KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "H" DENGAN DM TIPE II DI RUANG PERAWATAN St.BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH

RAIMUNDA RITA MUJU

E1614401030

DAN

RESTIANI

E1614401031

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. "H" DENGAN DM TIPE II DI RUANG PERAWATAN St.BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh:

Nama mahasiswa : Raimunda Rita Muju

NIM : E1614401030

Nama Mahasiswa : Restiani

NIM : E1614401031

Disetujui oleh:

Pembimbing

(Serlina Sandi, Ns.,M.Kep)

NIDN0913068201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN.,DN.,Sc)

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya tulis ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "H" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG ST.BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Senin, 20 mei 2019

Pukul : 14.45-15:20

Tempat : Ruangan B

TIM PENGUJI :

1. Rosdewi, Skp. MSN (.....)
2. Yuliana Tolaba, Ns, M.Kep (.....)
3. Serlina Sandi, Ns.,M.Kep (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S. Si, Ns, M. Kes)

NIDN: 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Restiani
Tempat Tanggal Lahir	: Palopo, 16 juni 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Rajawali, lr. 29

II. Identitas orangtua

Ayah/Ibu	: Matius A.S / Efriana S. Padang
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 1 Balusu	: 2004-2010
SMPN 1 Balusu	:2010-2013
SMAN 1 Sesean	:2013-2016
STIK Stella Maris Makassar Program DIII	: 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

IV. Identitas Pribadi

Nama	: Raimunda Rita Muju
Tempat Tanggal Lahir	: Ru'a, 01 juli 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Katolik
Alamat	: Jl. Maipa

V. Identitas orangtua

Ayah/Ibu	: Yohanes/Monika
Agama	: Kristen Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Manggarai NTT

VI. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDK Ru'a	: 2004-2010
SMP Karya Ruteng	:2010-2013
SMA Karya Ruteng	:2013-2016
STIK Stella Maris Makassar Program DIII	:

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat,rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul asuhan keperawatan pada Ny “H” dengan DIABETES MILITUS TIPE II di ruang perawatan St.Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.Penulis karya ilmiah ini dianjurkan sebagai salah satu persyaratan pada ujian akhir bagi kelulusan mahasiswi STIK Stella Maris Makassar program studi DIII Keperawatan tahun 2019.

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendaapat bantuan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns,.M.Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN,DN.Sc selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery solon, Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII keperawatan yang senantiasa memberikan motivasi sejak awal masuk kuliah
4. Rosmina Situngkir, Ns. M.Kes selaku pembimbing akademik (PA) yang senantiasa memberi motivasi sejak awal masuk kuliah.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku pembimbing dalam menyusun karya tulis ilmiah yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada kami dari awal hingga selesainya karya tulis ilmiah ini.
6. dr.Thomas Suharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit

Stella Maris Makassar, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakanpengambilan kasus untuk karya tulis ilmia ini.dan terima kasih kepada pegawai di Sta.Bernadeth IIB, terima kasih atas bantuan dan bimbingannya kepada penulis.

7. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Ny. H dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini
9. Terima kasih kepada kedua orang tua dan keluarga yang mendukung, doa dan memberi semangat serta bantuan selama penulis menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Buat teman-teman mahasisSSwi/iprogram DIII keperawatan angkatan 2016 STIK Stella Maris Makassar.kelas A yang telah memberi masukan kepada penulis.

Akhir kata harapan saya penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswi/I STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi.Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN **Hal**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN ..... **i**

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ..... **ii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iii**

KATA PENGANTAR ..... **iv**

DAFTAR TABEL ..... **vii**

DAFTAR GAMBAR ..... **viii**

DAFTAR ISI ..... **ix**

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 4

C. Manfaat Penulisan 4

D. Metode Penulisan 5

E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS **8**

A. Konsep Dasar Medis 8

1. Definisi 8
2. Klasifikasi diabetes mellitus 9
3. Anatomi dan fisiologi 10
4. Etiologi 13
5. Patofisiologi 14
6. Manifestasi Klinis 17
7. Pemeriksaan Diagnostik 19
8. Penatalaksanaan Medik 21
9. Komplikasi 24

B. Konsep Dasar Keperawatan 27
1. Pengkajian 27
2. Diagnosa Keperawatan..... 29
3. Perencanaan Keperawatan 30
4. Discharge Planning 35
C. Patoflowdiagram .....

BAB III PENGAMATAN KASUS 38
A. Analisa Data..... 56
B. Diagnosa Keperawatan..... 60
C. Rencana Keperawatan..... 61
D. Pelaksanaan Keperawatan 69
E. Evaluasi Keperawatan 86
F. Daftar obat 96

BAB IV PEMBAHASAN 98
A. Pengkajian 98
B. Diagnosa keperawatan 100
C. Rencana keperawatan 102
D. Implementasi keperawatan 103
E. Evaluasi 104

BAB V PENUTUP..... 105
A. Simpulan..... 105
B. Saran 110

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1Kadar Glukosa Darah Sewaktu
Tabel 2.2 Kadar Glukosa Darah Puasa
Tabel 3.1Analisa Data
Tabel 3.2 Diagnosa
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan
Tabel 3.4 Pelaksanaan Keperawatan
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar Anatomi Pankreas

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang terjadi baik saat pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya.Hormon yang mengatur gula darah adalah insulin.Efek umum diabetes yang tidak terkontrol menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah. (WHO, 2017)

Berdasarkan data *World Health Organization (*WHO 2017), jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2014 sebanyak 422 juta orang dan pada tahun 2015 sekitar 1,6 juta kematian disebabkan oleh diabetes. WHO memprediksikan diabetes mellitus akan menjadi penyebab kematian ke 7 di tahun 2030. Menurut International Diabetes Federation (IDF 2015), jumlah orang dewasa yang menderita diabetes mellitus pada tahun 2015 sebanyak 415 juta orang dan diperkirakan akan meningkat menjadi 642 juta pada tahun 2040.

Penderita diabetes mellitus tipe II Di Dunia pada tahun 2010 sebanyak 285 juta jiwa dari total populasi dunia sebanyak 7 miliar jiwa dan diperkirakan akan meningkat sebanyak 439 juta jiwa pada tahun 2030 dari total populasi dunia sebanyak 8,4 miliar jiwa. Kenaikan insidensi pasien diabetes mellitus tipe II juga terjadi di asia tenggara pada rentang usia 20-79 tahun sebanyak 838 juta jiwa pada tahun 2010. Dari total populasi tersebut, terdapat 58,7 juta jiwa (7,6%) pasien diabetes mellitus tipe II. Jumlah tersebut akan meningkat pada tahun 2030 yaitu dari total populasi pada rentang usia 20-79 tahun sebanyak 1,2 miliar

terdapat 101 juta jiwa (9,1%) pasien diabetes mellitus tipe II. (Osa S.P 2018).

international of diabetic ferdaration (IDF, 2015) mengatakan bahwa Indonesia merupakan Negara yang menempati urutan ke 7 dengan penderita diabetes mellitus terbanyak setelah Cina, India dan Amerika Serikat, Brazil, Rusia, Mexico.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes mellitus yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018 sehingga estimasi jumlah penderita Di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian beresiko terkena penyakit lain seperti: serangan jantung, stroke, kebutaan, dan gagal ginjal, bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian (Riskesdas 2018).

Menurut mentri kesehatan RI, upaya efektif untuk mencegah dan mengendalikan diabetes harus di fokuskan pada faktor-faktor resiko disertai dengan pemantauan yang teratur dan berkelanjutan dari perkembangannya karena faktor resiko umum penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia relative masi tinggi, yaitu 33,5% tidak melakukan aktifitas fisik, 95% tidak mengkomsumsi buah dan sayur, 33,8% populasi usia diatas 15 tahun merupakan perokok berat

Menurut data statistic kota Makassar tahun 2017, Penyakit diabetes mellitus menempati peringkat 5 dari 10 penyebab utama kematian yaitu sebanyak 65 kasus. Tidak menutup kemungkinan angka kejadian penyakit ini terus mengalami peningkatan, (Dinkes Kota Makassar, dalam Haskas, 2017)

Data *Medical Record* (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2016,2017 dan 2018. Didapatkan total pasien yang di rawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan diabetes melitus tipe II yaitu : Pada tahun 2016 didapatkan total pasien yang dirawat sebanyak

454 jiwa, dari jumlah penderita lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 251 jiwa jika dibandingkan dengan laki-laki sebanyak 203 jiwa, Pada tahun 2017 didapatkan total pasien yang menderita diabetes mellitus tipe II sebanyak 480 jiwa. Lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 273 jiwa sedangkan laki-laki sebanyak 207 jiwa. Pada tahun 2018 didapatkan total pasien yang menderita diabetes melitus tipe II sebanya 473 jiwa yang meninggal sebanyak 54 jiwa, lebih banyak terjadi pada perempuan sebanya 263 jiwa sedangkan laki-laki sebanyak 210 jiwa. dengan tingginya angka kejadian diabetes melitus memberikan kosekuensi perhatian dalam keperawatan. Dalam hal ini peran perawat diharapkan dapat memberikan tindakan asuhan keperawatan berupa Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif.

Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan kepatuhan manajemen diabetes pada pasien dan masyarakat. Maka perlu adanya pencegahan untuk mengurangi jumlah penyakit diabetes melitus dimana tingkat prevalensinya semakin meningkat dari tahun ke tahun, dengan demikian, untuk mengurangi kejadian tersebut maka penulis tertarik menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Dengan Diabetes Melitus Tipe Ii Di Ruang Rawat Inap St.Bernadet IIb Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus di Ruangan Perawatan Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat memperoleh gambaran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus secara komprehensif yang mencakup :

a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan diabetes mellitus.
b. Merumuskan diagnosa keperawatan kepada pasien dengan diabetes mellitus
c. Menyusun perencanaan pada pasien dengan diabetes mellitus.
d. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan diabetes mellitus.
e. Membuat evaluasi pada pasien diabetes mellitus.

C. Manfaat Penulisan.

1. Bagi institusi/pendidikan

Menilai atau mengevaluasi sejauh mana pemahan mahasiswa dalam menyerap dan menerapkan ilmu yang telah diberikan khususnya dalam melaksanakan proses keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tenaga keperawatan serta sebagai bahan bacaan dan sumber informasi dalam pengembangan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus.

3. Bagi pasien

Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan menyadari pentingnya pengobatan serta mau

berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pada pola makan untuk mencegah komplikasi.

4. Penulis

   Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan diabetes melitus serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk antara lain:

1. Studi kepustakaan

   Mempelajari literature-literatur yang berkaitan dengan karya tulis ini, baik dari buku maupun internet.

2. Studi kasus, terdiri dari.

   Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penentuan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dan pengkajian, maka penulis melakukan:

   a. Observasi

      Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan/kondisi pasien.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti : perawat di ruangan untuk memperoleh data yang diinginkan.

   c. Pemeriksaan fisik.

      Dengan cara : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan.Misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Studi dokumentasi

Dengan melihat dan membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang tertera didalam status pasien.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah tersusun atas 5 bab yang terdiri dari bab I "pendahuluan", bab ini menguraikan tentang latarbelakang penulisan, tujuan penulisan,manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II "tinjauan teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medik yang meliputi : pengertian, klasifikasi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostic, komplikasi, dan penatalaksanaan medic, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan pathoflow diagram. Bab III, "pengamatan kasus", menguraikan pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "pembahasan kasus", yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V "penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Defenisi

a. Diabetes melitus menurut *American Diabetes Association* (ADA) adalah suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua duanya. Hiperglikemia kronik pada diabetes berhubungandengankerusakanjangka panjang,disfungsibeberapaorgan tubuh terutamamata,ginjal,saraf,jantungdanpembuluhdarah.(Tanto.C, 2015).

b. Diabetes melitus (DM) adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa darah (gula sederhana) di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat (Irianto, 2015)

c. Diabetesmelitusadalah suatu penyakitkronikyangkomplekyang melibatkankelainanmetabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler,mikrovaskulerdan neurologis. (Purwanto. H, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin ataupenurunan sensitivitasinsulin atau keduanyadan meyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler, makrovaskuler dan neuropati.

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

   a. Diabetes Melitus Tipe I / Insulin Dependen Diabetes Mellitus (IDDM)

      Diabetes mellitus tipe I merupakan defisiensi insulin akibat kekurangan sel sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (*Human Leucoyte Antingen*) spesifik peredisposisi pada insulitas fenomena autoimun (cendrung ketosis) dan terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak pulau langerhans dipankreas.Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin. Penderita diabetes mellitus tipe I (diabetes yang tergantung pada insulin) menghasilkan sedikit insulin atau sama sekali tidak menghasilkan insulin. Penderita diabetes mellitus tipe I harus menggunakan suntikan insulin secara teratur dan menjalankan diet yang ketat.diabetes mellitus sebagian besar dijumpai pada anak anak dan dewasa.

   b. Diabetes mellitus tipe II / Non insulin dependen diabetes mellitus (NIDDM).

      Diabetes mellitus tipe ini merupakan bentuk diabetes yang paling umum.Penyebab bervariasi dominan karena resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai defek sekresi insulin yang menyebabkan resistensi insulin.Pada diabetes mellitus tipe II (diabetes mellitus yang tidak tergantung pada insulin).Pankreas tetap menghasilkan insulin kadang kadarnya lebih tinggi dan normal tetapi tubuh membentuk kekebalan terhadap efeknya sehingga terjadi kekurangan insulin relative.diabetes mellitus tipe II bisa terjadi pada anak-anak dan dewasa.

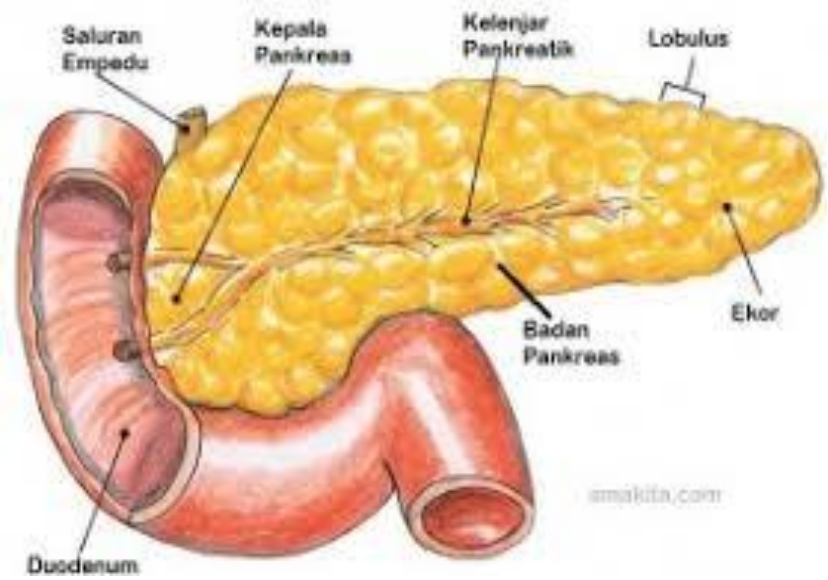
c. Diabetes mellitus tipe yang lain.

