

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes mellitus adalah kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan keadaan hiperglikemia dan terjadi karena gangguan sekresi insulin, kerja dari insulin atau kedua-duanya (American Diabetes Association, 2016). Indonesia menduduki urutan keempat jumlah penderita diabetes mellitus setelah Amerika Serikat, China, dan India, dimana penyakit ini menjadi penyebab kematian terbesar nomor tiga di Indonesia dengan persentase 6,7% (Lufthiani & Karota, 2019). Penyakit DM ini tidak dapat disembuhkan akan tetapi sangat potensial untuk didapat dicegah, karena DM adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup, maka keberhasilan pengelolaan DM sangat tergantung pada pasien itu sendiri dalam mengubah perilakunya. Penyakit Diabetes mempunyai dampak terhadap fisik, maupun psikologis klien, selain itu dapat mengalami kelemahan, penglihatan kabur, dan sakit kepala. Dampak psikologis yang akan terjadi diantaranya kecemasan (Potter et al., 2019)

WHO melalui Federasi Internasional Diabetes memproyeksikan jumlah penderita diabetes pada penduduk umur 20-79 tahun pada beberapa Negara di dunia yang telah mengidentifikasi 10 negara dengan jumlah penderita tertinggi, Urutan Negara dengan peringkat tiga teratas ditempati oleh Cina dengan jumlah penderita sebanyak 116,4 juta, India dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 77 juta dan Amerika Serikat dengan jumlah penderita sebanyak 31 juta. Indonesia masuk pada peringkat ke 7 dan satu-satunya Negara di Asia Tenggara pada daftar

tersebut dengan Jumlah Penderita DM tahun 2020 sebesar 10,7 juta jiwa. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur jumlah penderita DM pada tahun 2020 sebanyak 875,745 penderita sedangkan di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 73.559 penderita (Kementrian, 2020). Berdasarkan data rekam medik RSUD Bangil pada tahun 2022 terdapat sebanyak 496 penderita.

DM tidak hanya mengakibatkan kesakitan, ketidakmampuan fisik, hingga kematian, namun penyakit ini juga dapat menimbulkan masalah pada psikologis. Dampak pada fisik yang terjadi pada pasien diabetes melitus antara lain kelelahan, kulit terasa panas, pandangan mulai kabur, penurunan berat badan, peningkatan frekuensi berkemih, sering merasa kehausan dan kelaparan, mudah mengantuk dan merasa lemas dan kesemutan. Sedangkan masalah psikologis yang sering terjadi pada pasien diabetes melitus diantaranya adalah kecemasan atau ansietas (Soelistijo et al., 2019). Kecemasan adalah suatu kondisi perasaan gelisah, rasa takut dari kenyataan atau persepsi ancaman, sumber aktual yang tidak diketahui. masalahnya (Jek Amidos Pardede, 2020). Penderita diabetes melitus mengalami kecemasan terhadap setiap hal yang berhubungan dengan penyakitnya, misal kecemasan terhadap kadar glukosa darah yang tinggi atau timbulnya komplikasi akibat penyakitnya. Beberapa reaksi psikologis yang negatif, diantaranya yaitu marah, merasa tidak berguna, putus asa, kecemasan dan depresi. Apabila penderita DM telah mengalami komplikasi, maka akan menambah kecemasan pada penderita DM (Yulia, 2020). Gangguan kecemasan pada penderita DM jika tidak diatasi dengan segera, akan dapat memperburuk kondisi penderitanya. Kecemasan dapat merangsang hipotalamus hipofisis untuk

melepaskan hormon ACTH dimana hormon ini dapat memicu kelenjar adrenal untuk melepaskan hormon epinefrin dan kortisol yang akan meningkatkan kadar gula didalam darah. Kadar gula darah yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan berbagai komplikasi pada penderita diabetes mellitus(Ludiana, 2017).

Pemberian edukasi dengan konseling merupakan bagian integral dan penting dalam pemberian asuhan perawatan pada pasien diabetes mellitus. Konseling diabetes mellitus adalah pemberian pendidikan, pemahaman dan latihan mengenai pengetahuan dan keterampilan dalam pengelolaan diabetes yang diberikan kepada setiap pasien diabetes untuk mengatasi setiap masalahnya. Edukasi dan konseling kesehatan pada pasien DM merupakan suatu hal yang sangat penting dalam pengontrolan kadar gula darah pasien. Selain itu, edukasi dan konseling pada penderita DM juga diharapkan dapat mencegah atau setidaknya menghambat munculnya penyakit kronik ataupun penyakit akut yang ditakuti oleh penderita DM (Lufthiani & Karota, 2019). Berdasarkan penjelasan pada latar belakang diatas, peneliti berharap bisa menemukan solusi untuk memberikan implementasi yang telah terimprovisasi dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terutama pada kasus Diabetes Mellitus dengan tema Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan Melalui pemberian Edukasi dan Konseling tentang Diabetes Mellitus di RSUD Bangil Pasuruan.

1.2. Tinjauan Pustaka

1.2.1. Konsep Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes Mellitus merupakan penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia) dengan kadar gula darah > 126 mmol/L sedangkan batas normal kadar gula darah yaitu 100-125 mmol/L (Febrinasari et al., 2020). Diabetes Mellitus biasa juga disebut dengan penyakit kencing manis dalam hal ini kadar gula darah seseorang melebihi normal karena tubuh tidak lagi memiliki insulin atau insulin tidak dapat bekerja dengan baik. Insulin adalah hormon yang bekerja memasukkan gula dari peredaran darah ke dalam sel dan diproduksi oleh kelenjar pankreas yang berada di dalam perut (Decroli, 2019). Diabetes merupakan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis secara terus-menerus dengan taktik pengurangan risiko multifaktorial di luar kendali glikemik (American Diabetes Association, 2016)

2. Etiologi

Diabetes mellitus disebabkan oleh berkurangnya ketersediaan insulin pada tubuh atau terjadinya gangguan fungsi insulin yang sebenarnya berjumlah cukup. Kekurangan insulin ditimbulkan adanya kerusakan sebagian kecil atau sebagian besar sel-sel beta pulau Langerhans pada kelenjar pankreas yang berfungsi untuk menghasilkan insulin. Namun menurut Gayatri et al., (2019) jika diurut lebih lanjut, beberapa fakta yang menyebabkan diabetes mellitus (DM) sebagai berikut :

1) Genetik atau faktor penurunan

Diabetes mellitus cenderung diturunkan atau diwariskan, bukan ditularkan. Anggota keluarga penderita diabetes mellitus kemungkinan lebih besar akan terserang penyakit ini dibandingkan dengan anggota yang tidak menderita diabetes mellitus. Para pakar kesehatan juga mengungkapkan diabetes mellitus adalah penyakit yang terpaut kromosom seks atau kelamin. Biasanya kaum pria menjadi penderita yang sesungguhnya, sedangkan kaum wanita menjadi pihak yang membawa gen untuk diwariskan pada anak-anaknya.

