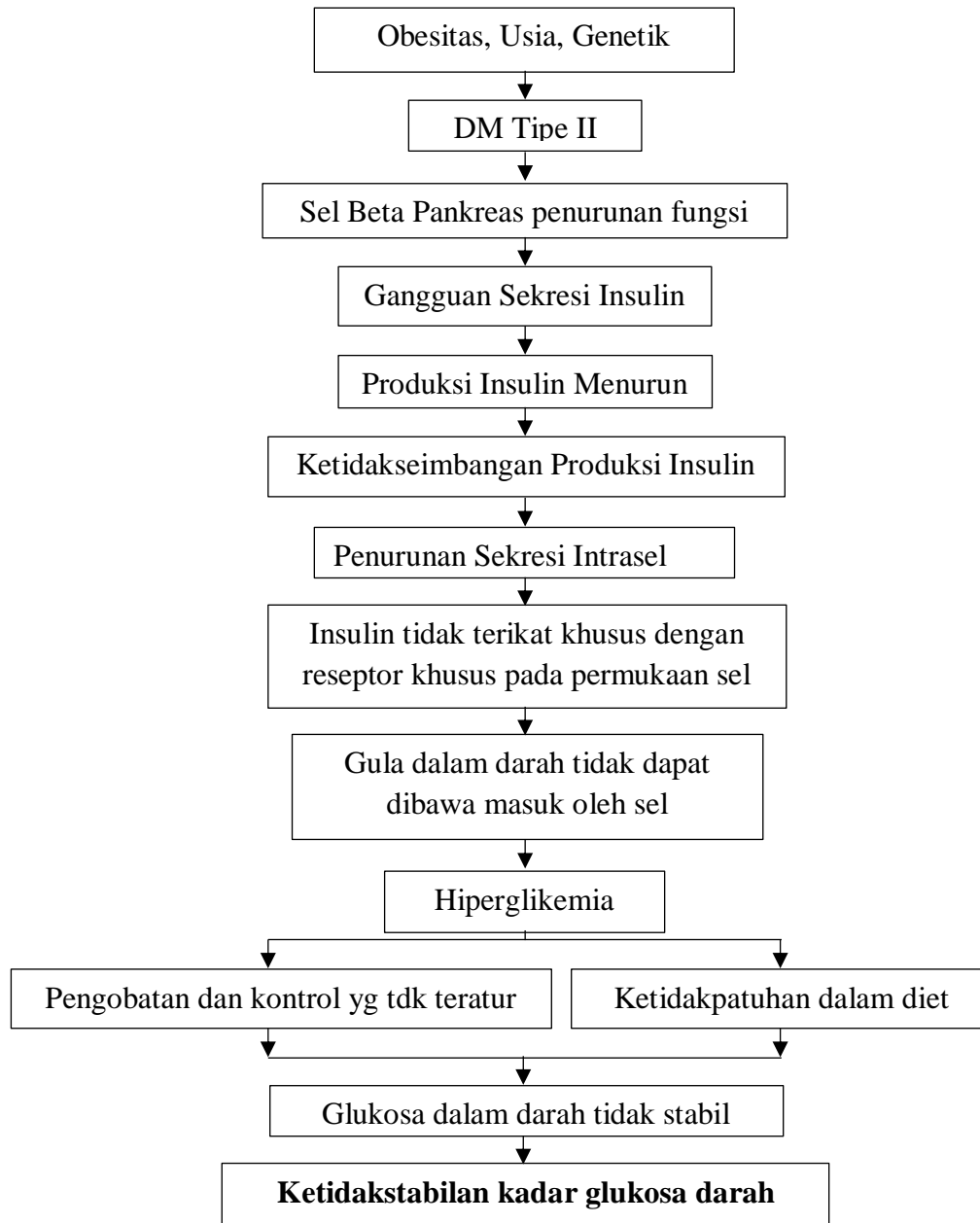
Penyakit yang mula-mula ringan dan sedang saja yang biasa terdapat pada pasien DM usia lanjut dapat berubah tiba-tiba, apabila pasien mengalami infeksi akut. Defisiensi insulin yang tadinya bersifat relatif sekarang menjadi absolut dan



timbul keadaan ketoasidosis dengan gejala khas hiperventilasi dan dehidrasi, kesadaran menurun dengan hiperglikemia, dehidrasi dan ketonemia (Padila, 2019).