Diabetes mellitus tipe yang lain adalah diabetes mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemia terjadi karna penyakit lain, penyakit pankreas, hormonal obat atau bahan kimia dan sindrom genetik tertentu.

d. Gestasionals Diabetes mellitus (GDM).

Intoleransi glukosa yang terjadi selama kehamilan.Dalam kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat yang menunjang pemanasan makanan bagi janin dan persiapan menyusui.Menjelang otrem, kebutuhan insulin meningkat sehingga mencapai tiga kali lipat dari keadaan normal.Bila seorang ibu tidak mampu meningkatkan produksi insulin sehingga relative hipoinsulin maka mengakibatkan hiperglikemia.

3. Anatomi Fisiologi
   a. Anatomi pankreas



Gambar 2. 1 Anatomi pankreas

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak dibelakang lambung atau di retroperitoneal rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limfa. Panjangnya kira-kira 15 cm dan beratnya 60-90 gr. Didalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karna itu disebut pulau-pulau langerhans berisi sel beta yang mengeluarkan hormone insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung kurang lebih 100.000 pulau langerhans dan tiap pulau berisi 100 sel beta. Disamping itu sel beta ada juga sel alfa yang memproduksi glukagon yang bekerja sebaliknya insulin yaitu meningkatakan glukosa darah.Juga ada sel delta yang mengeluarkan somatostatin. Bagian-bagian dari pankreas yaitu :

1. Kaput pankreas yang terletak disebelah kanan rongga abdomen dan didalam lekukan duodenum.
2. Korpus pankreas adalah bagian utama pankreas letaknya dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.
3. Ekor pankreas, bagian runcing disebelah kiri menyetuh limfa.

b. Fisiologi.

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu : kelenjar eksokrin berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat ada tiga jenis enzim pankreas yaitu :

1) *Amylase* : mengubah karbohidrat menjadi glukosa.
2) *Lipase* : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak.
3) *Tripsin* : mengubah protein menjadi asam amino

Sedangkan kelenjar endokrin pankreas memproduksi dan melepaskan hormone insulin, dan glukosa.Hormon-hormon ini masing-masing diproduksi oleh sel-sel khusus yang berada di pankreas.Hormon insulin di lepaskan pada satu tingkat oleh sel-sel beta pulau langerhans, rangsangan utama untuk melepaskan insulin adalah glukosa darah.Organ sasaran kedua hormon ini adalah hepar, otot dan jaringan lemak. Fungsi kedua hormon ini sangat bertolak belakang kalau secara umum insulin menurunkan kadar gula darah sebaliknya untuk glucagon meningkatkan kadar gula darah. Dalam meningkatkan kadar gula darah, glukagon merangsang glukogenesis (pembentukan glikogen dan glucagon) dan meningkatkan transportasi asam amino darah dari otot serta meningkatkan glukogenesis (pembentukan glukosa yang bukan dari karbohidrat) dalam metabolisme lemak, glucagon meningkatkan liposis atau pemecah lemak.

Dalam menurunkan kadar gula darah, insulin sebagai hormon anabolic terutama akan meningkatkan difusi glukosa membran sel di jaringan. Efek anabolic penting lainnya dari hormon insulin adalah sebagai berikut:

1) Efek pada hepar atau hati.
   a) Meningkatkan sintesa dan penyimpanan glukosa
   b) Menghambat glikogenesis, glukogenesis dan ketogenesis.
   c) Meningkatkan sintesa trigliserida dan asam lemak bebas dihepar.
2) Efek pada otot
   a) Meningkatkan sintesa protein
   b) Meningkatkan transportasi asam amino
   c) Meningkatkan glukogenesis
3) Efek pada jaringan
   a) Meningkatkan sintesa trigliserida dan asam lemak bebas
   b) Meningkatkan penyimpanan trigliserida
   c) Menurunkan liposis.

4. Etiologi

   a. Diabetes mellitus 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 imonologi (autoimun).
      3) Faktor lingkungan: virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan ekstruksi sel beta.

Dikstruksi sel beta, pada umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute:

a) Autoimun
b) Idiopatik

b. Diabetes mellitus tipe II

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin, faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II: usia, obesitas, riwayat keluarga. Hasil peleriksaan glukosa darah dua jam pasca pembedahan dibagi menjadi tiga yaitu:

1) <140 mg/dl = normal
2) 140-<200mg/dl = toleransi glukosa terganggu
3) >200 mg/dl = diabetes

Diabetes mellitus tipe II bervariasi mulai dari dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai efek insulin disertai resistensi insulin.

c. Diabetes mellitus tipe lain

1) Defek genetik fungsi sel beta
2) Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A leprechaunisme, sindrom rabson mendenhall
3) Penyakit eksokrin pankreas: pankreatitis. Trauma/pankreatektomi neoblasma fibrosis kistik.
4) Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, feokromositoma
5) Obat atau zat kimia: vakor, pentamidin, asam nikotinat.
6) Infeksi: rubella congenital.
7) Imonologi (jarang): antibody, anti reseptor insulin.
8) Sindrom genetic lain yang berkaitan dengan diabetes mellitus.

5. Patofisiologi.

Diabetes melitus yang merupakan penyakit dengan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak karena insulin tidak dapat bekerja secara optimal, jumlah insulin yang tidak memenuhi kebutuhan atau keduanya.Gangguan metabolisme tersebut dapat terjadi karena 3 hal yaitu pertama karena kerusakan pada sel-sel beta pankreas karena pengaruh dari luar seperti zat kimia, virus dan bakteri.Penyebab yang kedua adalah penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas dan yang ketiga karena kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer (Fatimah, 2015).

Insulin yang disekresi oleh sel beta pankreas berfungsi untuk mengatur kadar glukosa darah dalam tubuh. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menstimulasi sel beta pankreas untuk mengsekresi insulin (Hanum, 2015). Sel beta pankreas yang tidak berfungsi secara optimal sehingga berakibat pada kurangnya sekresi insulin menjadi penyebab kadar glukosa darah tinggi. Penyebab dari kerusakan sel beta pankreas sangat banyak seperti contoh penyakit autoimun dan idiopatik (NIDDK, 2016).

Gangguan respons metabolik terhadap kerja insulin disebut dengan resistensi insulin. Keadaan ini dapat disebabkan oleh gangguan reseptor, pre reseptor dan post reseptor sehingga dibutuhkan insulin yang lebih banyak dari biasanya untuk mempertahankan kadar glukosadarah agar tetap normal. Sensitivitas insulin untuk menurunkan glukosa darah dengan cara menstimulasi pemakaian glukosa di jaringan otot dan lemak serta menekan produksi glukosa oleh hati menurun. Penurunan sensitivitas tersebut juga menyebabkan resistensi insulin sehingga kadar glukosa dalam darah tinggi (Prabawati, 2015).Kadar glukosa darah yang tinggi selanjutnya berakibat pada proses filtrasi yang melebihi transpor

maksimum. Keadaan ini mengakibatkan glukosa dalam darah masuk ke dalam urin (glukosuria) sehingga terjadi diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (poliuria).Banyaknya cairan yang keluar menimbulkan sensasi rasa haus (polidipsia). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah menjadi energi sehingga menimbulkan rasa lapar yang meningkat (polifagia) sebagai kompensasi terhadap kebutuhan energi. Penderita akan merasa mudah lelah dan mengantuk jika tidak ada kompensasi terhadap kebutuhan energi tersebut (Hanum, 2015).

Diabetes melitus menurut Bruner dan Suddarth (2015) adalah sebagai berikut : pada diabetes mellitus tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut terjadinya suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan pada penderita yang toleransi glukosanya 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 terjadi diabetes tipe II. Pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar (160-180) mg 100 MI) akan ditimbulkan glikosuria karna tubulus-tubulus renalis tidak dapat

menyerap kembali semua glukosa. Glukosa ini akan mengakibatkan diuresis osmotic yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida,potassium,dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negativ dan berat badan menurun serta sehingga terjadinya polifagi. Akibat yang lain asthenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arteroskleorosis penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer ini akan memudahkan terjadinya gangren pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa yang normal, atau toleransi glukosa sesudah makan Karbohidrat, jika hiperglikemia parah dan melebihi ambang ginjal, maka timbul glukosaria. Glukosaria ini akan mengakibatkan diuresis osmotic yang meningkat mengeluarkan kemih (poliuria), pasien akan banyak minum dalam jumah banyak karena glukosa hilang bersama kemih, maka pasien mengalami keseimbangan kalori negativ dan berat badan berkurang, rasa lapar yang semakin besar (polifagia) timbul sebagai akibat kekurangan kalori (Price, 2016).

6. Manisfestasi klinik
   a. Gejala dan tanda awal penderita diabetes mellitus antara lain:
      1) Poliuria (banyak kencing)

         Hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urin tetapi jika ditambah tinggi lagi ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang gula itu

bersifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

2) Polidipsia (banyak minum)

   Diawali dengan banyak urin yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk mengibangkannya yakni dengan banyak minum semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urin seakn banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangsangan otak pada penderita dengan adanya rasa haus. Kondisi demikian terjadi karna saat glukosa darah melebihi batas ambang batas ginjal maka glukosa yang berlebihan itu akan dikeluarkan melalui urin.

3) Polifagia (banyak makan)

   Polifagia terjadi karena insulin yang bermasalah pemasukan gula kedalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentuk kurang kadar glukosa yang tidak dapat masuk kedalam sel menyebabkan rangsangan ke dalam otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita akibatnya semakin menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan oleh seluruh tubuh untuk masuk kedalam sel.

4) Adanya penurunan berat badan

   Ini terjadi dalam jangka waktu singkat disamping sering merasa lemas dan lelah. Hal ini disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel menjadi kekurangan glukosa . Kondisi demikian menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian akan kehilangan energi cadangan termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun.

b. Gejala kronis.

1) Gangguan penglihatan

Penderita diabetes awalnya sering mengeluh berupa penglihatan yang menjadi kabur sehingga sering mengganti kacamata untuk dapat melihat dengan baik.

2) Gangguan saraf tepi

Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki diwaktu malam.

c. Gatal-gatal/bisul

Adanya rasa pada kemaluan atau daerah lipatan kulit seperti ketiak dan dibawah payudara atau paha.Terkadang juga sering terjadi timbul bisul atau luka akibat hal sepele, seperti lecet pada kaki dan meskiipun kecil tetapi luka tersebut lama sembuh.

1) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum.
2) Sering mengalami keram.
3) Rasa tebal dikulit sehingga kalau berjalan seperti diatas bantal atau kasur.

7. Test diagnostik

Pemeriksaan gula darah terdiri dari:

a. Glukosa darah sewaktu

Tabel 2.1 Kadar Glukosa Darah Sewaktu (mg/dl)

Kadar glukosa darah sewaktu	Diabetes Melitus	Belum pasti diabetes
Plasma vena	>200	100-200
Darah kapiler	>200	80-100

b. Glukosa darah puasa

Tabel 2.2 Kadar Glukosa Darah Puasa (mg/dl)

Kadar glukosa darah puasa	Diabetes Melitus	Belum pasti diabetes
Plasma vena	>120	110-120
Darah kapiler	>110	90-110

kriteria diagnostic WHO untuk diabetes mellitus sedikitnya dua kali pemeriksaan.

1) Glukosa plasma sewaktu >200 gm/dl (11,1 mmol/L).
2) Glukosa plasma puasa >140mg/dl (7,8 mmol/L).
3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam postpandrial (pp) > 200 mg/dl pada pemerikasaan gula darah postpandrial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode pengambilan darah tepi dan darah vena namun cara yang paling sering digunakan di rumah sakit pengambilan darah tepi.

c. Test toleransi glukosa oral (TTGO)

Test toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan hanya pada pasien yang telah bebas dari hiperglikemia, diet dan beraktifitas fisik 3 hari sebelum test.

d. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

Bertujuan untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada HB dan untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama lebih dari 3 bulan belakangan. Nilai normal HbA1C 4% sampai 5,6%

e. Elektrolit

1) Natrium: kemungkinan normal, meningkat atau menurun.

2) Kalium: normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler) selanjutnya akan menurun.
3) Gas darah arteri biasanya menunjukan PH rendah dan pada penurunan pada HCO (asidosis metabolic) dengan konpensasi alkalosis respiratorik.

f. Urinalisis

Pemeriksaan urine di lakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula dalam urine.

8. Penatalaksanaan Medik

Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan teraupetik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal. Ada 5 komponen dalam penatalaksanaan diabetes mellitus:

a. Non farmakologi
   1) Manajemen diet

      Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien diabetes mellitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup. Bagi pasien obesitas penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit diabetes mellitus standar makanan yang di anjurkan untuk penderita diabetes adalah makanan dengan komposisi:

      a) Karbohidrat : 60-70%
      b) Protein : 10-15%
      c) Lemak : 20-25%

Jumlah kalori di sesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani basal/hari:

a) Laki-laki : 30 kal/BB
b) Perempuan : 25 kal/BB

2) Latihan fisik

Di anjurkan latihan fisik secara teratur 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit.Latihan di lakukan secara terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Latihan dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki kadar glukosa dalam darah. Latihan fisik yang di maksud jalan santai, bersepeda, jogging.Latihan fisik di sesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik. Batasi atau jangan terlalu lama kegiatan yang kurang gerak seperti menonton tv

3) Pemantauan kadar gula darah

Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri memungkinkan untuk mendeteksi dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia yang pada akhir akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang.

Pemeriksaan ini sangat di anjurkan bagi pasien dengan penyakit diabetes mellitus yang tidak stabil, kecenderungan untuk mengalami ketosis berat, hiperglikemia dan hipoglikemia tanpa gejala ringan. Beberapa hal yang harus di monitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah serta keton urine

.

b. Terapi farmakologi

1) Obat-obatan hiperglikemia oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya obat hiperglikemia oral di bagi menjadi 3 golongan yaitu:

Golongan sulfoniluria

Golong obat ini bekerja merangsang sel beta pankreas untuk menghasilkan insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekankan pengeluaran glukagon.

2) Golongan biguanid

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

c. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan pada pasien diabetes mellitus diperlukan karena penatalakasanaan diabetes mellitus memerlukan prilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Pasien tidak hanya belajar keterampiilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak tetapi juga harus memiliki prilaku yang preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang.

d. Insulin.

Dari sekian banyak jenis insulin untuk praktisnya hanya 3 jenis insulin yang penting menurut cara kerjanya yaitu :

1) Kerjanya cepat : RI (Reguler Insulin dengan asa kerja 2-4 jam misalnya Actrapib)
2) Kerjanya sedang NPH (Neutral Protamin Hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya di berikan sesudah makan.
3) Kerjanya lambat PZI (Protamin Zinc Insulin). Digunakan terutama untuk mengendalikan kadar glukosa darah puasa,

masa kerjanya (18-20 unit). Diberikan sebelum makan pagi. Untuk pasien yang pertama kali akan mendapat insulin sebaiknya selalu dimulai dengan dosis yang rendah (8-20 unit) disesuaikan dengan reduksi urine dan glukosa darah.

9. Komplikasi
   a. Komplikasi akut.
      1) Hipoglikemia adalah satu keadaan seseorang dengan kadar glukosa dibawah nilai normal. Ada 4 macam keadaan hipoglikemia yaitu:
         a) hipoglikemia murni jika kadar glukosa darah kurang dari 50 mg/dl.
         b) reaksi hipoglikemia akibat menurunnya kadar glukosa darah yang sangat rendah.
         c) koma hipoglikemia akibat kadar glukosa darah yang sangat rendah.
         d) Hipoglikemia relativ jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan.
      2) Koma hiperosmoler non ketotik (KHNK) diabetes mellitus tipe II.

         Gejala dari KHNK adalah dehidrasi yang berat, hipotensi dan menimbulkan shok. Komplikasi ini diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak sehinnga penderita tidak menunjukkan pernapasan yang cepat dan dalam (kusmaul).

         Pemeriksaan di laboratorium menunjukkan kadar glukosa penderita sangat tinggi PH darah normal, kadar natrium (Na) tinggi dan tidak ada ketonemia.
      3) Koma lakto asidosis

Komplikasi ini diartikan sebagai suatu keadaan tubuh dengan asam laktat tidak dapat diubah menjadi bikarbonat. Akibatnya kadar asam laktat di dalam darah meningkatkan (hiperlaktatemia) dan akhirnya menimbulkan koma. Keadaan ini dapat terjadi karena infeksi, gangguan faal hepar, ginjal,diabetes melitus yang mendapat pengobatan dengan phenformin.

b. Komplikasi kronik diabetes mellitus

1) Komplikasi spesifik

Komplikasi spesiffik adalah komplikasi akibat kelainan pembuluh darah kecil atau mikroangiopati diabetika dan kelainan metabolisme dalam jaringan. Jenis-jenis komplikasi spesifik sebagai berikut:

a) Retinopati diabetic (RD), gejalanya penglihatan mendadak buram seperti berkabut. Akibatnya harus sering mengganti kaca mata.
b) Nefrotik diabetika (ND), gejalanya ada protein dalam kencing, terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun.
c) Neuropati Diabetika (Neu. D), gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar dibagian ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta rasa terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, penglihatan kembar, impotensi sementara, mengeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat.
d) Diabetik Foot (DF), dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (dermatopi diabetik), adanya gelembung

berisi cairan di bagian kulit (bullae diabetic) dan kulit mudah terinfeksi.

2) Komplikasi tak spesifik

Penyakit yang termasuk komplikasi tak spesifik dalam diabetes mellitus sebagai berikut:

a) Kelainan pembuluh darah besar atau makroangiopati diabetika (Ma.DM). kelainan ini berupa timbunan zat lemak didalam dan dibawah pembuluh darah (aterosklerosis).
b) Kekeruhan pada lensa mata (kataraktalentis).
c) Adanya infeksi seperti infeksi saluran kencing dan tuberkolosis (TBC) paru.

B. Konsep dasar Keperawatan

1. Pengkajian.

a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan.

Faktor risiko keluarga antara lain: faktor usia, obesitas, riwayat keluarga dan penyembuhan yang lambat seperti penggunaan steroid diuretik (tiozoid), dilatin dan fenubarbitan (dapat meningkatkan glukosa dalam darah).

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik.

Nafsu makan berlebihan atau berkurang, mual, muntah dan kembung, rasa haus dan lapar, jarang mengikuti diet, jenis makanan yang disukai, peningkatan masukan glukosa/karbohidrat, penggunaan diuretik, penurunan berat badan, kulit kering atau bersisik. Turgor jelek, distensi abdomen, pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan gula darah).

c. Pola Eliminasi.

Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, disuria, nokturia), rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi, inkontenensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik, dan warna.

Bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah, urin, bau dan endapan, berbusa, encer, warna kuning.Adakah penggunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, fistula).Pemeriksaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

d. Pola Aktivitas Dan Latihan.

Kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas di waktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, keram otot, tonus otot menurun.

Postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takipnea pada keadaan istrahat atau beraktivitas, latergi/disorientasi, penurunan kekuatan otot.

e. Pola Istirahat Dan Tidur.

Jumlah jam tidur (siang dan malam), kebiasaan sebelum tidur, suasana (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, sering berkemih, gatal-gatal, nyeri, sesak napas.

Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, phalpebra inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

f. Pola Persepsi Kongnitif.

Gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya pengenalan lingkungan,

orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi/daya ingat.

Pengguanaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi atau disorientasi (waktu, tempat, dan orang). Respon non verbal pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri.

Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri) kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi.

Rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung.

h. Pola Peran Dan Hubungan Sesama.

Peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan, hubungan keluarga masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan/terisolir.

Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

Hubungan penyakit dan masalah seksualitas gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan organisme). Pada wanita, keputihan dan gatal merupakan keluhan yang sering ditemukan dan kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala yang di rasakan.s

Terapi yang berhubungan dengan reproduksi seksualitas.

j. Pola Mekanis Mekoping Dan Toleransi

Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stress.Ansietas dan peka rangsangan.

k. Pola Sistem Kepercayaan

Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Ketidakseimbangan nutrsi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral.
   b. Risiko infeksi (sepsis) b/d kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi.
   c. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme/sirkulasi.
   d. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan factor risiko kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes mellitus.
   e. Nyeri akut b/d agens cedera fisik.
   f. Keletihan b/d status penyakit.

3. Intervesi keperawatan.

   Rencana asuhan keperawatan adalah pengkajian yang sistematis dan identifikasi masalah, penentuan tujuan dan pelaksanaan serta cara atau strategi dalam mengatasi masalah:

   a. Ketidakseimbangan nutrsi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral.

      Hasil yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali.

      Intervensi :

      1) Timbang berat badan seiap hari atau sesuaikan indikasi.

2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki.
3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi.
4) Observasi tanda-tanda hiperglikemia
5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick
6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah akan menurun perlahan dengan menggunakan terapi insulin kontrol.
7) Berikan terapi insulin secara teratur dengan teknik intravena secara teratur
8) Lakukan konsultasi dengan ahli gizi

b. Risiko infeksi b/d kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi.

Hasil yang diharapkan : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol.

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital
2) Kaji tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti edema, kemerahan dan adanya pus pada luka
3) Tingkatkan usaha pencegahan dengan mencuci tangan memakai handscoend masker dan kebersihan lingkungan.
4) Pertahankan teknik antiseptic dan sirkulasi alat pada prosesdur invasive.
5) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sunguh-sunguh, masase sekitar tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen tetap kering dan kencang.
6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotic dan pemeriksaan laboratorium.

c. Kerusakan integritas jaringan b/d perubahan status metabolic atau kerusakan sirkulasi.

   Hasil yang diharapkan : kerusakan integritas jaringan berkurang.

   Intervensi :

   1. Perawatan luka
      a) Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau.
      b) Oleskan salep sesuai dengan kulit/lesi
      c) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat.
      d) Posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka.
   2. Kontrol infeksi

      Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus mellaporkan kepada penyedia perawatan kesehatan.
   3. Manajemen nutrisi
      a) Tentukan status gizi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.
      b) Atur diet yang diperlukan (yaitu: menyediakan makanan protein tinggi: menyerankan mengunakan bumbu dan rempa-rempa sebagai alternatif untuk garam, menyediakan penganti gula : menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin, mineral atau suplemen.

d. Risiko ketidakstabilan glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes.

   Hasil yang diharapkan : pasien dapat memahami/mengenal kondisi dan penanganan mengenai penyakitnya.

Intervensi :

1. Manajemen hiperglikemia
   a) Monitor kadar glukosa darah
   b) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
   c) Monitor keton urin
   d) Berikan insulin sesuai resep
   e) Konsultasi dengan dokter tanda dan gejala hiperglikemia yang menetap atau memburuk.
   f) Batasi aktifitas ketika kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl.
   g) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan, tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia.
   h) Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah dan merawat hiperglikemia.
   i) Fasilitasi kepatuhan terhadap diet.
2. Pengajaran peresepan diet
   a) Kaji tingkat pengeyahuan pasien mengenai diet yang disarankan.
   b) Ajarkan pasien nama-nama maknan yang sesuai dengan diet yang disarankan.
   c) Jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan.
   d) Intruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkomsusi makanan yang diperbolehkan.
   e) Observasi bagaimana pasien bagaimana pasien memilih makanan.

e. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

   Hasil yang diharapkan: nyeri dapat teratasi

Intervensi:

1. Manajemen nyeri
    a) Melakukan penkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi: lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus.
    b) Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memberat nyeri.
    c) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti: penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan diraskan, antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
    d) Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi.
    e) Dukung istirahat yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.
    f) Dorong pasien untuk menggunakan obat-obatan penurunan nyeri yang adekuat.

f. Keletihan b/d status penyakit (diabetes mellitus)

Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi.

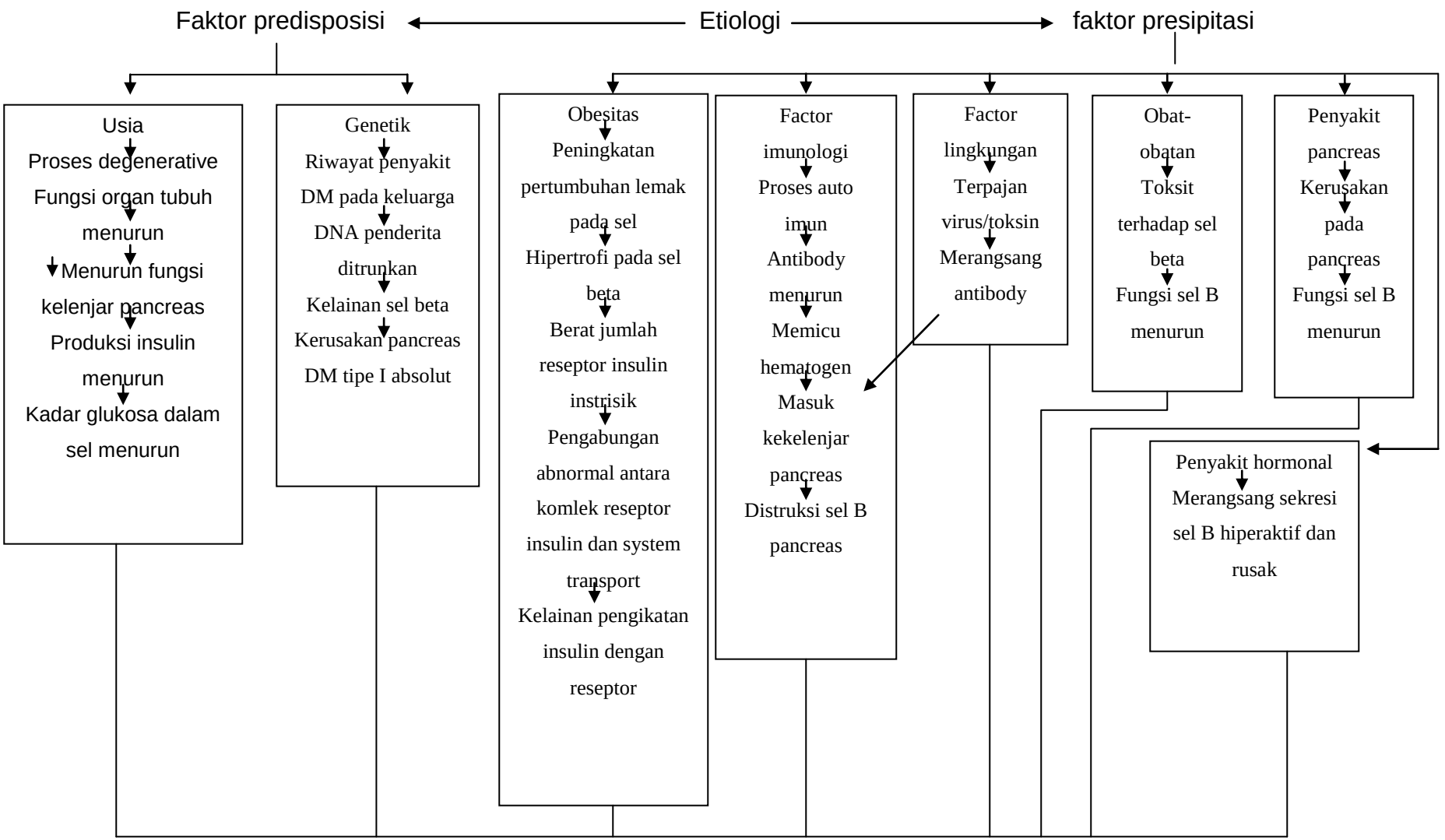
Intevensi :

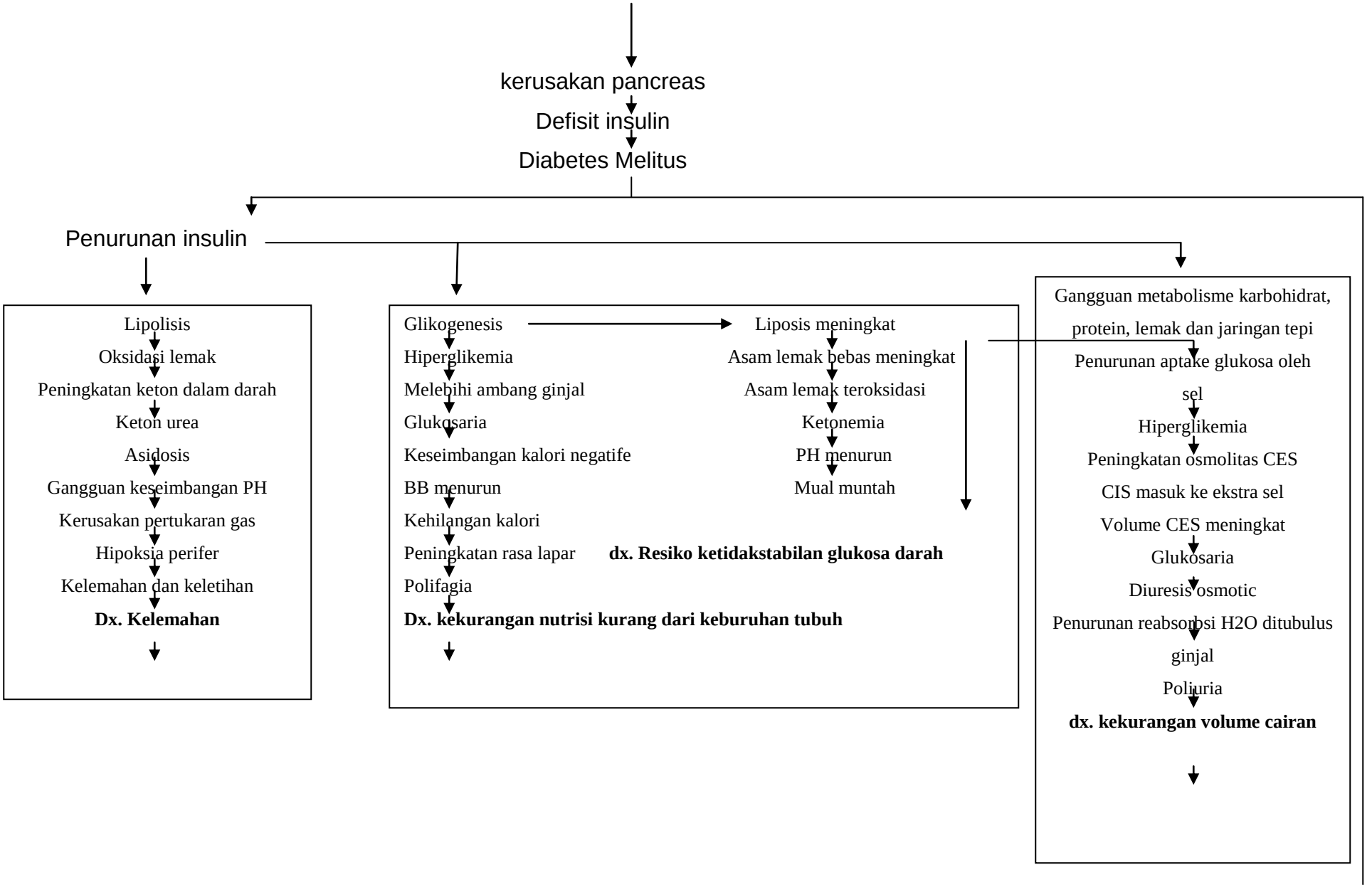
1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatannya di rumah sakit dan penyakit secara keseluruhan.
2) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya di masa lalu.
3) Beri dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan asuhan yang diberikan.
4) Tekankan pentingnya mempertahankan, periksa gula darah setiap hari.

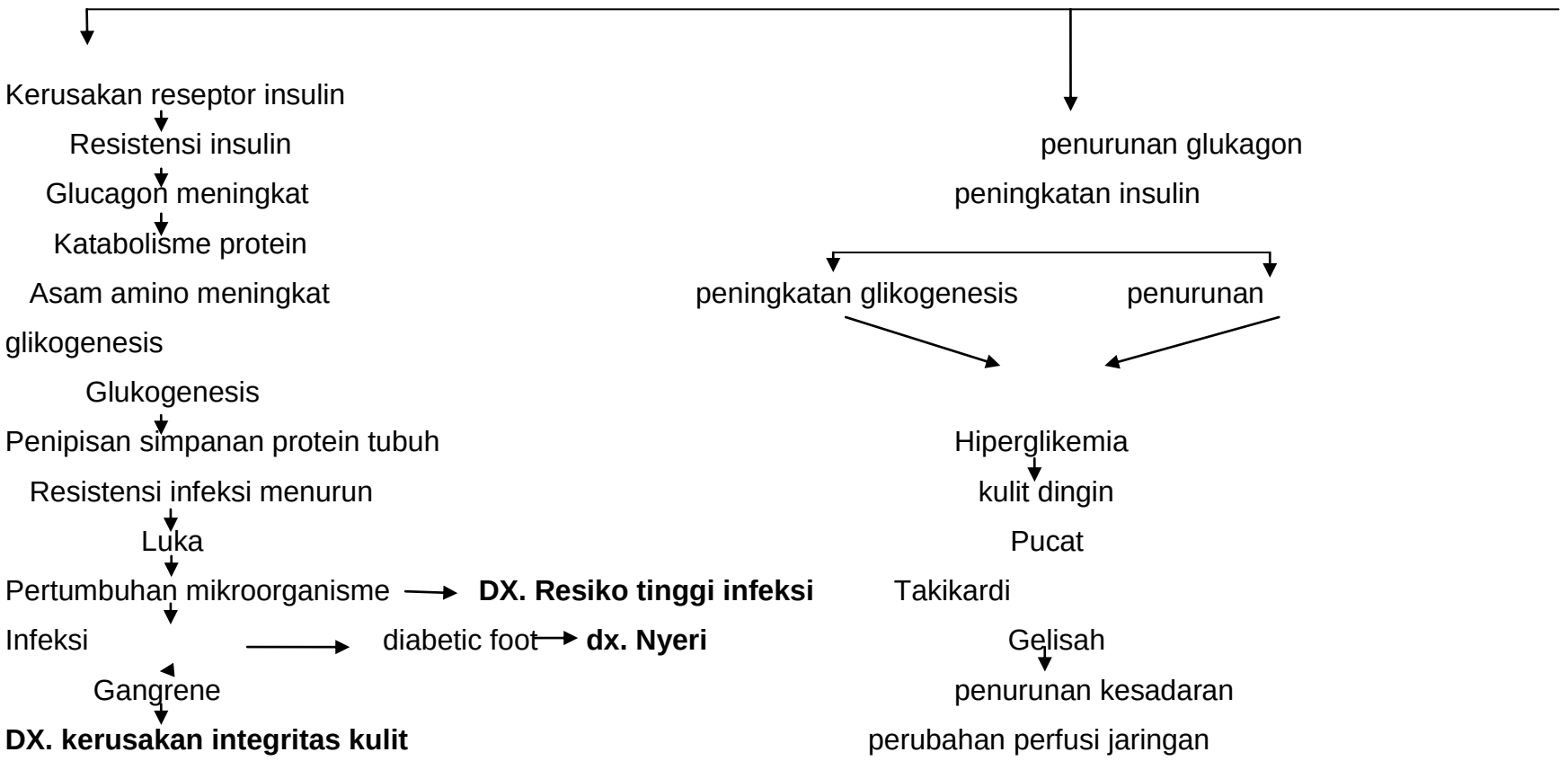
5) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum dan sudah melakukan aktifitas.
6) Pantau aktifitas pasien dan jumlah bahan energi yang masuk

4. *Discharge planning.*
   a. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah gula.
   b. Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter.
   c. Anjurkan kepada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatanya.
   d. Anjurkan untuk mengontrol kadar gula darah satu kali dalam seminggu.
   e. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan dan makan obat secara teratur.
   f. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seoerti jalan pagi atau sore. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula darah terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula darah meningkat maka pasien boleeh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darah rendah maka passiien harus mendapatkan karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makan kecil seperti roti untuk mencegah hipoglikemia.

PATOFLODIAGRAM




kerusakan pancreas
Defisit insulin
Diabetes Melitus
Penurunan insulin
Lipolisis
Oksidasi lemak
Peningkatan keton dalam darah
Keton urea
Asidosis
Gangguan keseimbangan PH
Kerusakan pertukaran gas
Hipoksia perifer
Kelemahan dan keletihan
Dx. Kelemahan
Glikogenesis
Liposis meningkat
Hiperglikemia
Asam lemak bebas meningkat
Melebihi ambang ginjal
Asam lemak teroksidasi
Glukosaria
Ketonemia
Keseimbangan kalori negatife
PH menurun
BB menurun
Mual muntah
Kehilangan kalori
Peningkatan rasa lapar
dx. Resiko ketidakstabilan glukosa darah
Polifagia
Dx. kekurangan nutrisi kurang dari keburuhan tubuh
Gangguan metabolisme karbohidrat, protein, lemak dan jaringan tepi
Penurunan aptake glukosa oleh sel
Hiperglikemia
Peningkatan osmolitas CES
CIS masuk ke ekstra sel
Volume CES meningkat
Glukosaria
Diuresis osmotic
Penurunan reabsorbsi H2O ditubulus ginjal
Poliuria
dx. kekurangan volume cairan


Kerusakan reseptor insulin
Resistensi insulin
Glucagon meningkat
Katabolisme protein
Asam amino meningkat
glikogenesis
Glukogenesis
Penipisan simpanan protein tubuh
Resistensi infeksi menurun
Luka
Pertumbuhan mikroorganisme
DX. Resiko tinggi infeksi
Infeksi
diabetic foot
dx. Nyeri
Gangrene
DX. kerusakan integritas kulit
penurunan glukagon
peningkatan insulin
peningkatan glikogenesis
penurunan
Hiperglikemia
kulit dingin
Pucat
Takikardi
Gelisah
penurunan kesadaran
perubahan perfusi jaringan

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny ‘’H’’ berumur 64 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 6 Maret 2019 dengan keluhan pasien tiba - tiba lemas dan pingsan, keluarga mengatakan setelah diperiksa oleh Dokter dan di lakukan pemeriksaan gulah darah didapatkan hasil (GDS:22 mg/dl). Pada tanggal 10 Maret 2019 didapatkan data: pasien mengatakan merasa nyeri pada luka diabetik berada pada skala 6, nyeri hilang timbul 5-15 menit , nyeri dirasakan seperti tertusuk –tusuk . tampak pasien berbaring lemah , tampak terpasang konekta di tangan sebelah kiri, tampak balutan luka diabetik pada kaki sebelah kiri, tampak luka bewarna hitam kemerahan dan berbau, tampak hasil GDS: 250 mg/dl. Observasi tanda-tanda vital TD:130/90 mmHg. N:88x/menit S:37^0C P: 22x/menit. Palpebra tampak cekung, tampak turgor kulit elastis, terdapat jaringan nekrotik pada kaki yang mengalami luka diabetik. Pemeriksaan laboratorium : WBC = 17.70(10^3/ul). RBC =3.98(10^6l). HGB= 10.2g/dl. HCT =31.8%. Creatinine =0.7 Mg/dl. Diberikan Novorapid 6 unit 3x6 Subkutan. Cefoperazone 1 gr/ 12 jam intravena. Lantus 14 unit O-o-14 Subkutan .Alprazolam 1 mg O-O-O / Oral.

Berdasarkan data yang didapatkan diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes , Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik dan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme .

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Raimunda NIM: E1614401030 Restiani NIM: E1614401031

Unit	:St.Bernadeth IIB.	Autoanamnese	: √
Kamar	: 518[3].		
Tanggal masuk RS	: 06 Maret 2019.	Alloanamnese	: √
Tanggal pengkajian	: 10 Maret 2019.		

1. IDENTITAS
   a. Pasien

Nama initial	: Ny. H
Umur	: 64 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	:4 orang
Agama / Suku	: Islam/Bugis Makassar
Warga Negara	: WNI
Bahasa yang di gunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Jl.Sungai Limbolo

   b. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Ny. F
Umur	: 38 tahun
Alamat	: Jl. Antara MakassarHubungan
dengan pasien	: Anak

2. DATA MEDIK

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Hipoglikemi + ulkus diabetic

   Saat pengkajian : Diabetes militus tipe II + ulkus diabetic

3. KEADAAN UMUM

   A. Keadaan Saat Sakit

      Pasien tampak sakit ringan/*sedang*/berat/tidak tampak sakit

      Alasan: Tampak pasien terbaring lemah, tampak terpasang konekta pada tangan kiri, tampak kak

      i kiri pasien di verban, tampak luka pasien berwarna merah mudah dan berbau, tampak hasil pemeriksaan GDS: 250 mg/dL.

   B. Tanda – Tanda Vital

      1). Kesadaran (kualitatif) : Komposmentis

         Skala koma Glasgow (kuantitatif)

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata : 4

         Jumlah : 15

         Kesimpulan : Pasien tidak koma.

      2). Tekanan darah : 110/90 mmHg

         MAP : mmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai.

         3). Suhu : 36,2°c

         ☐ Oral

         ☑ Axsila

         ☐ Rectal

      4).Pernapasan : 20x/menit

         Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea

         ☐ Takipnea ☐ kusmaul

☐ Cheynes – stokes

Jenis : √ Dada ☐ Perut

5). Nadi : 80x/menit

Irama : √ Teratur ☐ Bradikardi

☐ Takikardi

√ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1).Lingkar lengan atas : 25 cm.

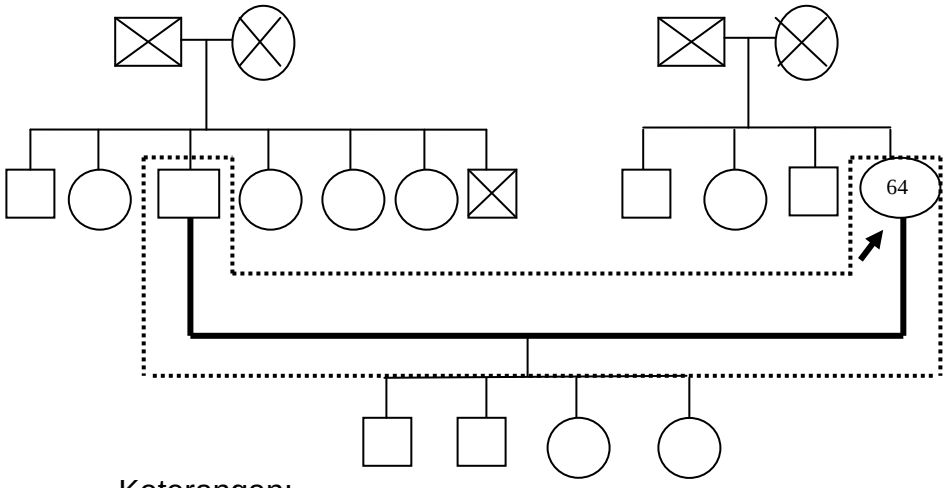
2).Tinggi badan : 158 cm

3).Berat badan : 55 kg.

4).IMT (Indeks Massa Tubuh) :22 Kg/ m^2

Kesimpulan : Berat badan Ideal

d.Genogram



Keterangan:

= Perempuan

= Laki-laki

= Meninggal

..... = Tinggal seruma

= Pasien (64 tahun)

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1). Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kurang memperhatikan kesehatannya dan jarang berolahraga karena kesibukan mengurus pekerjaan rumah, bila pasien mengalami sakit ringan seperti: demam, pusing, sakit kepala, danbatuk-batuk biasa, pasien hanya beristirahat di rumah dan jika tak kunjung sembuh dalam 2 hari pasien membeli obat sendiri di apotik tanpa resep dokter. Pasien mengatakan mengalami penyakit Diabetes Melitus sejak 30 tahun yang lalu, sejak saat itu pasien rajin mengontrol kesehatannya ke dokter.

Pada Tahun 2003 pasien masuk Rumah sakit dengan penyakit TB paru, selama di Rumah sakit dokter menghentikan terapi insulin pada pasien, dan sejak saat itu pasien tidak mematuhi diet makanan yang dianjurkan dan jarang mengontrol kesehatan serta tidak teratur minum obat untuk penyakit Diabetesnya.

2). Riwayat penyakit saat ini : Diabetes Melitus tipe II

a). Keluhan utama : Nyeri luka Diabetik

b). Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan Pada bulan Desember 2018 tiba-tiba muncul bisul pada punggung kaki sebelah kiri, pasien mengatakan mengabaikan bisulnya karena pasien mengira itu bisul biasa saja, pasien mengatakan luka semakin membesar sehingga pasien memutuskan untuk ke rumah sakit Pelamonia makassar pada bulan Februari 2019, dan mendapatkan perawatan selama 1 minggu, dan pasien di pulangkan untuk perawatan di rumah.

Pada tanggal 6 Maret 2019, pasien dibawah ke Rumah sakit oleh keluarganya karena pasien tiba-tiba lemas dan pingsan,pada pukul 23:00 WIB pasien masuk di IGD Stella Maris Makassar, keluarga mengatakan setelah diperiksa oleh dokter dan dilakukan pemeriksaan gula darah didapatkan hasil (GDS : 22 gr/dl).

Saat melakukan pengkajian pada tanggal 10 maret 2019 didapatkan data: Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka Diabetik berada pada skala 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5-15 menit, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk.

Tampak pasien terbaring lemah, tampak terpasang konekta ditangan sebelah kiri, tampak balutan luka diabetik pada kaki sebelah kiri, tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau, tampak hasil GDS: 250 mg/dl.

c). Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan menderita penyakit Diabetes Melitus sejak 30 tahun, dan pada tahun 2003 pasien masuk di Rumah Sakit Bayangkara dengan penyakit TB paru, dan lukadiabetik pada kaki sebelah kiri pada tahun 2018.

d). Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan didalam keluarganya mempunyai riwayat penyakit Diabetes Melitus, dan ginjal.

e). Pemeriksaan fisik:

1) Kebersihan rambut : Tampak bersih
2) Kulit kepala : Tampak berminyak
3) Kebersihan kulit : Tampak bersih
4) Hygine rongga mulut : Tampak bersih.
5) Kebersihan genetalia :Tidak di kaji/pasien menolak

6) Kebersihan anus : Tidak di kaji/pasie

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan makan 3x sehari dan menghabiskan 1-2 porsi makanan dengan menu: nasi, sayur-sayuran, daging, tempe, ikan, dan pasian suka berbagai jenis makanan, pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan tertentu, pasien mengatakan pasien minum ±7-8 gelas per hari dengan minuman yang bervariasi seperti: air putih, teh manis, susu, dan pasien sangat menyukai minuman yang manis, pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat,dan menyukai goreng-gorengan, dan selalu ingin mengemil serta sering merasa haus.

Pasien mengatakan tidak ada diet dalam makanan tertentu.danberat badan70 kg

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu: nasi sayur-sayuran, ikan, tempe, dan tahu yang di sediakan rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering mengkonsumsi makanmanis yang dibawa oleh keluarganya dari rumah seperti : kue dan teh manis, Pasien mengatakan mengkomsumsi air putih sekitar 3-4 gelas perhari. Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir berat badan turun 15 kg dan berat badan saat ini adalah 55 kg.

3). Observasi :

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit, tampak pasien makan kue,roti, Tampak pasien minum air putih 1 gelas 120 ml/cc dan minum teh manis.

4). Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak beruban

b) Hidrasi kulit : Fingerprint < 3 detik
c) Palpebral /conjungtiva : Tampak tidak anemis
d) Sclera : Tampak isokor
e) Hidung : Tampak simetris
f) Rongga mulut : Tampak tidak bersih/berbau
g) Gigi : Tampak gigi berlubang
   - Gusi : Tampak tidak ada perdarahan
   - Gigi palsu : Tampak tidak ada
h) Kemampuan mengunyah keras: Tampak mampu mengunya keras
i) Lidah : Tampak lidah tidak bersih
j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening:Tampak tidak ada pembengkakan
l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembengkakan
m) Abdomen:
   - Inspeksi : Tampak simetris
   - Auskultasi : Tampak bising usus 20 x/menit
   - Palpasi : Tampak tidak ada benjolan dan nyeri tekan
   - Perkusi : Timpani
n) Kulit :
   - Edema : [ ] Positif [√] Negatif
   - Icterik : [ ] Positif [√] Negatif
   - Tanda – tanda radang : Tampak tidak ada
o) Lesi : Tampak ada luka pada kaki kiri

c. Pola Eliminasi

1). sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali/hari, dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan, pasien mengatakan BAK 5-7 kali/hari dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau pesing.Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB dan BAK.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan BAB 1 kali/hari kadang tidak ada dalam sehari atau tidak teratur seperti berjarak 1 hari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning kecoklatan.Pasien mengatakan BAK 5-7 kali/hari dengan konsistensi kuning jernih dan berbau pesing.

3). Observasi:

Tampak pasien terpasang keteter dan urine bag berisi sekitar 600cc, tampak warna urine berwarna kuning jernih.

4). Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 20 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : [ ] Penuh [√] Kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : [ ] Positif [√] Negatif
d) Mulut uretra : Tidak di kaji
e) Anus:
   - Peradangan : Tampak tidak ada
   - Hemoroid : Tampak tidak ada
   - Fistula : Tampak tidak ada

d. . Pola Aktivitas Dan Latihan

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kebiasaan aktivitas sehari-hari di rumah adalah memasak, mencuci, membersihkan sekitar rumah dan menonton tv untuk mengisi waktu luang. pasien mengatakan jarang berolahraga karena sibuk dengan pekerjaan rumaH.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan hanya berbaring lemah di tempat tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya, pasien mengatakan seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

3). Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah, tampak luka pada kaki sebelah kiri berwarna hitaman kemerahan dan berbau, Tampak terpasang kateter urine, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktifitas harian

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 3
- Mobilitas di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang

b) Postur tubuh : Tampak tegak

c) Gaya jalan : Tidak di kaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak ada

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

4). Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 110/90 mmHg

Duduk : mmHg

Berdiri : mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik ☐ Positif

[√] Negatif

b) HR : 80 x/menit

c) Kulit :

- Keringat dingin : Tidak ada
- Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

  Retraksi intercostals : Tampak tidak ada

  Sianosis : Tampak tidak ada

  Stridor : Tidak terdengar

- Palpasi:

  Vocal premitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

  Krepitasi : tidak teraba

- Perkusi :

  Sonor R [√] p P [ ] k [ ]

  Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS IV sternalis dextra

- Auskultasi :

  Suara napas : Terdengar vesikuler

  Suara ucapan : suara ucapan terdengar sama kiri dan kanan.

  Suara tambahan : Tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba pada ICS V midclavikularis kiri

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS V midclavikularis sinistra

  Batas kanan jantung : linea maxilaris anterior dexstra

  Batas kiri jantung : linea sternalis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal di ICS II linea sternalis kanan

  Bunyi jantung II P : Tunggal di ics III linea sternalis kiri

  Bunyi jantung I T : Tunggal di ics IV linea sternalis kiri

  Bunyi jantung I M : Tunggal di ics V liena midclavikularis

  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

  Marmur : Tidak terdengar

  Bruit : Aorta

  A.Renalis : Tidak terdengar

  A.Femoralis :Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi : [ ] Positif [√] Negatif
- Rentang gerak : Terbatas

  Kaku sendi : Tdak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada nyeri

  Fraktur : Tidak ada fraktur

  Parase : Tidak ada

  Paralisi : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

Kanan		Kiri
5	5	Tangan
5	4	Kaki

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang di bandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu mahan tagak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidaka mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Tidak tampak
- Refleks patologi : Tidak tampak
  Babinski Kiri : [ ] Positif [√] Negatif
  Kanan : [ ] Positif [√] Negatif
- Clubing jari – jari : Tidak tampak
- Varises tungkai : Tidak tampak

i) Columma veterbalis :

- Inspeksi : [ ] Lordosis [ ] Kiposis [√] Skoliosis
- Palpasi :

  Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak mengalami masalah pada saat tidur. Pasien mengatakan tidur secara teratur, tidur siang selama 1-2 jam dan tidur malam pada pukul 21:00 sampai 05:00am, pasien mengatakan pada saat bangun tidur pasien merasa segar dan nyaman, pasien mengatakan sebelum istrahat malam pasien biasa menonton tv bersama suaminya.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pola tidur pasien terganggu karna sering merasa nyeri pada kaki kirinya, Pasien mengatakan jam tidur malam tidak teratur karena selalu terbangun dikarenakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, Pasien mengatakan tidur siang kadang hanya 1 jam, Pasien mengatakan pada saat bangun tidur selalu merasa tidak nyaman, selalu menguap dan ingin tidur kembali karena seluruh badan terasa lemah.

3). Observasi:

Ekspresi wajah mangantuk : [√] Positif [ ] Negatif

Banyak munguap : [√] Positif [ ] Negatif

Palpebral inferior berwana gelap : [√] Positif

[ ] Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada indera penglihatan maupun pendengaran, pasien mengatakan ia sangat mudah untuk mengingat dan mempelajari sesuatu dan tidak mudah lupa, pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada indera pengecapan, penciuman, dan perabaan.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selalu mengalami gangguan pengelihatan seperti pandangan kabur secara tiba-tiba, pasien mengatakan pada indera pendengaran, pengecapan, penciuman dan perabaan tidak ada kelainan, pasien mengatakan ia hanya selalu tidak merasa nyaman dengan luka pada kaki kirinya yang selalu timbul nyeri seperti tertusuk-tusuk dan memberat saat pasien ingin bergerak dan berjalan, skala nyeri 6 dan hilang timbul 5-15 menit.

3). Observasi:

Tampak pasien tidak mampu melihat dan membaca kartu nama perawat dengan jarak 30cm, tampak pasien mampu mendengarkan gesekan jari perawat dengan mata tertutup, tampak pasien mampu menunjukan rangsangan nyeri yang diberikan perawat, tampak pasien mampu mengetahui bau minyak kayu putih yang diberikan dengan mata tertutup.

4). Pemeriksaan fisik:

a). Penglihatan

- Kornea : Tampak jerni
- Pupil : Tampak isokor
- Lensa mata : tampak keruh
- Tekana intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b). Pendengaran

- Pina : Tampak simetris
- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serum
- Membran timpani : Tampak utuh

c). Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien mengatakan merasakan rangsangan yang di berikan pada lengan dan tungkai sebelah kiri.

g). Pola Persepsi Dan Konsep Diri

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasen mengatakan dirinya sebagai seorang ibu rumah tangga.Pasien mengatakan memiliki 4 orang anak dan 8 cucu.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan pasien tidak mampu menjalankan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga di karenakan badan terasa lemah dan luka pada kakinya yang selalu timbul nyeri, pasien mengatakan sekarang hanya terbaring lemah diatas tempat tidur.

3). Observasi:

Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur

a) Kontak mata : Tampak sesekali melihat perawat
b) Rentang perhatian : Tampak pasein memperhatikan
c) Suara dan cara bicara : Tampak suara dan cara bicara dengan jelas
d) Postur tubuh : Tampak tegak

4). Pemeriksaan fisik:

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak bersih dan berlembab

h.Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan hubungan dengan sesama terjalin dengan baik. Pasien mengatakan biasa mengikuti kegiatan-kegiatan yang di laksanakan di sekitar rumah seperti kerja bakti,dan kegiatan di masjid.

2). keadaan sejak sakit:

pasien mengatakan hanya terbaring di rumah saja tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya.

3). Observasi:

Tampak pasien terbaring di tempat tidur .

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan memiliki 4 orang anak dan 8 cucu, pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam seksualitas.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan reproduksi.

3). Observasi:

Tampak pasien tidak memiliki masalah.

4). Pemeriksaan fisik:

Tampak tidak ada masalah

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan bila mengalami masalah bisa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suaminya dan dan anaknya untuk mencari jalan keluar. Pasien mengatakan bila mengalami masalah dalam keluarga biasanya menonton televisi dan mengendalikan pikiranya dengan baik dengan suaminya.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan ia merasa cemas dengan kondisinya dan selalu pasrah kepada Tuhan yang Maha Esa.

3). Observasi:

Tampak pasien gelisah dan sedih.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1). Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan ia dan seluruh keluarganya beragama islam dan selalu menjalankan ibadah dengan baik.

2). Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan tetap menjalan ibadah tetapi tidak mengikuti ibadah di Masjid yang biasa dilakukan sebelum sakit.

3). Observasi:

Tampak pasien memiliki tasbi dan alquran di atas kepala pasien.

UJI SARAF KRANIAL

a. NI (Olfactorius) : Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih
b. NII (Opticus) : Tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm
c. NIII, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens): Tampak pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah
d. N V (Trigeminus):

   Sensorik : Tampak pasien mampu merasakan goresan kapas pada pipi kiri dan kanan, Tampak pasien mampu menunjukkan area rangsangan yang diberikan.

   Motorik : Tampak pasien mampu mengangkat dahi
e. NVII (Fascialis) :

   Sensosik : Tampak pasien mampu mengecap rasa manis.

   Motorik : Tampak Pasien mampu mengangkat kedua alis dan mengerutkan dahi.
f. NVIII (Vestibulo-Austikus) : Tampak Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat dengan kedua mata tertutup.
g. ssNIX (Glossopharyngeus) : Tampak Pasien mampu menelan dengan baik
h. NX (Vagus) : Tampak Letak ulvula pasien berada di tengah
i. NXI(Accessorius): Tampak Pasien mampu mengangkat bahu dengan tahanan yang di berikan oleh perawat
j. NXII (Hypoglossus): Tampak Pasien mampu menjulurkan lidah, Tampak psien mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

LABORATORIUM

Nama : Ny “H” Tanggal : 2019/03/09

Umur : 64 tahun Jam :19:25:44

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Satuan
WBC	17.70	+	10ˆ3/uL	(4.8 – 10.8)
RBC	3.98	-	10ˆ3/uL	(4.7 – 6.1)
HGB	10.2	-	g/dL	(14 – 18)
HCT	31.8	-	%	(42 – 52)
MCV	79.9		fL	(80 – 99)
MCHC	25.6		g/dL	(33 – 37)
PLT	253		10ˆ3/uL	(150 – 450)
RDW-CV	15,8		%	(11.5 – 14.5)
PDW	10,5	-	fL	(9 – 13)
MPV	9,2		fL	(7.2 – 11.1)
P-LCR	20,3	-	%	(15 – 25)
NEUT% 82.8		+	%	(40 – 74)
LYM%	7.2	-	%	(19 – 48)
MXD%	10.0		%	(4 – 18)
NEUT#	14.10	+	10ˆ3/uL	(1.5 – 7)
LYM#	1.4		10ˆ3uL	(1 – 3.7)
MXD#	2.0	+	10ˆ3uL	(0 – 1.2)

LABORATORIUM

Nama : Ny “H” Tanggal : 9 Maret 2019

Umur : 64 tahun Jam : 11:35:17

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
CREATINE	0.7	< 1.1	mg/dL		

TERAPI

- Novorapid 6 unit 3x6 Subkutan.
- Cefoperazone 1 gr / 12 jam intravena.
- Metrodinazole 500 mg / 8jam intravena.
- Ketorolak 30 mg / 8 jam Intravena.
- Lantus 14 unit 0-o-14 Subkutan.
- Alprazolam 1 mg 0-0-0-1 / 0ral.
- Dexametazone 5 mg/ml intravena.

B. ANALISA DATA

Nama : Ny “H” Unit : St.Bernadeth IIB
Umur : 64 tahun kamar : 518[3]

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : – Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 30 tahun yang lalu. – Pasien mengatakan saat mengalami penyakit TB paru pada tahun 2003, sejak saat itu pasien tidak mematuhi diet makanan yang dianjurkan dan jarang mengontrol kesehatan serta tidak teratur minum obat untuk penyakit Diabetesnya. – Pasien mengatakanmenghabiskan 1-2 porsi makanan dengan menu: nasi, sayur-sayuran, daging, tempe, ikan, dan minum ±7-8 gelas per hari dengan minuman yang	Faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah

	bervariasi seperti: air putih, teh manis, susu, dan menyukai goreng-gorengan, dan selalu ingin mengemil serta sering merasa haus. DO : – Tampak pasien terbaring lemah – Tampak kaki sebelah kiri luka debridement – Tampak hasil pemeriksaan GDS 250 mg/dl.		
2	DS: – Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka debridement pada kaki sebelah kiri. – Pasien mengatakan nyeri semakin memberat pada saat bergerak dan berjalan. – pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk – pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5-15 menit. – Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada skala 6 (sedang)	Agens cedera fisik	Nyeri akut

	DO : – Tampak pasien terbaring lemah. – Tampak pasien meringis kesakitan – Tampak balutan luka debridement pada kaki sebelah kiri. – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. – Tampak hasil observasi: TD : 130/90 mmHg. N : 80X/menit P : 20X/menit S : 36,8°c.		
3	DS : – Pasien mengatakan pada bulan desember 2018 tiba-tiba muncul bisul pada punggung kaki sebelah kiri. – pasien mengatakan luka semakin membesar dan bernanah sehingga pasien memutuskan untuk ke rumah sakit	Gangguan metabolisme	Kerusakan Integritas jaringan.

	DO : – Tampak pasien terbaring lemah – tampak balutan luka debridement pada kaki sebelah kiri. – tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. – Tampak luka berukuran 13 cm pada kaki sebelah kiri		

C. DIAGNOSA

Nama : Ny ''H'' Unit : Sta.Bernadeth IIB

Umur : 64 tahun kamar : 518^{3}

NO	Diagnosa	Paraf
I	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	
II	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik	
III	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme	

D. Rencana keperawatan

Nama/ Umur :Ny.H

Kamar/ Ruang :518^{3}/St.Bernadeth IIB

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcome Clasification (NOC)	Nursing Intervention Clasificatoin (NIC)
I	10 Maret 2019	Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes ditandai dengan: DS : – Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 30 tahun yang lalu. – Pasien mengatakan saat mengalami penyakit TB paru pada tahun 2003, sejak saat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil: 1) Glukosa darah dipertahankan pada skala 2 ditimgkatakan ke skala 3. Manajemen diri: Diabetes (1619) 1) Memantau kadar glukosa darah dipertahankan pada skala 2 dan titingkatkan ke skala 4. 2) Mengobati Hipoglikemia dan	a. Manajemen hiperglikemia (2120): 1) Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemi 3) Berikan insulin sesuai resep 4) Konsultasi dengan dokter tanda dan gejela hiperglikemia yang menetap atau memburuk 5) Batasi aktifitas ketika

		itu pasien tidak mematuhi diet makanan yang dianjurkan dan jarang mengontrol kesehatan serta tidak teratur minum obat untuk penyakit Diabetesnya. – Pasien mengatakanmenghabiskan 1-2 porsi makanan dengan menu: nasi, sayur-sayuran, daging, tempe, ikan, dan minum ±7-8 gelas perS hari dengan minuman yang bervariasi seperti: air putih, teh manis, susu, dan menyukai goreng-gorengan, dan selalu ingin mengemil serta sering merasa haus.	Hiperglikemia dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan ke skala 4. 3) Memantau glukosa dipertahankan pada skala 2 dan ditingkatkan ke skala 4. Keterangan: 1. Deviasi berat dari kisaran normal. 2. Devisiasi yang cukup besar dari kisaran normal. 3. Deviasi sedang dari kisaran normal. 4. Deviasi ringan sedang dari kisaran normal. 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal	kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 6) Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan, tanda-tanda hiperglikemi dan manajemen hiperglikemi 7) Berikan bantuan untuk penyesuain regimen pengobatan untuk mencegah dan merawat hiperglikemi 8) Fasilitasi kepatuhan terhadap diet. Pengajaran peresepan diet (5614): 1) Kaji tingkat pegetahuan pasien mengenai diet

		DO : – Tampak pasien terbaring lemah – Tampak kaki sebelah kiri luka debridement – Tampak hasil pemeriksaan GDS 53 mg/dl.		yang disarankan. 2) Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan 3) Jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan 4) Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan. 5) Observasi bagaimana pasien memilih makanan

II	10 Maret 2019	Nyeri berhubungan dengan Agens cedera fisik yang ditandai dengan: DS: – Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka debridement pada kaki sebelah kiri. – Pasien mengatakan nyeri semakin memberat pada saat bergerak dan berjalan. – pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk – pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5-15 menit. – Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada skala 6 (sedang) DO : – Tampak pasien terbaring	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien mampu kontrol nyeri dengan kriteria hasil: 1. Mengenali kapan nyeri terjadi di pertahankan pada skala 3 di tingkatkan ke skala 4 2. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik dipertahankan pada skala 3 di tingkatkan ke skala 4 3. Menggunakan analgesic yang direkomendasikan di pertahankan pada skala 3 di tingkatkan ke skala 4 4. menggambarkan factor penyebab dipertahankan	a. Manajemen nyeri 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus. 2. Gali bersama pasien factor-faktor yang dapat menurunkan atau memberat nyeri. 3. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan , dan antisipasi dari

		lemah. – Tampak pasien meringis kesakitan – Tampak balutan luka debridement pada kaki sebelah kiri. – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. – Tampak hasil observasi: TD : 130/90 mmHg. N : 80X/menit P : 20X/menit S : 36,8°c.	pada skala 3 di tingkatkan ke skala 4 5. Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 3 di tiigkatkan ke skala 4 Keterangan: 1. Deviasi berat dari kisaran normal. 2. Devisiasi yang cukup besar dari kisaran normal. 3. Deviasi sedang dari kisaran normal. 4. Deviasi ringan sedang dari kisaran normal. 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal	ketidaknyamanan akibat prosedur 4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakolgi 5. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 6. Dorong pasien untuk menggunakan obat-obatan penurunan nyeri yang adekuat.

III	10 Maret 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme ditandai dengan : DS : – Pasien mengatakan pada bulan Desember 2018 tiba-tiba muncul bisul pada punggung kaki sebelah kiri. – Pasien mengatakan luka semakin membesar dan bernanah sehingga pasien memutuskan untuk ke rumah sakit DO : – Tampak pasien terbaring lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan menunjukkan integritas jaringan: kulit dan membran mokusa, dengan kriteria hasil: a. Integritas jaringan 1) Tekstur dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 2) Suhu kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4. 3) Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 3 ditinkatkan ke skala 4.	a. Perawatan luka (3660): 1) Montor karateristik luka, termasuk drainase warna, ukuran dan bau. 2) Oleskan salep yang sesuai dengan kulit/lesi. 3) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat. 4) Posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka 5) Dokumentsikan lokasi luka, ukuran, dan tampilan.

		– tampak balutan luka debridement pada kaki sebelah kiri. – tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. – Tampak luka berukuran 13 cm pada kaki sebelah kiri	4) Lesi mukosa dipertahankan pada skala 2 ditinkatkan ke skala 4 b. Manajemen Diri: penyakit arteri perifer: 1) Mengontrol kadar glukosa darah dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5. 2) Memantau tanda dan gejala memberatnya penyakit arteri perifer dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5	b. Kontrol infeksi (6540): 1) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan. c. Manajemen Nutrisi (1100): 1) Tentukan status gizi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. 2) Atur diet yang diperlukan (yaitu : menyediakan makanan protein tinggi: menyarankan

			Keterangan: 1. Deviasi berat dari kisaran normal. 2. Devisiasi yang cukup besar dari kisaran normal. 3. Deviasi sedang dari kisaran normal. 4. Deviasi ringan sedang dari kisaran normal. 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal	menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam, menyediakan pengganti gula: menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin,mineral atau suplemen).

E. Pelaksanaan keperawatan

Nama/ Umur : Ny. H

Kamar/ Ruang : 518^3 / Sta.Bernadeth IIB

Tanggal	No. Dx	Waktu	Pelaksanaan	Perawat
11,Maret 2019	I	07:00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: – GDS: 250 mg/dl	Restiani
	I	07:45	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novorapid 6 unit/subcutan	Restiani
	II,III	08:00	Melakukan pemberian obat H/: – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolac 30 mg/IV.	Restiani
	II	08:20	Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakolgi H/: – Tampak perawat mempraktekan teknik relaksasi napas dalam. – Tampak pasien mengikuti instruksi perawat Mempertahankan teknik balutan steril	Restiani

	III	09:00	ketika melakukan perawatan luka. H/: – Tampak perawat membersihkan luka pasien menggunakan cairan NaCl 0,9%. – Tampak perawat memberikan salep pada luka dan membalut lukamenggunakan kasa steril.	Restiani
	III	09.30	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau H/: – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau dan ada nanah.	Restiani Restiani
	I,II,III	10:00	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 130/90 mmHg. N : 88 x/menit S : 36,5^{o}c P : 20 x/menit.	
	II,III	10:10	Melakukan pemberian obat H/: – cefoperazone 1 gr/IV	Restiani
	III	11:15	Memposisikan (pasien) pada posisi yang tidak menyebabkan ketegangan pada luka H/: – Tampak kaki pasien di alas	Restiani

			dengan bantal kepala.	
	I	11:30	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan H/: – Pasien mengatakan mengikuti instruksi dokter dan perawat untuk menjalankan diet. – Pasien mengatakan memakan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk seperti sayur,ikan atau tempe,tahu	Restiani
12, maret 2018	I	11:55	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novarapid 6 unit/subcutan	Restiani
	III	13.00	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. H/: – Tampak perawat memberitahukan kepada pasien dan keluarga agar dapat menjaga lukanya tetap kering dan tidak boleh basah Memonitor tanda-tanda vital.	Raimunda

12, Maret 2019	I	15.50	H/: TD : 130/90 mmHg. N : 82 x/menit. S : 36^{o}c P : 22 x/menit. Melakukan pemberian obat.	Raimunda
	II	16.00	H/: – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolack 30 mg/I	Raimunda
	I	17.45	Mengkaji tingkat pegetahuan pasien mengenai diet yang disarankan. H/ – Pasien mengatakan mampu memahami dan mengikuti diet yang disarankan dokter mapun perawat	Raimunda
	I	18.00	Memberikan bantuan untuk penyesuain regimen pengobatan untuk mencegah dan merawat hiperglikemi. H/ – Novarapid 6 unit/subcutan	Raimunda
	I,III	19.30	Mengatur diet yang diperlukan H/ – Perawat menginstruksi pasien dan keluarga untuk makan-makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah	Raimunda

			sebagai alternatif untuk garam, menyediakan pengganti gula: menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin,mineral atau suplemen.	
	III	21: 50	Memonitor tanda-tanda vital. H/: TD : 120/70 mmHg N : 88 x/menit S : 36^{o}c. P : 22 x/menit.	Raimunda
	I,II,III	22.00	Melakukan pemberian obat. H/: – Cefoperazone 1 gr/IV – Lantus 14 unit/subcutan – Alprazolam 1 tab/oral.	Raimunda
	II	22.30	Mendukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. H/ – Tampak pasien mengikuti arah yang disarankan perawat.	Shiff Malam
	II,III	00:00	Melakukan pemberian obat. H/: – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolac 30 mg/IV Mengobservasi tanda-tanda vital.	Shiff Malam

	II	05.00	H/: TD : 120/70 mmHg. N : 88 x/menit S : 36,5 ^{o}c PS: 22 x/menit.	Shiff Malam
	I,II,III	06.00	Melakukan tindakani pemberian obat H/: – Dexametazone 5mg/IV.	Shiff Malam
	I,III	07.00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: – Tampak hasil glukosa darah : 188 mg/dl.	Shiff Malam
	I,III	07:05	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novorapid 6 unit/subcutan.	Restiani
	II	08:00	Melakukan pemberian obat H/ – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolak 30 mg/IV	Restiani
	II	09:00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif.	Restiani

			H/: – Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kiri. – Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris. – Pasien mengatkan nyeri hilang timbul berlangsung selama 5-15 menit. – Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 6(sedang). – Tampak pasien meringis kesakitan. – Tampak KU lemah	
	II,III	09:15	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka. H/: – Tampak perawat membersihkan luka pasien menggunakan cairan NaCl 0,9%. – Tampak perawat memberikan salep pada luka dan membalut luka menggunakan kasa steril	Restiani
	II,III	09:50	Memonitor karakteristik luka,termasuk drainase,warna,ukuran,dan bau H/: – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau dan ada nanah Memonitor tanda-tanda vital	Restiani

	I,II,III	10:00	H/: TD : 140/90 mmHg. N : 88 x/menit S: 36,5^{o}c P: 20 x/menit.	Restiani
	II,III	10:05	Melakukan pemberian obat H/: – Cefoperazone 1 gr/IV	Restiani
	II	10:30	Memposisikan (pasien) pada posisi yang tidak menyebabkan ketegangan pada luka H/: – Tampak kaki pasien di alas dengan bantal kepala.	Restiani
	I.III	11.15	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan. H/ – Tampak pasien mengikuti instruksi yang disarankan perawat seperti : Teh, kopi yang mengandung tinggi gula, margarine, selai kacang, roti manis.	Restiani
	I	12:10	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan	Restiani

13, maret 2019			insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novorapid 6 unit/subcutan	
	II,III	15:00	Mengajarkan pasien dan keluarga pasien bagaimana menghindari infeksi. H/: – Tampak perawat mengajarkan pasien dan keluarga pasien agar dapat menjaga lukanya tetap kering dan tidak boleh basah	Raimunda
	I,II,III	15:50	Memonitor tanda-tanda vital H/ TD: 120/80 mmHg N: 85x/ menit S:36,5^{o}c P: 22x/menit	Raimunda
	II,III	16:00	Melakukan pemberian obat H/: – Metrodinazole 500 mg/IV – Ketorolac 30 mg/IV	Raimunda
	I,III	17.30	Menjelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan H/ – Tampak pasien mampu menerima penjelasan dan saran yang diberikan perawat dengan tujuan diet untuk mencegah dan mengelolah	Raimunda

			diabetes.	
13 maret 2019	I,III	18.00	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novorapid 6 unit/subcutan	Raimunda
	I,III	19.10	Mengkaji tingkat pegetahuan pasien mengenai diet yang disarankan. H/ – Pasien mengatakan mengikuti instruksi dokter maupun perawat untuk diet. – Pasien mengatakan makan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk pauk seperti sayur, ikan atau tempe, tahu.	Raimunda
	I,II,III	20.55	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ TD : 130/80 mmHg Nadi : 88 x/menit Suhu : 36 ^{o}c Pernapasan : 22 x/menit	Raimunda
	I,III	22.00	Melakukan pemberian obat. H/ – Cefoperazone 1 gr/IV – Lantus 14 unit/subcutan	Raimunda

			– Alprazolam 1 tab/oral.	
	II,III	22.30	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi. H/ – Tampak pasien mengikuti penjelasan dan instruksi yang dikatakan perawat .	Shiff malam
	II,III	00.00	Melakukanpemberian obat. H/ – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolac 30mg/IV.	Shiff malam
	I,II,III	05.55	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ TD : 120/70 mmHg N : 82 x/menit S : 36 ^{o}c P : 20 x/menit	Shiff malam
	II,III	06.00	Melakukan pemberian obat H/ – Dexametazone 5mg/IV	Shiff malam
	I	07.00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: – GDS : 155 mg/dl	Shiff malam
	I,III	07.15	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat	Shiff malam

			hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – novorapid 6 unit/subcutan.	
	I	07:30	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: – GDS: 130 mg/dl	Restiani
	I,II,III	07:50	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novorapid 6 unit/subcutan.	Restiani
	II	08:00	Melakukan pemberian obat. H/: – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolak 30 mg/IV	Restiani
	II	09:00	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka H/: – Tampak perawat membersihkan luka pasien menggunakan cairan NaCl 0,9%. – Tampak perawat memberikan salep pada luka dan membalut luka menggunakan kasa steril.	Restiani
			Memonitor karakteristik luka,termasuk	

	II,III	09.40	drainase,warna,ukuran,dan bau H/: – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau dan ada nanah.	Restiani
	I,II,III	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/: TD : 130/90 mmHg. N : 88 x/menit S: 36,5^{o}c P: 20 x/menit.	Restiani
14,Maret 2019	II,III	10.15	Melakukan pemberian obat H/: – Cefoperazone 1gr/IV	Restiani
	I,III	11.55	Memberikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi H/: – Novarapid 6 unit/subcutan	Restiani
	II,III	13:00	Memposisikan (pasien) pada posisi yang tidak menyebabkan ketegangan pada luka H/: – Tampak kaki pasien di alas dengan bantal kepala. Menginstruksikan pasien untuk	Restiani

	I,III	15:50	menghindari makanan yang pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan H/: – Pasien mengatakan mengikuti instruksi dokter untuk diet, pasien mengatakan memakan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk seperti sayur,ikan atau tempe,tahu	Raimunda
	III	16:00	Memonitor tanda-tanda vital. H/: TD : 130/90 mmHg. N: 82 x/menit. S : 36^{o}c P: 22 x/menit.	Raimunda
	II,III	16:10	Melakukan pemberian obat. H/: – Metronidazole 500mg/IV – Ketorolak 30 mg/IV	Raimunda
	II,III	17:00	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. H/: – Tampak perawat Memberitahukan kepada pasien dan keluarga agar dapat menjaga lukanya tetap kering dan tidak boleh basah. Memberikan bantuan untuk	Raimunda Raimunda

	I,III	17:50	penyesuain regimen pengobatan untuk mencegah dan merawat hiperglikemi. H/ – Novarapid 6 unit/subcutan Memonitor tanda-tanda vital.	Shiff malam
	I,II,III	21:00	H/: TD : 120/70 mmHg N: 88 x/menit S : 36^{o}c. P : 22 x/menit. Melakukan pemberian obat.	Shiff malam
	I,III	22.00	H/: – Cefoperazone 1gr/IV – Lantus 14 unit/subcutan – Alprazolam 1 tab/oral.	Shiff malam
	II	00:00	Mendukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. H/ – Tampak pasien mengikuti arah yang disarankan perawat. Melakukan pemberian obat.	Shiff malam
	II,III	00:10	H/: – Metronidazole 500 mg/IV – Ketorolack 30 mg/IV	Shiff malam
	I,II,III	05.55	Mengobservasi tanda-tanda vital. H/: TD : 120/70 mmHg. N : 88 x/menit	Shiff malam

			S : 36,5 ^{o}c PS: 22 x/menit. Melakukan pemberian obat.	
	II	06:00	H/: – Dexametazone 1gr/IV	Shiff malam
	I,III	06:30	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: – GDS: 120 mg/dl.	Shiff malam

F. Evaluasi keperawatan

Nama/ Umur :Ny “H”
Kamar/ Ruang : 518^{3}/St.Bernadeth IIB

Tanggal/Jam	No Dx	Evaliasi SOAP	Paraf
12,maret 2019 Jam 07:00	I	Resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah dengan faktor resiko ketidak patuhan pada manajemen diabetes S : – Pasien mengatakan mengikuti instruksi dokter dan perawat untuk menjalankan diet. – pasien mengatakan makan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk seperti sayur, ikan dan tempe,tahu. O : – Tampak hasil pemeriksaan GDS: 188 mg/dl – Tampak hasil observasi TTV TD : 130/90 mmHg N: 88 x/menit S : 36,5° C P: 20 x/menit A : Belum menunjukan kestabilan kadar glukosa darah	Restiani

	II	P: Lanjutkan intervensi – Monitot kadar glukosa dalam darah,sesuai indikasi – Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) – Observasi bagaimana pasien memilih makanan Nyeri b/d Agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan nyeri luka Diabetik pada kaki sebelah kiri – Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul (5-15)menit – Pasien mengatakan nyeri berada pada skla 6(– skala nyeri sedang). O: – Tampak pasien terbaring lemah. – Tampak pasien meringis kesakitan – Tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. A: Pasien belum menunjukan	Restiani

	III	pengontrolan nyeri P: Lanjut intervensi – Kaji nyeri secara komprehensif – Pemberian analgetik – Manajemen nyeri – Terapi relaksasi – Monitor tanda-tanda vital Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme S: O: – Tampak luka diabetic pada kaki sebelah kiri – Tampak luka berwarna merah kehitaman – Tampak luka berbau menyengat – Tampak hasil pemeriksaan GDS : 188 mg/dl A: Belum menunjukan penyembuhan luka P: Lanjutkan intervensi – Monitor karateristik luka,termaksuk drainase,warna	Restiani

		ukuran,dan bau – Perawatan luka. – Manajemen nutrisi – Perawatan luka.	
13,maret 2019 Jam 07:00	I	Resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah dengan faktor resiko ketidak patuhan pada manajemen diabetes S : – Pasien mengatakan badannya terasa lemas. – Pasien mengatakan sudah mengikuti intruksi dokter dan perawat untuk menjalankan diet – pasien mengatakan makan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk seperti sayur, ikan dan tempe,tahu. O : – Tampak hasil pemeriksaan GDS: 155 g/dl – Tampak hasil observasi TD : 130/90 mmHg N: 80 x/menit S : 39° C P: 20 x/menit. A: Belum menunjukan kestabilan kadar	Raimunda

		glukosa darah P: Lanjutkan intervensi – Monitot kadar glukosa dalam darah,sesuai indikasi – Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) – bagaimana pasien memilih makanan	
	II	Nyeri b/d agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki sebelah kiri – Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul (5-15)menit – Pasien mengatakan nyeri berada pada skla 6(skala nyeri sedang). O: – Tampak pasien terbaring lemah. – Tampak pasien meringis kesakitan A : Pasien belum menunjukan	Raimunda

		pengontrolan nyeri P: Lanjut intervensi – Kaji nyeri secara komprehensif – Monitor tanda-tanda vital – Pemberian analgetik – Manajemen nyeri – Terapi relaksasi	Raimunda
	III	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme S : O : – Tampak hasil pemeriksaan GDS : 155 mg/dl – Tampak pasien lemas – Tampak hasil observasi TD : 130/90 mmHg N : 80x/menit S : 39°C P : 20x/menit. A: Belum menunjukan penyembuhan luka P: Lanjutkan intervensi – Monitor karateristik	

14.Maret 2019 Jam 07:00	I	luka,termaksuk drainase,warna ukuran,dan bau. – Manajemen nutrisi – Perawatan luka. Resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah dengan faktor resiko ketidak patuhan dalam manajemen Diabetes S : – pasienmengatakan mengikuti instruksi dokter untuk mengatur pola makannya. – Pasien mengatakan sudah tidak makan makanan yang manis yang dibawah oleh keluarganya dan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. – pasien mengatakan makan nasi ½ porsi sebanyak 3 kali dalam sehari dan lauk seperti sayur, ikan dan tempe, tahu. O: – Tampak hasil pemeriksaan GDS: dalam batasan normal 130mg/dl – Tampak hasil observasi TD : 120/70 mmHg N: 82 x/menit S : 36° C P: 20 x/menit A :	Restiani

	II	Belum menunjukan kestabilan kadar glukosa darah P: lanjutkan intervensi – Monitot kadar glukosa dalam darah,sesuai indikasi – Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) – Observasi bagaimana pasien memilih makanan Nyeri b/d agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan nyeri pada luka oprasi amputasi pada kaki sebelah kiri – Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris – Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul (5-15)menit – Pasien mengatakan nyeri berada pada skla 6(skla nyeri ringan). O: – Tampak pasien terbaring lemah. – Tampak luka di verban. A :	Restiani

	III	Pasien belum menunjukan pengontrolan nyeri P: Lanjut intervensi – Kaji nyeri komprehensif – Monitor tanda-tanda vital – Pemberian analgetik – Manajemen nyeri – Terapi relaksasi Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme S : O : – Tampak kaki sebelah kiri di verban – Tampak hasil pemeriksaan GDS 130mg/dl – Tampak pasien lemas – Tampak hasil observasi TD : 120/70 mmHg N : 82 x/menit S : 36°C – P : 20x/menit A: Belum menunjukan penyembuhan luka P: Lanjut intervensi	Restiani

		– Monitor karateristik luka,termaksuk drainase,warna ukuran,dan bau. – Manajemen nutrisi.	

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN KEPADA PASIEN

1 Nama obat : Apidra
Klasifikasi/golongan obat: Insulin
Dosis umum: 10 unit
Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4 unit
Cara pemberian: Subcutan
Mekanisme kerja dan fungsi obat: Setelah di injeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel.
Alasan diberikan obat kepada pasien:
Kontra indikasi: Pasien dengan hiperglikemia
Efek samping: Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan menggunakan insulin

2 Nama obat: Lantus
Klasifikasi/golongan oba : Insulin
Dosis umum: 18 unit
Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 6 unit
Cara pemberian: Subcutan
Mekanisme kerja dan fungsi obat: Setelah di injeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel
Alasan diberikan obat kepada pasien:
Kontra indikasi: Pasien dengan hiperglikemia
Efek samping: Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan menggunakan insulin

3 Nama obat: Alprazolam

Klasifikasi/golongan obat: Benzodiazepine

Dosis umum: 0,25 – 0,5 mg

Dosis umum untuk pasien yang bersangkutan: 0,5 mg

Cara pemberian: Oral

Mekanisme kerja dan fungsi obat: Alprazolam bekerja di dalam otak dan saraf untuk menghasilkan efek menenangkan dengan meningkatkan aktivitas zat kimia alami dalam tubuh yang disebut asam gamma-aminobutirat (GABA).

Alasan diberikan obat kepada pasien:

Kontra indikasi: Pasien dengan gangguan kecemasan dan serangan panic

Efek samping: Gejala umum yang biasa terjadi seperti reaksi alergi gatal-gatal, mual, muntah, berkeringat, kesulitan bernapas.

4 Nama obat: Cefoperazone

Klasifikasi/golongan obat: Antibiotik

Dosis umum: 2-4 gr/hari

Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/12 jam

Cara pemberian: Intravena

Mekanisme kerja dan fungsi obat: Meningkatkan dan memperluas sprektum aktivitas terhadap bakteri.

Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Terjadi infeksi di jaringan lunak

Kontra indikasi: Hipersensivitas, gangguan fungsi hati

Efek samping: Mual muntah, alergi pada kulit.

5 Nama obat: Metrodinazole

Klasifikasi/golongan obat: Antibiotik

Dosis umum:

a) infuse loading 500 mg dalam 100 ml (sedian 5 mg/ml dengan kecepatan 5 ml/menit tiap 8 jam. Atau, 15 mg/kg BB IV dalam 1

jam, lanjutkan 7 mg/kg BB dalam 1 jam, diulang tiap 6 jam. Substitusi kesedian oral secepatnya.

b) Dosis maksimal 4 gr/hari
c) Oral dosis awal 800 mg, dilanjutkan 400 mg tiap 8 jam. Atau, 7,5 mg/kg BB tiap 6-8 jam. Dosis maksimal 4 gr/hari

Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/8 jam

Cara pemberian: Intravena

Mekanisme kerja dan fungsi obat: Metronidazole adalah antibiotik untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri. Obat ini dikenal dengan nitronidazoles.Cara kerja mitronidazole adalah dengan menghentikan pertumbuhan bakteri dan protozoa.

Alasan diberikan obat pada pasien: Pasien mengalami luka diabetik

Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap obat

Efek samping: Sensasi panas atau menyengat ketika mengaplikasikan obat, kebas atau rasa kesemutan pada tangan atau kaki, mual, sakit kepala, vagina terasa gatal atau keputihan, batuk, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, gejala demam.

6 Nama obat: Ketorolak

Klasifikasi/golongan obat: Nonsteroid atau inflamatori drag

Dosis umum: IM pasien kurang dari 65 tahun: 1 dosis 60 mg. IV pasien lebih dari 65 tahun 35 mg. Oral 100 mg 4 kali sehari.

Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 30 mg/8 jam

Cara pemberian: Intravena

Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ketorolak bekerja dengan memblok produksi substansi yang dialami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini dapat mengurangi bengkak nyeri atau demam.

Alasan diberikan obat: pasien mengeluh nyeri pada luka diabetik

Kontra indikasi: Hipersensitivitas terhadap obat

Efek samping: nyeri dada, cemas, sesak, BAB hitam, batuk darah, demam, sakit tenggorokan dan sakit kepala.

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien dalam menetapkan asuhan keperawatan pada Ny “H” dengan masalah gangguan sistem endokrin Diabetes mellitus tipe II di ruang perawatan St.bernadeth II.B rumah sakit Stella Maris Makassar yang di lakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 11–13Maret 2019 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan

A. Pengkajian

Untuk memperoleh data dari pasien maka penulis melakukan pengkajian terhadap pasien dan keluarga. Adapun data-data sebagai berikut:

Pasien mengatakan Pada bulan Desember 2018 tiba-tiba muncul bisul pada punggung kaki sebelah kiri, pasien mengatakan mengabaikan bisulnya karena pasien mengira itu bisul biasa saja, pasien mengatakan luka semakin membesar sehingga pasien memutuskan untuk ke rumah sakit Pelamonia makassar pada bulan Februari 2019, dan mendapatkan perawatan selama 1 minggu, dan pasien di pulangkan untuk perawatan di rumah.

Pada tanggal 6 Maret 2019, pasien dibawa ke Rumah sakit oleh keluarganya karena pasien tiba-tiba lemas dan pingsan,pada pukul 23:00 WIB pasien masuk di IGD Stella Maris Makassar, keluarga mengatakan setelah diperiksa oleh dokter dan dilakukan pemeriksaan gula darah didapatkan hasil (GDS : 22 mg/dl).

Saat melakukan pengkajian pada tanggal 10 maret 2019 didapatkan data: Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka diabetik berada pada

pada skala 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5-15 menit, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk.

Tampak pasien terbaring lemah, tampak terpasang konekta di tangan sebelah kiri, tampak balutan luka diabetik pada kaki sebelah kiri, tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau, tampak hasil GDS: 250 mg/dl. Observasi tanda-tanda vital Tekanan Darah : 130/90 mmHg. Nadi : 88 x/menit. Suhu : 37^{o}C. Pernapasan : 22 x/menit. Palpebra tampak cekung, tampak turgor kulit elastis, terdapat jaringan nekrotik pada kaki yang mengalami luka diabetik. Pemeriksaan laboratorium : WBC = 17.70(10^3/ul). RBC = 3.98(10^6UL). HGB = 10.2 g/dl. HCT = 31.8 %. CREATININE = 0.7 Mg/dl.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa tanda dan gejala yang muncul pada diabetes melitus, yaitu poliuria, polidipsi, polifagia. Rasa lelah, kelemahan otot, peningkatan infeksi, kulit gatal-gatal, merasa kesemutan, luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh, dan pandangan kabur.

Pada dasarnya tanda dan gejala pada tinjauan teori sama dengan kasus nyata namun tidak semuanya sama seperti kulit gatal, polidipsi, poliuria, polifagia, rasa lelah, kelemahan otot tidak dialami oleh pasien, namun luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh terjadi pada pasien dikarena kurangnya kontrol diabetes mellitus selama bertahun-tahun yang sering memicu terjadinya kerusakan syaraf atau masalah sirkulasi yang serius yang dapat menimbulkan efek pembentukan luka diabetes melitus. Penyebab ulkus kaki diabetes secara umum yaitu neuropati merupakan kelainan urat syaraf akibat diabetes mellitus karena gula dalam darah yang tinggi yang bisa merusak urat syaraf penderita dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri pada kaki, sehingga apabila penderita mengalami trauma kadang-kadang tidak terasa, gejala-gejala neuropati meliputi kesemutan, rasa panas rasa tebal ditelapak kaki, keram, badan terasa sakit semua. Pada penyebab anggiopathy diabetik adalah penyempitan pembuluh darah

pada penderita diabetes. Apabila terjadi sumbatan dipembuluh darah sedang/besar pada tungkai, maka tungkai akan mudah mengalami ganggren diabetik pada kaki yang merah kehitam atau berbau busuk. Anggeopathy menyebabkan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotic terganggu sehingga menyebabkan kulit sulit sembuh.

Berdasarkan data yang ditemukan oleh penulis antara teori dan kasus nyata yang diperoleh saat pengkajian tidak terjadi kesenjangan dimana penyebab, tanda dan gejala serta pemeriksaan diagnostik secara teoritis juga terjadi pada pasien.

B. Diagnosa keperawatan

Di dalam tinjauan teoritis ada 6 diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidak cukupan insulin dan penurun masukan oral.
2. Nyeri akut b/d agen cedera fisik.
3. Risiko infeksi (sepsis) dengan faktor risiko kadar glukosa tinggi.
4. Keletihan b/d status penyakit (Diabetes mellitus).
5. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme/sirkulasi.
6. Risiko ketidak stabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus.

Pada kasus nyata yang didapatkan penulis selama menerapkan asuhan keperawatan pada Ny “H” terdapat 3 diagnosa keperawatan yang di angkat yaitu :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes, penulis mengangkat diagnose ini karena pasien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 30 tahun yang lalu, pasien mengatakan saat mengalami penyakit TB paru pada tahun 2003, sejak saat itu pasien tidak mematuhi diet makanan yang dianjurkan dan jarang mengontrol kesehatan serta tidak teratur minum obat untuk penyakit Diabetesnya, pasien

mengatakanmenghabiskan 1-2 porsi makanan dengan menu: nasi, sayur-sayuran, daging, tempe, ikan, dan minum ±7-8 gelas per hari dengan minuman yang bervariasi seperti: air putih, teh manis, susu, dan menyukai goreng-gorengan, dan selalu ingin mengemil serta sering merasa haus.Tampak hasil pemeriksaan GDS selama 3 hari. Hasil GDS 1 :250 mg/dl, GDS hari ke 2 :188 mg/dl. GDS hari ke 3 :155 mg/dl. GDS hari ke 4 : 130 mg/dl.

2. Nyeri akut b/d agen cedera fisik. Penulis mengangkat diagnosa ini karna pasien mengalami nyeri pada luka diabetic pada kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu, sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti terusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul (5-10 menit) dengan skala nyeri 6 (skala sedang), Tampak pasien meringis kesakitan observasi tanda-tanda vital : TD : 130/90 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5^{o}C, Pernapasan : 20 x/menit.
3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan menderita penyakit diabetes sejak 30 tahun yang lalu, pasien mengatakan muncul seperti bisul pada kaki sebelah kiri sejak 3 bulan yang lalu, pasien mengatakan luka tersebut semakin membesar dan melepuh, luka berwarna hitam kemerahan serta berbau, keadaan umum pasien tampak sakit sedang, tampak luka pada kaki sebelah kiri, tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau. Tampak hasil GDS hari pertama : 250 mg/dl.

Dari 6 diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori ada 4 diagnosa yang tidak di angkat yaitu :

1. Ketidakseibangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidak cukupan insulin atau penurunan masukan oral.

   Alasan : Walau sudah terjadi penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir didapatkan IMT pada pasien 22 kg (berat badan ideal),

untuk menjaga keseimbangan nutrisi pada pasien tetap dilakukan manajemen nutrisi pada diagnosa kerusakan integritas kulit.

2. Resiko infeksi (sepsis) dengan faktor resiko kadar glukosa darah tinggi

   Alasan : Penulis tidak mengangkat diagnosa ini pasien sudah mengalami infeksi pada luka absesnya, ditandai dengan hasil pemeriksaan (WBC) yaitu: 17,70. Penanda infeksi seperti abses dan puss juga terjadi pada luka pasien, untuk mencegah infeksi berlanjut penulis melakukan manajemen perawatan luka pada diagnosa kerusakan integritas jaringan.

3. Keletihan b/d status penyakit

   Alasan : Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karna tidak ditemukan data yang mendukung seperti pasien tidak mengalami rasa lelah karena pasien tidak banyak melakukan aktivitas yang membuat pasien merasa lelah.

C. Intervensi

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnose keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang di temukan. Perumusan perencanaan keperawatan disesuaikan kepustakaan yang meliputi tujuan, intervensi, rasional, dengan menggunakan format rencana keperawatan yang ditentukan.Perumusan suatu intervensi keperawatan disusun sesuai dengan prioritas tinjauan teoritis.Pada rencana tindakan, intervensi yang disusun mencakup tindakan keperawatan, tindalkan obsevatif, penyuluhan dan tindakan kolaborasi. Perencanaan yang diisusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu:

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes:

   Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, instruksikan

pasien untuk menghindari makan yang pantang dan mengkonsumsi ,makanan yang diperbolehkan.

2. Nyeri akut b/d agens cedera fisik:

   Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif: lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, Frekuensi, kulaitas, intensitas, atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. Berikan terapi analgetik dan terapi relaksasi, ciptakan lingkingan yang tenang, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, tujukan teknik relaksasi pada pasien, monitor tanda-tanda vital.

3. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme:

   Monitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran dan bau, pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat, ajarkan ,pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi, berikan terapi antibiotic yang sesuai indikasi, melakukan manajemen nutrisi: tentukan status gizi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi,atur diet yang diperlukan (yaitu: menyediakan makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam, menyediakan pengganti gula, menambah atu mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin, mineral atau suplemen).

D. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Dari rencana tindakan yang telah disusun oleh penulis hampir semua di lakukan berdasarkan diagnose keperawatan

E. Tahap Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan dilkukan setelah 3 hari perawatan yaitu sejak tanggal 11-13 maret 2019.

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes.belum teratasi.
2. Nyeri b/d agens cedera fisik belum teratasi.
3. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme belum teratasi, karena pasien rencana di lakukan amputasi.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny “H” dengan penyakit Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Perawatan St.Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny “H” ditemukan data sebagai berikut: Ny “H” berumur 64 tahun dengan jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan menderita penyakit diabetes melitus sejak 30 tahun yang lalu, pada bulan desember 2018 tiba-tiba muncul bisul pada punggung kaki sebelah kiri, luka semakin membesar dan bernanah, pasien merasa nyeri pada luka Diabetik berada pada skala 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5-15 menit, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk.Tampak pasien terbaring lemah, tampak terpasang konekta ditangan sebelah kiri, tampak balutan luka diabetik pada kaki sebelah kiri, tampak luka berwarna hitam kemerahan dan berbau, hasil GDS: 250 mg/dl.
2. Dari hasil pengkajian yang didapat pada Ny “H” maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah:
   a. Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang pengetahuan pada manajemen diabetes.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.
   c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

3. Intervensi yang tersusun untuk mengatasi masalah keperawatan:
   a. Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen Diabetes.

      Intervensi: Monitor kadar glukosa darah, Monitor tanda dan gejala hiperglikemi. Batasi aktifitas ketika kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl.Berikan bantuan untuk penyesuain regimen pengobatan untuk mencegah dan merawat hiperglikemi.Kaji tingkat pegetahuan pasien mengenai diet yang disarankan.Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan.Jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan, Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

      Intervensi:Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus.Gali bersama pasien factor-faktor yang dapat menurunkan atau memberat nyeri.Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakolgi. Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.Dorong pasien untuk menggunakan obat-obatan penurunan nyeri yang adekuat.
   c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

      Intervensi:Montor karateristik luka, termasuk drainase warna, ukuran dan bau. Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat.Posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka.Dokumentsikan lokasi luka, ukuran, dan tampilan.Tentukan status gizi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.Atur diet yang diperlukan (yaitu : menyediakan makanan

protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam, menyediakan pengganti gula: menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin,mineral atau suplemen).

4. Implementasi Keperawatan

   Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu penulis menjelaskan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien masalah:

   a. Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: manajemen hiperglikemia dan pengajaran peresepan diet.
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: Manajemen nyeri.
   c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme dengan Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada diagnosis ini yaitu: Perawatan luka, control infeksi dan manajemsen nutrisi.

5. Evaluasi Keperawatan.

   a. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, setelah 3 hariimplementasi rencana keperawatan yang ada, masalah ini belum teratasi, dimana kadar glukosa darah belum stabil.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi, nyeri yang di rasakan pasien masih pada skala 6 (sedang), nyeri dirasakan 5-10 menit, nyeri dirasakan seperti teriris-iris.
c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme, setelah 3 hariimplementasi rencana keperawatan maslah ini belum teratasi, tampak luka diabetik pada kaki sebelah kiri, pada hasil GDS: 130 mg/dl, dan belum menunjukan proses penyembuhan luka, dan rencana akan dilakukan amputasi.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam urian-uraian diatas, maka penulis akan mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kulitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, guna kemajuan keperawatan profesionl dan meningkat derajat kesehatan dimasyarakat antara lain:

1. Bagi institusi pendidikan.

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/mahasiswi yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat yang profesional.

2. Bagi rumah sakit

   Diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada Sistem endokrin DM, hendaknya menggunakan pedoman perawatan DM sesuai standardan perkembangan ilmu pengetahuan.

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan bagi pasien dan keluarga untuk memperhatikan dan menaati program penatalaksanaan diabetes mellitus untuk meningkatkan kualitas hidup.

4. Bagi mahasiswa

Diharapakan untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga sehingga memudahkan dalam proses pelaksaan keperawatan guna mengambil tindakan yang tepat untuk meningkatkan kesehatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Irianto, (2015). *Memahami berbagai penyakit*. Bandung: Alfabeta

Tanto, C (2015). Hubungan *kepatuhan DII T dengan kadar gula darah sewaktu pada pasien Diabetes mellitus tipe II DI rawat inap RSUD Sukaharjo.* https://eprints.ums.acd.co.id/28060/17/NASKAH_PUBLIKASI.pdf.Diaksespada11mei2018.

Margareta, (2016).*Diagnosa keperawatan edisi 10*. Jakarta: EGC

Fatimah, R (2015). *Diabetes Melitus tipe II.* J Majority, volume 4 nomor 5, Februari 2015.

Hanum (2015). Panduan untuk mengendalikan glukosa darah. Klaten: Insan sejati.

NIDDK, (2016). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe II di indonesia*. 2016

Prabawati, (2015). Mengenal dan merawat kaki diabetik. Di akses dari http://www.pikiran-rakyat.com. Di akses pada tanggal 4 januari 2015

Brunner & Sudarth (2015).*Diagnosa keperawatan* edisi 10. Jakarta: EGC

Price.(2016). *Diabeteas mellitus dan penatalaksaan keperawatan.*Yogyakarta; Nuha Medika.

Hanum, (2015). *Pengaruh Program Diabetes Shelf management education berbasis keluarga terhadap kualitas hidup penderita*

*Diabetes mellitus tipe II Di Wilayah Puskesmas 2 Baturaden.*http://jks.fikes.unsoed.ac.id//indeks.php//jks/article//view/611.Diakespada11mei2018

IDF, (2017). *IDF Diabetes Atlas Sixth Edition, International Diabetes Federationn* 2015. http://www.idf.org/sites/defaulth/files.EN_Full_o.pdf. Di akses pada tanggal 4 januari 2018.

WHO, (2017). *Diabetes Melitus* 2017. http://www.who.int/diabetes/facts/world_figure/en/index5.html. Di akses pada tanggal 10 april 2018

Depkes RI (2018). Riset Kesehatan Dasa tahun 2018. http://www.kemenkes.kemkes.go.id/asets/upload/dir. 519d41d8cd98f00/files/hasil-riskesdas-2018 1275. Diakses tanggal 9 april 2019 (05.00 pm)

Haskas, Y. (2017). Diterminan Pengendalian Diabetes Melitus Di Wilayah kotaMakassar.https://jurnal.csdforum.com/indeks.php/GHS/article/view/85diaksespada18mei2018.

Osa, s.p (2018) Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD Dr. Rasudin padang 2018. :file:///C:/Users/USER/Downloads/4781-19432-2-PB.pdf akses pada tanggal 25 April 2018.

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Raimunda E1614401030
Restiani E1614401031
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing :SERLINA SANDI, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tgl.	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	Rabu, 20 februari 2019	BAB II	Perbaiki konsep dasar keperawatan	
2	Senin, 4 maret 2019	BAB II	Perbaiki pengkajian Perbaiki analisa data Perbaiki diagnosa Perbaiki intervensi dan implementasi	
3	Rabu, 24 april 2019	BAB I BAB II BAB III	Perbaiki latar belakang, mulai dari bab 1-4 perhatikan referensi yang digunakan Perbaiki yang dikoreksi Perbaiki pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi	

Jumat, 3 mei 2019	BAB I	Perbaiki editan ketikan, hilangkan sebagian prevalensi dan data MRO (terlalu banyak)	
		ACC	
	BAB II	Diagnosa resiko infeksi lihat faktor risiko yang cocok	
		Discharge planning dirubah ke *manajemen pilar DM*	
		ACC	
	BAB III	Dokumentasikan pemberian *obat tulis* dengan benar	
		Evaluasi pertahankan NOC	
	BAB IV	Tambahkan luka kaki diabetik	
		Lihat lagi evaluasi askep dan evaluasi perubahan	
	BAB V	Perbaiki kesipulan untuk pengkajian, perbaiki intervensi dan evaluasi	
senin, 13 mei 2019	BAB IV	Perbaiki data yang ada dan pengetikan	
	BAB V	Perbaiki data yang ada	

6	rab, 15 mei 2019	BAB III BAB IV DAN V	Evaluasi ACC Daftar obat dan daftar pustaka	