2) Virus dan bakteri

Virus penyebab diabetes mellitus adalah *human coxsackievirus*. Virus ini mengakibatkan destruksi atau perusakan sel. Bisa juga, virus ini menyerang melalui otoimunitas yang dapat mengakibatkan hilangnya otoimun pada sel beta. Diabetes mellitus akibat bakteri masih belum bisa dideteksi. Tetapi para pakar kesehatan menganggap bakteri cukup berperan menyebabkan diabetes mellitus.

Seseorang lebih berisiko terkena penyakit Diabetes Melitus (DM) apabila memiliki beberapa faktor risiko. Faktor risiko ini dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain ras dan etnik, riwayat keluarga dengan DM, umur > 45 tahun (meningkat seiring dengan peningkatan usia), riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi > 4000gram atau riwayat menderita DM saat masa kehamilan (DM gestasional), riwayat lahir dengan berat badan rendah (<2500 gram) (Febrinasari et al., 2020).

Faktor resiko diabetes mellitus yang dapat dimodifikasi mengandung makna bahwa faktor tersebut dapat diubah dengan pola hidup sehat. Faktor-faktor tersebut adalah berat badan lebih ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$), kurangnya aktivitas fisik, tekanan darah tinggi/hipertensi ($>140/90 \text{ mmHg}$), gangguan profil lemak dalam darah ($HDL < 35 \text{ mg/dL}$, dan atau *trigliserida* $> 250 \text{ mg/dL}$), dan diet yang tidak sehat (tinggi gula dan rendah serat). Perokok aktif memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena DM dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Selain itu faktor obesitas juga dapat mempengaruhi terjadinya diabetes mellitus. Obesitas merupakan pemicu yang penting namun bukan penyebab tunggal dari DM tipe 2. Penyebab yang lebih penting adalah adanya disposisi genetik yang menurunkan sensitivitas insulin. Beberapa gen telah diidentifikasi sebagai gen yang meningkatkan terjadinya obesitas dan DM tipe 2. Kelainan genetik pada protein yang memisahkan rangkaian di mitokondria dapat membatasi penggunaan substrat. Apabila terdapat disposisi genetik yang kuat, maka DM tipe 2 ini dapat terjadi pada saat pasien berusia muda. Penurunan sensitivitas insulin terutama mempengaruhi efek insulin pada metabolisme glukosa, sedangkan pengaruhnya pada metabolisme protein dan lemak tetap dipertahankan dengan baik (Marselin et al., 2021)

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Soelistijo et al., 2019) tanda gejala Diabetes Mellitus yaitu sebagai berikut :

1) Tanda gejala akut

Frekuensi buang air kecil yang berlebih terutama pada malam hari (poliuri), cepat merasa haus sehingga memiliki keinginan minum yang berlebih (polidipsi), nafsu makan meningkat (polifagi), merasa mudah lelah dan mengantuk, berat badan menurun meskipun nafsu makan bertambah, mudah timbul bisul atau abses dengan kesembuhan yang lama, serta timbul rasa mual dan muntah.

2) Tanda gejala kronis

Sering merasa kesemutan, kulit terasa panas seperti tertusuk-tusuk jarum umumnya sering terjadi pada bagian telapak kaki, kulit terasa tebal, sering mengalami kram, penglihatan kabur atau renopati diabetik, sering merasa gatal-gatal pada kelain bagian luar terutama pada wanita, gigi mudah goyah dan mudah tercabut, gairah seksual yang menurun, bagi penderita yang sedang hamil sering mengalami keguguran maupun kematian janin di dalam kandungan, dan apabila melahirkan berat badan bayi ≥ 4 kg. Seseorang yang menderita DM dapat memiliki gejala antara lain polyuria (sering kencing), polidipsia (sering merasa haus), dan polifagia (sering merasa lapar), serta penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya. Selain hal-hal tersebut, gejala penderita DM lain adalah keluhan lemah badan dan kurangnya energi, kesemutan di tangan atau kaki, gatal, mudah terkena infeksi bakteri atau jamur, penyembuhan luka yang lama dan mata kabur. Namun, pada beberapa kasus penderita DM tidak menunjukkan adanya gejala.

4. Klasifikasi

Klasifikasi Diabetes Melitus menurut Gayatri et al., (2019) adalah klasifikasi yang disesuaikan dengan klasifikasi Diabetes Melitus oleh sebagai berikut :

1) Diabetes Melitus Tipe I

Umumnya timbul pada anak-anak dan dewasa muda. diabetes mellitus tipe I terjadi karena destruksi sel-sel pembuat insulin (sel beta Langerhans pancreas) melalui mekanisme imunologik dan idiopatik sehingga menyebabkan hilangnya hampir seluruh insulin endogen. Penderita diabetes mellitus tipe I mengalami ketergantungan terhadap insulin eksogen untuk menurunkan kadar glukosa plasma dan menghindari ketoasidosis (KAD) serta untuk mempertahankan hidupnya.

2) Diabetes Melitus Tipe II

Jenis diabetes melitus ini bervariasi mulai dari yang terutama dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin. Biasanya timbul pada usia lebih dari 40 tahun. Pada diabetes mellitus tipe II sel β pankreas tidak rusak tetapi terjadi resistensi terhadap kerja insulin.

3) Diabetes Melitus tipe lain :

- a) Defek genetik fungsi sel beta : *Maturity Onset Diabetes of the Young* (MODY) 1,2,3. DNA mitokondria.
- b) Defek genetik kerja insulin.

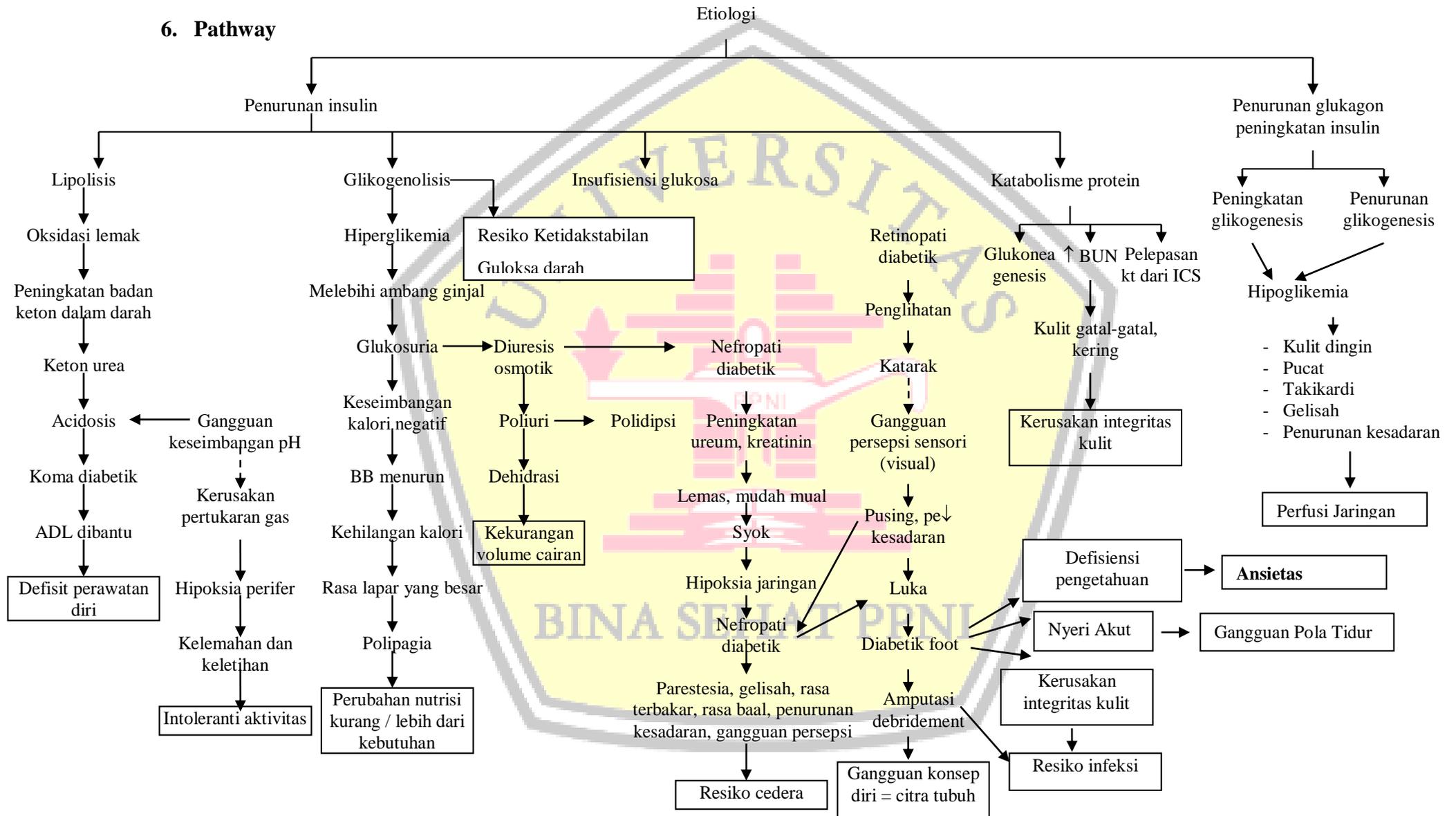
- c) Penyakit endokrin pancreas : Pancreatitis, tumor pancreas, pankreatektomi, pankreatopati, fibrokalkulus.
- d) Endokrinopati: akromegali sindrom Cushing feokromositoma hipertiroidisme.
- e) Karena obat/zat kimia : vacor, pentamidin, asam nikotinat glukokortikoid, hormon tiroid tiazid, dilantin, interferon alfa dan lain-lain.
- f) Infeksi : Rubella kongenital, Cytomegalovirus (CMV) G.
- g) Sebab imunologi yang jarang : antibodi anti insulin.
- h) Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan diabetes mellitus : sindrom Down, sindrom Klinefelter, sindrom Turner, dan lain- lain.

5. Patofisiologi

Dua patofisiologi utama yang mendasari terjadinya kasus Diabetes Mellitus tipe II secara genetik adalah resistensi insulin dan defek fungsi sel beta pankreas. Resistensi insulin adalah kondisi umum bagi orang-orang dengan berat badan overweight atau obesitas. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak, dan hati sehingga memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak. Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak adekuat guna mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka kadar glukosa darah akan meningkat, pada saatnya akan terjadi hiperglikemia kronik. Hiperglikemia kronik pada DM Tipe II semakin merusak sel beta di satu sisi dan memperburuk resistensi insulin di sisi lain, sehingga penyakit Diabetes Mellitus tipe II semakin progresif (Decroli, 2019).

DM tipe II terdapat dua masalah berhubungan dengan insulin dan gangguan sekresi insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe II. Meskipun demikian, DM tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketotik (HHNK) (Soelistijo et al., 2019)

6. Pathway



Gambar 1.1 Pathway Diabetes Mellitus (Decroli, 2019)

7. Komplikasi

Komplikasi diabetes mellitus akut bisa disebabkan oleh dua hal, yakni peningkatan dan penurunan kadar gula darah yang drastis. Kondisi ini memerlukan penanganan medis segera, karena jika terlambat ditangani akan menyebabkan hilangnya kesadaran, kejang, hingga kematian. Menurut Febrinasari et al., (2020) komplikasi diabetes mellitus yaitu :

1) Komplikasi Akut

a) Hipoglikemia

Hipoglikemia (kadar gula darah yang tidak normal/rendah) terjadi apabila kadar glukosa darah turun dibawah 50 mg/ dl. Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat. Hipoglikemia dapat terjadi setiap saat pada siang atau malam hari. Kejadian ini dapat terjadi sebelum makan, khususnya jika makan yang tertunda atau bila pasien lupa makan camilan. Gejala hipoglikemia dapat dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu : gejala adrenergic dan gejala sistem saraf pusat (Soelistijo et al., 2019)

Hipoglikemia ringan yaitu kondisi ketika kadar glukosa darah menurun, sistem saraf simpatis akan terangsang. Pelimpahan adrenalin kedalam darah menyebabkan gejala seperti perspirasi, tremor, takikardia, palpitasi, kegelisahan dan rasa lapar. Hipoglikemia sedang yaitu penurunan kadar glukosa darah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapatkan cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda-tanda gangguan fungsi pada sistem saraf pusat mencakup ketidakmampuan berkonsentrasi, sakit

kepala, vertigo, confuse, penurunan daya ingat, mati rasa didaerah bibir serta lidah, bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi, perubahan emosional, perilaku yang tidak rasional, penglihatan ganda, dan perasaan ingin pingsan. Hipoglikemia berat yaitu kondisi dimana fungsi sitem saraf pusat mengalami gangguan yang sangat berat sehingga pasien memerlukan pertolongan orang lain untuk mengatasi hipoglikemia yang dideritanya. Gejala dapat mencakup perilaku yang mengalami disorientasi, serangan kejang, sulit dibangunkan, atau bahkan kehilangan kesadaran (Febrinasari et al., 2020).

b) Diabetes Ketoasidosis

Diabetes ketoasidosis disebabkan karena tidak adanya insulin atau tidak cukup jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak (Febrinasari et al., 2020). Ada tiga gambaran klinik yang penting pada diabetes ketoasidosis yaitu Dehidrasi, Kehilangan elektrolit dan Asidosis.