Gambar 2.1

*Pathway* Diabetes Melitus



Sumber: Ginting (2014).

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Konsep kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow ada 5 tingkat yaitu :

1. Kebutuhan fisiologis.  
Merupakan kebutuhan paling dasar, seperti oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman nyaman dan perlindungan dibagi menjadi dua yaitu :  
perlindungan fisik meliputi atas ancaman terhadap tubuh atau hidup berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.
3. Kebutuhan rasa cinta, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
4. Kebutuhan harga diri, kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Berikut ini diuraikan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 :

1. Kebutuhan fisiologis.
  - a. Kebutuhan nutrisi.  
Pasien dengan DM akan mengalami gangguan kebutuhan nutrisi dikarenakan glukosa tidak dapat ditarik ke dalam sel dan terjadi penurunan massa sel. Manifestasi yang muncul pada gangguan kebutuhan nutrisi yaitu polifagi (banyak makan).
  - b. Kebutuhan cairan dan elektrolit.  
Pada DM akan mengalami hiperglikemia jika kadar glukosa dalam darah meningkat, maka ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang keluar

sehingga mengakibatkan glukosa tersebut muncul dalam urine (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan dikeluarkan melalui urine, maka pengeluaran urine akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan (diuresis osmotik). Akibat kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan, maka pasien akan mengeluh banyak kencing (poliuria) dan banyak minum (polidipsi).

c. Kebutuhan istirahat dan tidur.

Istirahat merupakan keadaan relaks tanpa adanya tekanan emosional, bukan hanya keadaan tidak beraktivitas tetapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan pada DM akan mengalami gangguan istirahat dan tidur, dikarenakan sumber energi menurun sehingga pasien mengeluh lelah.

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman.

Rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman, kelegaan, dan transenden (keadaan tentang suatu yang melebihi masalah dan nyeri). Pada kasus diabetes melitus terjadi hiperglikemia yang akan menyebabkan gangguan peredaran darah ke syaraf-syaraf perifer. Oleh karena itu, pasien dengan diabetes melitus akan mengeluh nyeri pada punggung kaki yang dapat mengganggu aktivitas seperti berjalan. Sedangkan kebutuhan aman, yaitu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Seseorang yang mengalami DM akan mudah terjadi risiko perlukaan pada ekstremitas terutama bawah, luka gores kecil pada kaki atau kulit akan dengan mudah berubah menjadi luka infeksi yang sangat parah (Hidayat, Aziz, & Musrifatul, 2014).

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 menurut (Padila, 2019) adalah sebagai berikut :

- a. Riwayat kesehatan keluarga.  
Adakah keluarga yang menderita penyakit seperti klien?
  - b. Riwayat kesehatan pasien dan pengobatan sebelumnya.  
Berapa lama klien menderita DM, bagaimana penanganannya, mendapat terapi insulin jenis apa, bagaimana cara minum obatnya apakah teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan klien untuk menanggulangi penyakitnya.
  - c. Aktivitas/istirahat: Letih, Lemah, sulit bergerak/ berjalan, kram otot, tonus otot menurun.
  - d. Sirkulasi: adakah riwayat hipertensi, AMI, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki yang penyembuhannya lama, takikardi, perubahan tekanan darah.
  - e. Integritas Ego: Stress, Ansietas.
  - f. Eliminasi: Perubahan pola berkemih (poliuria, nokturia, anuria), diare.
  - g. Makanan dan Cairan.  
Anoreksia, mual muntah, tidak mengikuti diet, penurunan berat badan, haus, penggunaan diuretik.
  - h. Neurosensori.  
Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan.
  - i. Nyeri/Kenyamanan.  
Abdomen tegang, Nyeri (sedang/berat).
  - j. Pernapasan.  
Batuk dengan/tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak).
  - k. Keamanan: Kulit kering, gatal, ulkus kulit.
2. Diagnosa Keperawatan.
    - a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.  
Definisi: variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.
    - b. Nyeri akut berhubungan dengan 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.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

Definisi: gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Definisi: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. (PPNI, 2018).

### 3. Rencana Keperawatan.

Tahap perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan. Perawat menggunakan asuhan keperawatan yang diberikan. (Suarni & Apriyani, 2017). Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 disusun berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI), Standar Luaran Keperawatan (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) terdapat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.1.

## Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus.