Apabila jumlah insulin berkurang, maka jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Selain itu produksi glukosa oleh hati menjadi tidak terkendali, kedua faktor tersebut akan mengakibatkan hiperglikemia. Dalam upaya untuk menghilangkan glukosa dalam tubuh, ginjal akan mensekresikan glukosa bersama-sama air dan elektrolit (natrium dan kalium). Diuresis osmotik yang ditandai oleh urinasi yang berlebihan (poliuria) ini akan menyebabkan dehidrasi dan kehilangan elektrolit (Febrinasari et al., 2020)

c) **Syndrom Hiperglikemia Hiperosmolar Non Ketotik (SHHNK)**

Merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia yang disertai perubahan tingkat kesadaran (*Sense of Awareness*). Keadaan hiperglikemia persisten menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit. Untuk mempertahankan keseimbangan osmotik, cairan akan berpindah dari intrasel ke ruang ekstrasel. Dengan adanya glukosuria dan dehidrasi, maka akan dijumpai keadaan hipernatremia dan peningkatan osmolaritas (Febrinasari et al., 2020).

2) **Komplikasi Kronik**

Komplikasi kronik dari diabetes mellitus dapat menyerang semua sistem organ tubuh. Kategori komplikasi kronik diabetes yang biasa digunakan adalah penyakit makrovaskuler, mikrovaskuler, dan neurologis menurut (Febrinasari et al., 2020). yaitu :

a) **Komplikasi Makrovaskuler**

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada diabetes. Perubahan aterosklerotik ini serupa dengan pasien-pasien non diabetik, kecuali dalam hal bahwa perubahan tersebut cenderung terjadi pada usia yang lebih muda dengan frekuensi yang lebih besar pada pasien-pasien diabetes. Berbagai tipe penyakit makrovaskuler dapat terjadi tergantung pada lokasi lesi aterosklerotik. Aterosklerotik yang terjadi pada pembuluh darah arteri koroner, maka akan menyebabkan penyakit jantung koroner. Sedangkan aterosklerotik

yang terjadi pada pembuluh darah serebral, akan menyebabkan stroke infark dengan jenis TIA (*Transient Ischemic Attack*). Selain itu aterosklerotik yang terjadi pada pembuluh darah besar ekstremitas bawah, akan menyebabkan penyakit oklusif arteri perifer atau penyakit vaskuler perifer.

b) Komplikasi Mikrovaskuler

(1) Retinopati Diabetik

Disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil pada retina mata, bagian ini mengandung banyak sekali pembuluh darah dari berbagai jenis pembuluh darah arteri serta vena yang kecil, arteriol, venula dan kapiler.

(2) Nefropati Diabetik

Bila kadar glukosa darah meningkat maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang mengakibatkan kebocoran protein darah ke dalam urin. Sebagai akibatnya tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat, kenaikan tekanan tersebut diperkirakan berperan sebagai stimulus untuk terjadinya nefropati.

(3) Polineuropati Sensorik

Polineuropati sensorik disebut juga neuropati perifer. Neuropati perifer sering mengenai bagian distal serabut saraf, khususnya saraf ekstremitas bagian bawah. Kelainan ini mengenai kedua sisi tubuh dengan distribusi yang simetris dan secara progresif dapat meluas ke arah proksimal. Gejala permulaannya adalah parastesia (rasa tertusuk-

tusuk, kesemutan dan peningkatan kepekaan) dan rasa terbakar (khususnya pada malam hari). Dengan bertambah lanjutnya neuropati ini kaki akan terasa tebal. Penurunan sensibilitas terhadap sentuhan ringan dan penurunan sensibilitas nyeri dan suhu membuat penderita neuropati beresiko untuk mengalami cedera dan infeksi pada kaki tanpa diketahui.

(4) Neuropati Otonom (Mononeuropati)

Neuropati pada sistem saraf otonom mengakibatkan berbagai fungsi yang mengenai hampir seluruh sistem organ tubuh. Ada lima akibat utama dari neuropati otonom antara lain :

(a) Kardiovaskuler

Tiga manifestasi neuropati pada sistem kardiovaskuler adalah frekuensi denyut jantung yang meningkat tetapi menetap, hipotensi ortostatik, dan infark miokard tanpa nyeri atau "*silent infark*".

(b) Pencernaan

Kelambatan pengosongan lambung dapat terjadi dengan gejala khas, seperti perasaan cepat kenyang, kembung, mual dan muntah. Konstipasi atau diare diabetik (khususnya diare nokturna) juga menyertai neuropati otonom gastrointestinal.

(c) Perkemihan

Retensi urine penurunan kemampuan untuk merasakan kandung kemih yang penuh dan gejala neurologik bladder memiliki predisposisi untuk mengalami infeksi saluran kemih. Hal ini terjadi pada pasien dengan diabetes yang tidak terkontrol, mengingat

keadaan hiperglikemia akan mengganggu resistensi terhadap infeksi.

(d) Kelenjar Adrenal (Hypoglikemik Unawareness)

Neuropati otonom pada medulla adrenal menyebabkan tidak adanya atau kurangnya gejala hipoglikemia. Ketidakmampuan klien untuk mendeteksi tanda-tanda peringatan hipoglikemia akan membawa mereka kepada resiko untuk mengalami hipoglikemia yang berbahaya.

(e) Disfungsi Seksual

Disfungsi seksual khususnya impotensi pada laki-laki merupakan salah satu komplikasi diabetes yang paling ditakuti. Efek neuropati otonom pada fungsi seksual wanita tidak pernah tercatat dengan jelas.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Gayatri et al., 2019) Pemeriksaan gula darah pada pasien diabetes mellitus dilakukan antara lain sebagai berikut :

- 1) Gula darah sewaktu < 140 mg/dl

Digunakan untuk skrining bukan diagnostik.

- 2) Gula darah 2 jam prandial < 140 mg/dl

Digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostik.

- 3) Gula darah puasa (GDP) 70 – 110 mg/dl

Kriteria diagnostik untuk diabetes mellitus > 140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia, atau IGT 115 – 140 mg/dl.

4) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

GD < 115 mg/dl ½ jam, 1 jam, 1 ½ jam < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.

TTGO dilakukan hanya pada pasien yang telah bebas dan diet.

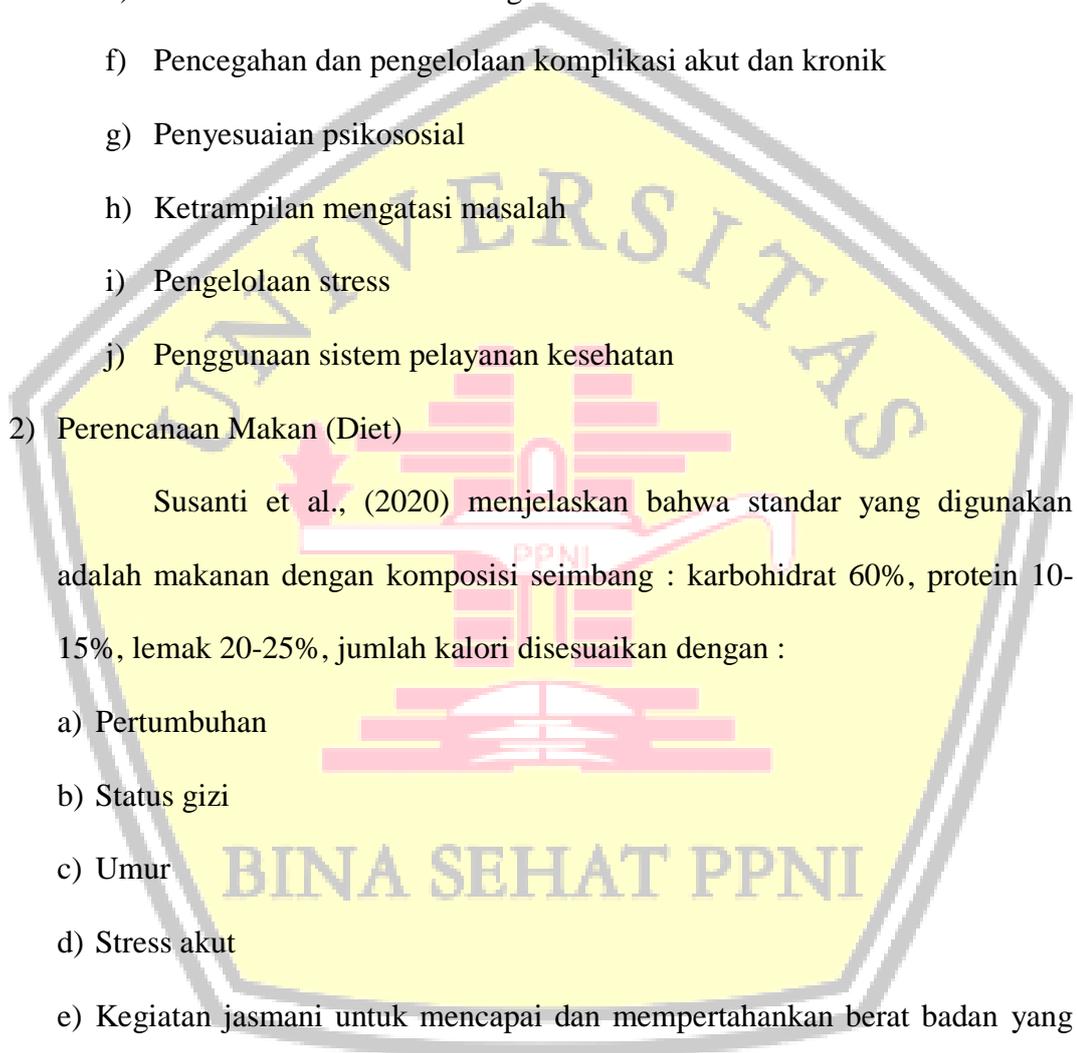
9. Penatalaksanaan Dan Terapi

1) Edukasi dan Konseling DM

Menurut Ayu, (2020) menjelaskan bahwa penyuluhan (edukasi DM) merupakan suatu proses pendidikan dan pelatihan tentang pengetahuan Diabetes dan ketrampilan yang dapat menunjang perubahan perilaku yang diperlukan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, penyesuaian psikologis dan kualitas hidup yang lebih baik secara berkelanjutan. Dalam pelaksanaannya perlu dilakukan beberapa kali pertemuan untuk menyegarkan, mengingatkan kembali prinsip penatalaksanaan diabetes sehingga dapat merawat dirinya secara mandiri. Hidup sehat dengan diabetes memerlukan adaptasi Psikososial yang positif, dan penatalaksanaan mandiri yang efektif terhadap penyakit ini. Untuk mencapai penatalaksanaan mandiri yang efektif penderita dengan diabetes harus mengetahui, mempunyai sikap dan terampil dalam melakukan perawatan mandiri yang berhubungan dengan pengendalian penyakit kronis ini. Pengalaman mengatakan bahwa edukasi terencana akan lebih efektif bila diberikan edukator diabetes yang berkualitas. Edukasi diabetes dianggap sebagai salah satu cara terapi dan merupakan bagian integral keperawatan orang dengan diabetes. Beberapa prinsip yang perlu diperhatikan pada proses edukasi diabetes :

- a) Berikan dukungan dan nasehat yang positif dan hindari terjadinya kecemasan.
- b) Sampaikan informasi secara bertahap jangan berikan beberapa hal sekaligus.
- c) Mulailah dengan hal yang sederhana baru kemudian dengan hal yang lebih kompleks.
- d) Gunakan alat bantu dengan dengar-pandang (Audio-visual AID).
- e) Utamakanlah pendekatan dengan mengatasi masalah dan lakukan simulasi.
- f) Berikan pengobatan yang sederhana agar kepatuhan mudah dicapai .
- g) Usahakanlah kompromi dan negosiasi, jangan paksakan tujuan.
- h) Berikanlah motivasi dan penghargaan dan diskusikanlah hasil laboratorium.

Jeharut et al., (2021) edukator diabetes didefinisikan sebagai tenaga kesehatan profesional yang menguasai inti pengetahuan dan mempunyai pengetahuan dalam ilmu biologi, sosial, komunikasi, konseling, dan telah berpengalaman dalam merawat orang dengan diabetes. Tanggung jawab utama edukator diabetes adalah pendidikan orang dengan DM, keluarganya dan sistem pendukungnya yang menyangkut penatalaksanaan mandiri dan masalah-masalah yang berhubungan dengan DM. Proses edukasi ini sebaiknya terdiri dari topik-topik berikut ini :

- 
- a) Patofisiologi DM
 - b) Pengelolaan nutrisi dan diet
 - c) Intervensi farmologik
 - d) Aktivitas dan olahraga
 - e) Pemantauan mandiri kadar glukosa darah
 - f) Pencegahan dan pengelolaan komplikasi akut dan kronik
 - g) Penyesuaian psikososial
 - h) Keterampilan mengatasi masalah
 - i) Pengelolaan stress
 - j) Penggunaan sistem pelayanan kesehatan
- 2) Perencanaan Makan (Diet)
- Susanti et al., (2020) menjelaskan bahwa standar yang digunakan adalah makanan dengan komposisi seimbang : karbohidrat 60%, protein 10-15%, lemak 20-25%, jumlah kalori disesuaikan dengan :
- a) Pertumbuhan
 - b) Status gizi
 - c) Umur
 - d) Stress akut
 - e) Kegiatan jasmani untuk mencapai dan mempertahankan berat badan yang ideal
 - f) Untuk kepentingan klinik praktis dan menghitung jumlah kalori. Penentuan status gizi memanfaatkan Rumus Broca, yaitu $BB\ idaman = (TB-100) \cdot 10\%$

3) Latihan Jasmani

Ayu, (2020) menjelaskan bahwa latihan jasmani dianjurkan secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai *CRIPE* (*continuous, rhythmical, interval, progressive, endirance training*). Sedapat mungkin mencapai zone sasaran 78- 85% denyut nadi maksimal (220-umur) disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit penyerta.

Manfaat latihan jasmani (olahraga) pada pasien DM :

- a) Menurunkan konsentrasi gula darah selama dan sesudah latihan
- b) Menurunkan konsentrasi insulin basal dan post prandial
- c) Memperbaiki sensitifitas insulin
- d) Menurunkan HbA1c
- e) Memperbaiki profil lemak
- f) Memperbaiki hipertensi ringan sampai sedang
- g) Memperbaiki pengeluaran tenaga
- h) Memelihara kardiovaskuler
- i) Meningkatkan kekuatan fleksibilitas otot
- j) Meningkatkan sense of well-being dan kualitas hidup

4) Intervensi Farmakologis

Decroli, (2019) menjelaskan bahwa jika pasien telah menerapkan pengaturan makan dan kegiatan jasmani yang teratur namun pengendalian kadar glukosa darahnya belum tercapai, dipertimbangkan pemakaian obat-obat berkhasiat hipoglikemik (oral-insulin) yaitu :

a) Sulfonilurea : obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas. Merupakan pilihan utama untuk pasien dengan berat badan normal dan kurang, namun masih bisa diberikan pada pasien dengan berat badan lebih. Pada pasien usia lanjut obat golongan Sulfonilurea dengan waktu kerja panjang sebaiknya dihindari.

b) Biguanid (Metformin)

Obat golongan ini mempunyai efek utama :

- 1) Mengurangi produksi glukosa hati, dan
- 2) Memperbaiki ambilan glukosa perifer.

Obat golongan ini dianjurkan dipakai sebagai obat tunggal pada pasien gemuk, Biguanid merupakan kontraindikasi pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan hati pasien kecenderungan hipoksemia (misalnya pasien dengan penyakit Serebro Kardiovaskular).

1.2.2. Konsep Kecemasan

1. Definisi

Kecemasan menurut (Stuart, 2016) adalah sesuatu yang tidak jelas dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya dan merupakan suatu respon emosi yang tidak memiliki suatu obyek yang spesial. Kecemasan adalah bagian dari kehidupan sehari-hari dan memberikan peringatan yang berharga, bahkan kecemasan diperlukan untuk bertahan hidup. Kecemasan adalah pengalaman pribadi yang bersifat subyektif, yang sering bermanifestasi

sebagai perilaku yang disfungsi yang diartikan sebagai perasaan kesulitan dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Donsu, 2017).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017).

2. Tingkat Kecemasan

Kecemasan memiliki faktor baik dan buruk tergantung pada tingkat kecemasan, berapa lama kecemasan berlangsung dan bagaimana seseorang mengatasi kecemasan tersebut, tingkat kecemasan ringan, sedang, berat atau panic (Rahayu, 2022). Adapun menurut (Stuart, 2016) tingkat kecemasan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang salah dan membutuhkan perhatian khusus. Peningkatan rangsangan sensorik yang dapat membantu orang fokus, berpikir, bertindak untuk memecahkan masalah, mencapai tujuan, atau melindungi diri sendiri atau orang lain. Kecemasan ringan dapat memotivasi atau memotivasi orang untuk melakukan perubahan atau mengambil tindakan untuk mencapai tujuan. Terkait dengan kecemasan ringan dengan ketergantungan dalam kehidupan sehari-hari seperti cemas yang menyebabkan individu menjadi waspada, menajamkan indera dan meningkatkan lapang persepsinya.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang adalah suatu perasaan yang mengganggu karena ada sesuatu yang pasti salah, individu gugup dan tidak bisa tenang. Dalam kondisi ini individu dapat mengolah informasi, menyelesaikan masalah, dan belajar dengan bantuan. Namun individu mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi dan memerlukan bantuan untuk berfokus kembali.

3) Kecemasan Berat

Dalam kondisi panik, kemampuan untuk berpikir sangat berkurang. Individu hanya berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik dan tidak memikirkan hal yang lain. Semua perilaku individu ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu perlu banyak arahan untuk berfokus kembali. Dan pada tahap panik tersebut secara tidak sadar individu memakai mekanisme pertahanan diri. Otot-otot menjadi tegang dan tanda-tanda vital meningkat, gelisah, tidak tenang, tidak sabar, dan cepat marah.

3. Etiologi

Penyebab (etiologi) untuk masalah ansietas menurut PPNI, (2017) adalah :

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan

- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

Faktor predisposisi terjadinya kecemasan menurut (Rahayu, 2022) dibagi sebagai berikut :

- 1) Dalam pandangan psikoanalitis, ansietas (cemas) adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian ide dan superego. Ide mewakili dorongan insting dan implus primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- 2) Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah trauma rentan mengalami ansietas yang berat.
- 3) Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan meyakini bahwa individu

yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketentuan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas, konflik menimbulkan ansietas, dan ansietas menimbulkan konflik yang dirasakan.

- 4) Kajian keluarga, menunjukan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
- 5) Kajian biologis menunjukan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

Faktor prepistasi menurut (Rahayu, 2022) dibedakan menjadi :

- 1) Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

4. Data Mayor dan Minor

Untuk dapat mengangkat diagnosis ansietas, Perawat harus memastikan tanda dan gejala ansietas meliputi gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor muncul pada pasien menurut PPNI, (2017) tanda dan gejala tersebut yaitu :

1) Data Mayor

Subyektif :

- a. Merasa bingung
- b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c. Sulit berkonsentrasi

Obyektif :

- a. Tampak gelisah
- b. Tampak tegang
- c. Sulit tidur

2) Data Minor

Subyektif :

- a. Mengeluh pusing
- b. Anoreksia
- c. Palpitasi
- d. Merasa Tidak Berdaya

Obyektif :

- a. Frekuensi Nafas Meningkat
- b. Frekuensi Nadi Meningkat

- c. Tekanan Darah Meningkat
- d. Diaforesis
- e. Tremor
- f. Muka Tampak Pucat
- g. Suara bergetar
- h. Kontak mata Buruk
- i. Sering Berkemih
- j. Berorientasi pada masa lalu

5. Instrumen Pengukuran Kecemasan

Tingkat kecemasan dapat dikaji dengan menggunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Visual Analog Scale for Anxiety* (VAS-A). VAS-A merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang dikembangkan oleh beberapa peneliti, dengan menggunakan suatu garis lurus yang mewakili tingkatan kecemasan berupa skala panjang 0 mm sampai 100 mm dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya yaitu ujung sebelah kiri yang mengidentifikasi “tidak ada kecemasan” hingga ujung sebelah kanan yang menyatakan “kecemasan sangat berat / panik”. Pasien dimohon untuk memberikan tanda pada garis yang menggambarkan perasaan cemas yang dialami saat itu. Pengukuran dengan VAS – A pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 10 – 30 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai antara 40 - 60 cemas sedang, diantara 70 – 90 cemas berat, dan 100 dianggap panic (Karisma, 2017).



Gambar 1.2 Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A)

Sumber : (Karisma, 2017)

1.2.3. Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah sarana atau alat yang digunakan oleh seorang perawat dalam bekerja dan tata cara pelaksanaannya tidak boleh dipisah-pisah antara tahap pertama, kedua, ketiga dan seterusnya. Tahap pertama pengkajian, tahap kedua menegakkan diagnosis keperawatan, tahap ketiga menyusun rencana keperawatan yang mengarah kepada penanganan diagnosis keperawatan, tahap keempat diimplementasikan dan tahap kelima atau tahap terakhir adalah dievaluasi (Budiono, 2016). Adapun proses keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Menurut (Budiono, 2016) pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Kegiatan dalam pengkajian meliputi :

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah. Serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap

awal dalam proses keperawatan. Dari data yang terkumpul, di dapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data keperawatan dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien (Asmuji, 2021). Data yang dikumpulkan atau di anamnesa dalam pengkajian yaitu :

a. Identitas Klien

Gambaran umum mengenai klien yang terdiri atas :

- a) Nama, agama, suku/bangsa, bahasa, pekerjaan, pendidikan, status, alamat, diagnosa medis, nomor rekam medik, tanggal masuk dan tanggal pengkajian.
- b) Umur
Biasanya lebih sering di dapati pada penderita laki – laki pada usia lebih dari 40 tahun dan pada wanita lebih dari 50 tahun
- c) Jenis kelamin
Biasanya lebih banyak menyerang pada laki – laki.
- d) Pendidikan
Orang dengan pendidikan rendah beresiko terkena penyakit diabetes mellitus, karena kurangnya pengetahuan tentang penyebab penyakit diabetes mellitus dan juga pemahaman tentang gaya hidup.

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab berisi nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

c. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama yaitu keluhan yang paling utama saat itu dirasakan oleh pasien. Keluhan utama yang akan didapatkan yaitu luka yang tak kunjung sembuh, anoreksia, cemas, nafas berbau aseton, sakit kepala, badan lemas dan terdapat penurunan berat badan yang signifikan, mengalami kehausan yang berlebihan kemudian tungkai kesemutan, dan penurunan rasa raba.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Data yang akan diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit pasien dari sebelum dibawa ke IGD sampai dengan mendapatkan perawatan di ruangan.

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi riwayat penyakit sebelumnya. Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit penyerta lainnya. Seperti adanya riwayat penyakit pankreas, jantung, obesitas, hipertensi dan yang lainnya. Tindakan medis yang pernah didapat ataupun obat-obat yang biasa dikonsumsi.

d) Riwayat Penyakit Keluarga

Adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita DM. Pada pasien DM biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau memiliki penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya DM. Karena DM ini termasuk penyakit yang menurun.

e) Pola fungsional.

(1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perlu dikaji mengenai persepsi pasien dan keluarga mengenai pentingnya kesehatan bagi anggota keluarga. Pada pasien dengan DM dapat terjadi perubahan pola persepsi dan tata laksana hidup sehat dikarenakan kurangnya pengetahuan tentang kepatuhan pola hidup sehat dan kepatuhan akan prosedur pengobatan.

(2) Pola nutrisi dan metabolik.

Perlu dikaji mengenai nutrisi dan metabolik pasien. Kaji kebiasaan makan pasien, pola diet, penurunan berat badan, adakah mual muntah dan kesulitan menelan. Metabolisme dapat terganggu karena retensi insulin sehingga menimbulkan gejala sering kencing, sering minum, sering makan, berat badan turun, dan kelelahan. Keadaan ini dapat mengakibatkan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

(3) Pola Eliminasi

Mengkaji pola BAB dan BAK pasien sebelum dan sesudah sakit. Pada pasien DM biasanya terdapat perubahan dalam eliminasi urine. Terdapat poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau tidak nyaman pada proses BAK. Karena terjadinya hiperglikemia dapat menyebabkan pasien sering kencing.

(4) Pola Aktivitas Dan Latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi dan juga kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri. Pentingnya

latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain. Mengkaji reaksi pasien setelah beraktivitas adanya keringat dingin, kelelahan, perubahan pola nafas. Beberapa pasien DM akan mengalami kesulitan beraktivitas karena kelemahan.

(5) Pola Istirahat Tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji yaitu apakah pasien bisa tidur, waktu tidur, lama tidur, kualitas tidur, nyenyak, nyaman. Adakah masalah dalam tidur seperti insomnia dan somnambulism.

(6) Pola Kognitif Perseptual

Perlu dikaji apakah mengalami gangguan kognitif dan perseptual sensori seperti adakah nyeri jika ada bagaimana kualitas, durasi, skala dan cara mengurangi nyeri. Apakah panca indra dapat berfungsi dengan baik, bagaimana kemampuan bicara pasien. Selain itu perlu dikaji mengenai daya ingat, konsentrasi dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya. Biasanya pasien dengan diabetes akan mengalami keluhan sakit atau kesemutan terutama pada kaki. Selain itu juga mengalami gangguan penglihatan.

(7) Pola Persepsi Diri atau Konsep Diri

Menggambarkan bagaimana pasien memandang dirinya sendiri, adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri, cemas karena penyakitnya. Pasien dengan DM memerlukan pengobatan dan perawatan yang cukup lama sehingga menyebabkan pasien mengalami gangguan kecemasan.

(8) Mekanisme Koping

Menggambarkan adakah masalah yang dialami pasien, ketakutan akan penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan jelas, pandangan pasien dan koping mekanisme yang digunakan pasien ketika terjadi masalah.

(9) Pola Seksual Reproduksi

Menggambarkan adakah gangguan yang terdapat pada reproduksinya dan apakah penyakitnya yang sekarang mengganggu fungsi seksualnya. Pasien dengan DM terkadang mengalami keluhan gangguan ereksi dan keputihan menyebabkan adanya gangguan pada system reproduksi.

(10) Pola Peran dan Hubungan Dengan Orang Lain

Menggambarkan hubungan pasien dengan orang lain terutama orang sekitar apakah baik kemudian peran pasien di lingkungan dan masyarakat, serta apakah pasien ikut serta dalam kegiatan masyarakat.

(11) Pola Nilai dan Kepercayaan

Menggambarkan kepercayaan yang dianut pasien, ketaatan ibadah selama sakit, ketaatan berdoa, kemudian adakah hambatan yang dialami pasien dalam melakukan ibadah.

d. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum : pasien DM biasanya datang ke RS dalam keadaan baik composmentis.
- b) Tanda-tanda vital : pemeriksaan tanda vital yang terkait yaitu tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi pernafasan. Tekanan darah dan

pernafasan pada pasien dengan pasien DM bisa tinggi atau normal, Nadi dalam batas normal, sedangkan suhu akan mengalami perubahan jika terjadi infeksi.

- c) Kepala : Bentuk kepala kemudian pada kulit kepala adakah benjolan atau lesi.
- d) Rambut : warna rambut termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut.
- e) Wajah : pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri.
- f) Mata : Mata tampak cekung (kekurangan cairan), sclera ikterik, konjungtiva merah muda, penglihatan kabur/tidak. Pupil: miosis, midrosis, atau anisokor.
- g) Hidung : Tidak terjadi pembesaran polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza.
- h) Mulut dan faring Bibir : sianosis, pucat beberapa mengalami mual muntah, lidah sering terasa tebal, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, ludah terasa lebih kental, Mukosa oral: lembab atau kering.
- i) Telinga : bentuk telinga, kebersihan telinga, adanya gangguan pada telinga atau tidak.
- j) Dada.

- Paru-paru

Inspeksi: melihat apakah pasien mengalami sesak nafas. Palpasi:

Mengetahui vocal premitus dan mengetahui adanya massa, lessi

atau bengkak. Perkusi: mengkaji area paru-paru pada thoraks.

Auskultasi: mendengarkan suara nafas normal dan nafas tambahan.

- Jantung

Inspeksi: amati ictus kordis terlihat atau tidak. Palpasi: takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, nadi perifer melemah atau berkurang. Perkusi: mengetahui ukuran bentuk jantung secara kasar. Auskultasi: mendengar detak jantung, bunyi jantung dapat di diskripsikan dengan S1, S2 tunggal.

k) Abdomen.

Inspeksi: melihat apakah terdapat benjolan di perut. Auskultasi: Memeriksa peristaltik usus dengan menghitung selama 1 menit. Perkusi: mengetahui bunyi suara pada abdomen, dominan suara timpani. Palpasi: mengetahui adanya nyeri tekan.

l) Integumen.

Melihat warna kulit, kuku, bentuk dan memeriksa suhu kulit, tekstur (halus atau kasar). Kulit akan tampak pucat karena Hb kurang dari normal dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan tidak elastis.

m) Genetalia.

Melihat pada daerah genital mulai warna, kebersihan, adanya benjolan seperti lesi, massa dan tumor. Normalnya daerah genital bersih, integritas kulit baik, tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi.

n) Ekstremitas.

Melihat adanya keterbatasan dalam aktivitas dan ada tidaknya kelumpuhan atau kekakuan. Kekuatan otot :

0 : lumpuh.

1: ada kontraksi.

2: melawan gravitasi dengan sokongan.

3: melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan.

4: melawan gravitasi dengan tahanan sedikit.

5: melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien DM menurut (PPNI, 2017a) antara lain :

- 1) Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri
- 2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pancreas
- 3) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi

3. Intervensi

Tabel 1.1 Intervensi Keperawatan menurut SDKI, SLKI, SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Keluhan pusing menurun 	Reduksi ansietas Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: stressor) b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan c. Dengarkan dengan penuh perhatian d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan pusing menurun 2. Lesu/lelah menurun 3. Kadar glukosa dalam darah menurun 	Manajemen Hiperglikemia Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Monitor kadar glukosa darah c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: poliuria, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) d. Monitor intake dan output cairan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. berikan asupan cairan oral b. konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

			<ul style="list-style-type: none"> b. anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c. anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
3.	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. diare menurun 3. frekuensi makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi makanan yang disukai c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi d. Monitor asupan makanan e. Monitor BB <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan oral hygiene sebelum makan b. Berikan makan tinggi protein dan kalori <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan posisi duduk
4	Resiko ketidakseimbangan cairan	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi membaik 2. Turgor kulit membaik 3. Output urine membaik 	<p>Manajemen cairan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor status hidrasi (mis:frekuensi nadi,kelembapan mukosa,turgor kulit) b. Monitor BB harian c. Monitor status hemodinamik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam b. Berikan asupan cairan c. Berikan cairan intravena

5	Gangguan integritas kulit/jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan membaik dengan</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	<p>Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar b. Anjurkan minum air yang cukup c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
---	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Implementasi

Setelah menyusun rencana asuhan keperawatan, langkah selanjutnya yang akan diterapkan adalah melakukan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil berupa berkurang atau hilangnya masalah. Implementasi yaitu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah teridentifikasi dalam komponen P atau Perencanaan disertai dengan menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan (Budiono, 2016)

5. Evaluasi

Menurut (Budiono, 2016) evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terhadap respon pasien secara terus-menerus terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan Melalui pemberian Edukasi dan Konseling tentang DM di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan di RSUD Bangil - Pasuruan.
2. Mampu merumuskan Diagnosis Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan di RSUD Bangil - Pasuruan.
3. Mampu menyusun Intervensi Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan di RSUD Bangil - Pasuruan.
4. Mampu melaksanakan Implementasi Keperawatan Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan di RSUD Bangil - Pasuruan.

5. Mampu melakukan Evaluasi Keperawatan Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kecemasan di RSUD Bangil - Pasuruan.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat membantu pemecahan masalah dan menambah wawasan dalam bidang keperawatan medikal bedah khususnya dengan masalah yang berhubungan kecemasan pada klien diabetes mellitus.

2. Praktis

a. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat diharapkan memberikan sumbangan dalam penatalaksanaan dan informasi dalam bidang keperawatan medikal bedah dengan masalah kecemasan pada klien diabetes mellitus.

b. Bagi Rumah Sakit

Asuhan keperawatan pada klien DM ini dapat dijadikan bahan perbandingan studi untuk mengevaluasi keefektifan implementasi yang diberikan pada klien dengan masalah keperawatan kecemasan pada klien diabetes mellitus.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk meningkatkan kualitas pengetahuan dan pendidikan dalam bidang

keperawatan medikal bedah pada penatalaksanaan klien yang mengalami kecemasan pada klien diabetes mellitus.

d. Bagi pasien Dan keluarga

Memberikan pengetahuan, penyuluhan, pencegahan serta dan penatalaksanaan kepada klien dan keluarga tentang penyakit DM agar bisa dihindari dan menerapkan kehidupan yang sehat dalam aktivitas sehari-hari, agar terhindar dari masalah kecemasan pada klien diabetes mellitus.