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</b> berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.</p> <p>Mayor:</p> <p>a.Lelah atau lesu.</p> <p>b.Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi.</p> <p>Minor:</p> <p>a.Mulut kering.</p> <p>b.Haus meningkat.</p> <p>c.Jumlah urine meningkat.</p>	<p><b>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kelelahan menurun.</p> <p>b. Peningkatan kadar glukosa darah menurun.</p> <p>c. Rasa haus menurun.</p> <p>d. Mulut kering menurun.</p> <p>e. Kadar glukosa dalam darah membaik.</p>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (L.03115).</b></p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.</p> <p>b. Monitor kadar glukosa darah.</p> <p>c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala).</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</p> <p>b. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis obat oral, penggantian karbohidrat).</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian Insulin.</p> <p>b. Kolaborasi pemberian cairan IV.</p>

<p><b>2.</b></p>	<p><b>Nyeri akut</b> berhubungan dengan Agen pencedera fisik.</p> <p>Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Mengeluh nyeri.</li> <li>b.Tampak meringis.</li> <li>c.Sulit tidur.</li> <li>d.Gelisah.</li> </ul> <p>Minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Tekanan darah meningkat.</li> <li>b.Nafsu makan berubah.</li> </ul>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Keluhan nyeri menurun.</li> <li>b.Meringis menurun.</li> <li>c.Sulit tidur menurun.</li> <li>d.Gelisah menurun.</li> <li>e.Tekanan darah membaik.</li> <li>f.Nafsu makan membaik.</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238).</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>b.Identifikasi skala nyeri.</li> <li>c.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis terapi musik, kompres hangat/dingin).</li> <li>b.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</li> <li>c.Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>b.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> <li>c.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> </ul> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Kolaborasi pemberian analgetik.</li> </ul>
------------------	--	--	---

<p><b>3.</b></p>	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b> berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.</p> <p>Mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Mengeluh sulit tidur.</li> <li>b.Mengeluh tidak puas tidur.</li> </ul> <p>Minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun..</li> </ul>	<p><b>Pola Tidur (L.05045).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Keluhan sulit tidur menurun.</li> <li>b.Keluhan tidak puas tidur menurun.</li> <li>c.Keluhan istirahat tidak cukup menurun.</li> <li>d.Kemampuan beraktivitas meningkat.</li> </ul>	<p><b>Dukungan tidur (L.05174).</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Identifikasi pola aktivitas dan tidur.</li> <li>b.Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).</li> <li>c.Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur).</li> <li>b.Tetapkan jadwal tidur rutin.</li> <li>c.Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur).</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.</li> <li>b.Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</li> <li>c.Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.</li> </ul>
------------------	---	---	--



<p><b>4.</b></p>	<p><b>Intoleransi Aktivitas</b> berhubungan dengan kelemahan.</p> <p>Mayor:</p> <p>a.Mengeluh lelah.</p> <p>Minor:</p> <p>a.Dispnea saat/setelah aktivitas.</p> <p>b.Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.</p> <p>c.Merasa lemah.</p>	<p><b>Toleransi aktivitas (L.05047).</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a.Keluhan lelah menurun.</p> <p>b.Dispnea saat beraktivitas menurun.</p> <p>c.Dispnea setelah beraktivitas menurun.</p> <p>d.perasaan lemah menurun.</p>	<p><b>Manajemen energi (I.05178).</b></p> <p>Observasi :</p> <p>a.Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</p> <p>b.Monitor kelelahan fisik dan emosional.</p> <p>c.Monitor pola dan jam tidur.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a.Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan).</p> <p>b.Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</p> <p>c.Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</p> <p>Edukasi :</p> <p>a.Anjurkan tirah baring.</p> <p>b.Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>c.Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</p> <p>d.Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a.Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>
------------------	---	--	--

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan (Suarni & Apriyani, 2017).

##### a. Tahap pelaksanaan.

- 1) Berfokus pada klien.
- 2) Berorientasi pada tujuan.
- 3) Memperhatikan kemampuan fisik dan psikologis klien.
- 4) Kompeten.

##### b. Pengisian format pelaksanaan tindakan keperawatan.

- 1) Nomor diagnosa keperawatan/masalah keperawatan.
- 2) Tanggal/jam.
- 3) Tindakan pada SIKI.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Yang bertujuan untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Untuk digunakan komponen SOAP:

S: Data Subjektif yang didapatkan dari keluhan klien langsung.

O: Data Objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung.

A : Analisis merupakan interpretasi dari subjektif dan objektif. Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien.

P: *Planning* yaitu perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya.