

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”S” DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

RITA
E1614401034
SUSANTI
E1614401039

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019



KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”S” DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

RITA
E1614401034
SUSANTI
E1614401039

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."S" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk di uji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Rita

E1614401034

Susanti

E1614401039

Disetujui oleh:

Pembimbing



(Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep)

NIDN.

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 PASIEN TN."S" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR " telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Mei 2019
Pukul : 14.00-14.45 WITA
Tempat : Ruang B kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Siprianus Abdu, S,Si., Ns., M.Kes ( )
2. Debby Lempang, S.Kep., Ns ( )
3. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Rita
Tempat/Tanggal Lahir	: Kondo, 13 Juni 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen protestan
Alamat	: Jl. Rajawali no.8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Marthen / Yuliana Seno
Agama	: Kristen protestan
Pekerjaan	: Petani / IRT
Alamat	: Kondo

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 297 KONDO	: 2004-2010
SMP NEGERI SATAP PONGSAMELUNG	: 2010-2013
SMK NEGERI 1 WALENRANG	: 2013-2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Susanti
Tempat/Tanggal Lahir	: Awan, 07 Januari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen protestan
Alamat	: Jln. Rajawali 3

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Andreas daud/Rina reza
Agama	: Kristen protestan
Pekerjaan	: Petani / Wirausaha
Alamat	: Toraja Utara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 204 IMPRES MALOMBU	: 2004-2010
SMP NEGERI 1 AWAN RANTEKARUA	: 2010-2013
SMA NEGERI 1 TILAMUTA GORONTALO	: 2013-2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."S" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG BERNADETH III A STELLA MARIS MAKASSAR".

`Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Program DIII Keperawatan. Penulis menyadari, dalam menyelesaikan penulis banyak mendapat bantuan baik berubah moril, maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.S.Si,Ns,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar

   Terima kasih atas bimbingan, petunjuk, ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soeharto MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di ruang perawatan Bernadeth III.A
3. Mery Solon Ns.,M.Kes selaku ketua prodi program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris.
4. Rosdewi, SKp, MNS selaku wakil ketua bidang administrasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang dengan penuh kesabaran serta pengertian dalam membimbing,

mengarahkan, dan membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Kepala bagian, klinik Institusi (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu dosen pengajar beserta staff yang telah mendidik dan membekali penulis dalam pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang dengan sabar serta bijaksana, selama penulis mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
8. Tn. “ S “ dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam pelaksanaan askep hingga penyusunan Karya Tulia Ilmiah ini.
9. Buat keluarga besar:ayah, ibu, kakak, adik, serta tante dan paman yang telah menjadi pendukung terbesar bagi penulis, baik dalam moril maupun material dan yang selalu mendoakan penulis selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Seluruh rekan-rekan seperjuangan mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar khususnya kelas III tingkat 3 yang telah menjadi sahabat-sahabat terbaik bagi penulis dan bersama-sama dengan penulis berjuang selama masa-masa perkuliahan.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini tidak luput dari kekurangan.Oleh Karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari sema pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga karya ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus (DM) tipe II.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 57
Tabel 3.2 Analisis Data 62
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 64
Tabel 3.4 Rencana keperawatan 65
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 72
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Anatomi Pankreas 9
Gambar 2.3 Patoflowdiagram 38
Gambar 3.1 Genogram 42

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL **HAL**
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN ..... **i**
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ..... **ii**
RIWAYAT HIDUP ..... **iii**
KATA PENGANTAR ..... **v**
DAFTAR TABEL ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **x**
DAFTAR ISI ..... **xi**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORI **7**
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Definisi 7
2. Klasifikasi Diabetes Melitus 7
3. Anatomi Fisiologi 8
4. Etiologi 12
5. Patofisiologi 13
6. Manifestasi Klinik 15
7. Pemeriksaan Diagnostik 16
8. Penatalaksanaan Medik 17
9. Komplikasi 23
B. Konsep Dasar Keperawatan 27

1. Pengkajian 27
2. Diagnosa Keperawatan 30
3. Perencanaan Keperawatan 25
4. *Discharge Planning* *36*
C. Patoflowdiagram 38
BAB III PENGAMATAN KASUS 39
A. Pengkajian 40
B. Analisa Data 62
C. Diagnosa Keperawatan 64
D. Rencana Keperawatan 65
E. Pelaksanaan Keperawatan 72
F. Evaluasi Keperawatan 88
G. Daftar Obat 95
BAB IV PEMBAHASAN 102
A. Pengkajian 102
B. Diagnosa Keperawatan 103
C. Rencana Keperawatan 105
D. Implementasi Keperawatan 106
E. Evaluasi 107
BAB V PENUTUP 109
A. Kesimpulan 109
B. Saran 110

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif mnggunakan insulin yang dihasilkan.Diabetes adalah masalah kesehatan masyarakay yang penting, menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular prioritas yang menjadi target tindak lanjut oleh para pemimpin dunia.Jumlah kasus dan prevalensi diabetes terus meningkat selama beberapa decade terakhir.*(WHO Global Report, 2016)*

DM tipe II merupakan golongan diabetes dengan prevalensi tertinggi.Hal ini disebabkan karena berbagai faktor diantaranya faktor lingkungan dan faktor keturunan. Faktor lingkungan disebabkan karena adanya urbanisasi sehingga mengubah gaya hidup seseorang yang mulanya konsumsi makanan yang sehat dan bergizi dari alam menjadi konsumsi makanan yang cepat saji. Makanan cepat saji berisiko 4 kali lebih besar mengalami DM tipe II dari pada orang dengan status gizi normal (WHO, 2017).Penyakit DM tipe II dapat juga menimbulkan infeksi. Hal ini terjadi karena hiperglikemia dimana kadar darah tinggi. Kemampuan sel untuk fagosit menurun.Infeksi yang biasa terjadi pada penderita DM tipe II adalah infeksi paru (Wijaya, 2015).

Menurut WHO, secara global, diperkirakan 422 juta orang dewasa hidup dengan diabetes pada tahun 2014, dibandingkan dengan 108 juta pada tahun 1980. Prevalensi diabetes di dunia (dengan usia yang distandarisasi) telah meningkat hampir dua kali lipat sejak tahun 1980, meningkat dari 4,7% menjadi 8,5% pada populasi orang dewasa. Hal ini mencerminkan peningkatan faktor

risiko terkait seperti kelebihan berat badan atau obesitas.Selama beberapa decade terakhir, prevalensi diabetes meningkat lebih cepat di Negara berpenghasilan rendah dan menengah dari pada di Negara berpenghasilan tinggi.

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

Menurut data statistik 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 - 2018 didapatkan total pasien yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan DM tipe II yaitu, pada tahun 2016 didapatkan total pasien yang dirawat sebanyak 455 jiwa, dari jumlah penderita lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 251 jiwa jika dibandingkan dengan laki-laki sebanyak 204 jiwa. Pada tahun 2017 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 480 jiwa lebih banyak terjadi pada wanita sebanyak 273 jiwa sedangkan pria sebanyak 207, sedangkan pada tahun 2018 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 473 jiwa lebih banyak terjadi pada wanita sebanyak 263 jiwa sedangkan pria sebanyak 210 jiwa.

DM tipe II adalah salah satu penyakit kronis yang berhubungan dengan peningkatan resiko penurunan kognitif dan demensia. Bila gejala penurunan kognitif dapat dikenali lebih awal

maka dapat dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan atau mempertahankan fungsi kognitif agar tak jatuh dalam demensia. Beberapa faktor utama yang mempengaruhi hubungan antara diabetes melitus dan disfungsi kognitif antara lain: aterosklerosis, penyakit mikrovaskuler, advanced protein glycation dan stres oksidatif akibat toksisitas glukosa dan insufficient insulin action sedangkan faktor lain yang yang mempengaruhi dalah penuaan, genetik dan penyakit penyerta seperti hipertensi, dislipidemia. Gangguan glukosa darah seperti: hiperglikemia dan hipoglikemia menjadi penyebab utama terjadinya gangguan kognitif pada subyek diabetes. Selain hiperglikemia dan hipoglikemia, gangguan insulin seperti resistensi insulin dan insufisiensi insulin, telah terbukti menyebabkan penurunan fungsi kognitif (Meloh Monika, 2015).

Tingginya angka kejadian DM tipe II memerlukan perhatian dalam bidang keperawatan. Dasar inilah yang mencetus minat penulis untuk mengangkat judul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem endokrin DM tipe II ruangan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien DM tipe II Diruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris.

2. Tujuan khusus

   Penulis dapat memperoleh gambaran dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan DM tipe II secara komprehensif yang mencakup:

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan DM tipe II.
   b. Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan DM tipe II.

c. Menyusun percakapan pada pasien dengan DM tipe II.
d. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan DM tipe II.
e. Membuat evaluasi pada pasien dengan DM tipe II

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi institusi/pendidikan

   Menilai atau mengevaluasi sejauh mana pemahaman 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 pembangunan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe II.

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 DM tipe II 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 bentun 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 dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

a. Observasi

   Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien.

b. Wawancara

   Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti: perawat diruangan 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 pemerilsaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang tertera dalam status pasien.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah tersusun atas lima bab yang terdiri dari bab I "pendahuluan", bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II "tinjauan teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penataksanaan medic, dan komplikasi, sedangkan konsep nasuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. Bab III, "pengamat

kasus", menguraikan tentang 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 dilapangan. Bab V "penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

   Diabetes Melitu (DM) atau penyakit gula adalah sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Brunner & Suddart, 2014).

   Diabetes melitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa darah didalam darah tinggi, karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunkan insulin secra adekuat (Irianto 2015).

   Diabetes mellitus atau penyakit kencing manis adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan glikogen dengan semestinyakarena terjadi hiperglikemia yang disertai dengan berbagai kelainan metabolism karbohidrat, protein dan lemak, serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada tubuh (Nur Aini, 2016).

   Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kekurangan hormone insulin yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein.

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

   Ada beberapa tipe/jenis diabetes melitus yaitu:

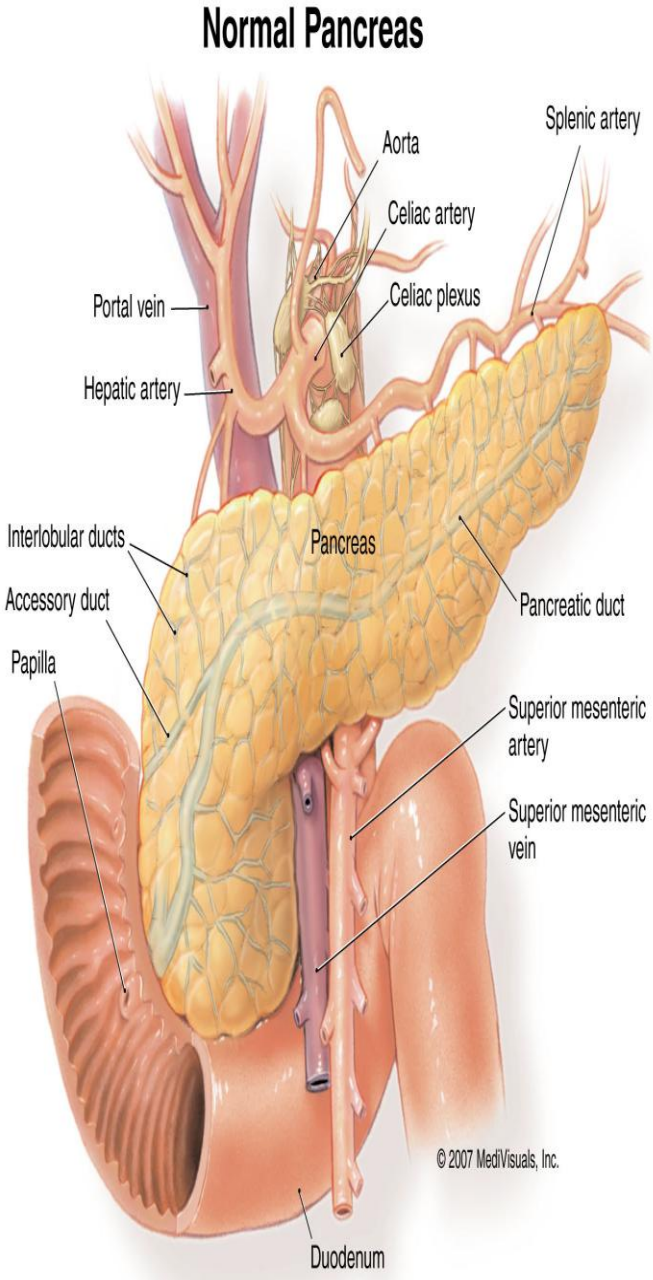
   a. DM tipe I (insulin dependent diabetes mellitus / IDDM) yaitu penyakit hyperglikemia akibat ketiadaan absolut insulin atau disebabkan oleh penghancuran sel pulau pankreas. Pengidap penyakit ini harus mendapat insulin pengganti.
   b. DM tipe II (non insulin dependent diabetes melitus / NIDDM) yaitu penyakit hyperglikemia akibat berkurangnya sensitifitas

terhadap insulin atau resistensi terhadap insulin. Pada DM tipe II ini, insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pulau langerhans tetapi jumlah produksi insulin menurun.

c. Diabetes tipe khusus lain disebabkan oleh kondisi seperti endokrinopati, penyakit eksokrin pankreas, dan sindrom genetik.
d. DM Gestasional, terjadi pada wanita yang tidak menderita diabetes sebelum kehamilannya. Hyperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon plasenta.

3. Anatomi Fisiologi
   a. Anatomi

      Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya ± 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan beratnya rata-rata 60 – 90 gram. Terbentang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. Bagian depan (kepala) kelenjar pankreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian pilorus dari lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ ini merentang ke arah limpa dengan bagian ekornya menyentuh atau terletak pada alat ini.Pulau Langerhans berbentuk Ovoid dengan besar masing-masing pulau berbeda.Jumlah semua pulau Langerhans diperkirakan antara 1 – 2 juta pada pankreas di dalam tubuh manusia.



Gambar 2.2 Anatomi Pankreas

(https://www.google.co.id/search)

b. Fisiologi

Pankreas memiliki fungsi eksoskrin dan endokrin.Fungsi eksoskrin pankreas berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat dari sel-sel pankreas.Sel-sel asinus pankreas membentuk enzim-enzim pencernaan (*amilase, tripsin, lipase*) dan bikarbonat.Setelah disintesis enzim-enzim tersebut dikelurkan dari asinus kedalam duktus pankreatikus.Dari sini enzim-enzim tersebut mengalir melalui *sfingter oddi* ke bagian pertama dari usus halus, duodenum. Sedangkan fungsi endokrin dari pangkreas yaitu memproduksi dan melepaskan glukagon yang menjadi faktor hiperglikemik, suatu hormon yang mempunyai efek berlawan dengan insulin ”*anti insulin like activity*”, (diproduksi oleh sel-sel A/Alpha); sel-sel B (Betha) membuat insulin yang berfungsi untuk meningkatkan metabolisme glukosa dalam otot melalui membran sel. Pengaturan sekresi insulin dipengaruhi efek umpan balik kadar glukosa darah. Bila kadar glukosa darah meningkat, maka sekresi insulin meningkat pula dan bila kadar glukosa normal atau rendah, produksi insulin akan menurun. Sel-sel D (Delta) membuat Somatostatin yang berperan dalam proses pertumbuhan.

1) Fungsi Eksokrin

Ada tiga jenis enzim pankreas yaitu :

a) Amilas : mengubah karbohidrat menjadi glukosa

b) Lipase : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak

c) Tripisin : mengubah protein menjadi asam amino

2) Fungsi Endokrin

Fungsi endokrin yang membentuk pulau-pulau Langerhans yang terdiri dari tiga jenis sel yaitu :

a) Sel alfa menghasilkanhorman glukosa

Glukagon berfungsi meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

b) Sel beta menghasilkan insulin

Insulin berfungsi untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah dengan cara memasukkan kedalam sel sebagai sumber energi.

c) Sel delta menghasilkan somastostatin

Somastostatin berfungsi untuk mengatur aktivitas sel sebagai alfa dan sel beta pankreas.

Organ sasaran hormon glukagon dan insulin adalah hati, otot dan jaringan lemak. Glukagon dan insulin memegang peran penting dalam metabolisme karbohidrat, protein, lemak bahkan keseimbangan kadar gula darah. Fungsi kedua hormone ini sangat bertolak belakang, secara umum insulin menurunkan kadar glukosa darah sebaliknya untuk glukagon meningkatkan kadar gula darah. Perangsang glukagon bila kadar gula darah rendah dan asam amino darah meningkat dalam meningkatkan lipolysis. Oleh karena itu, dalam menurunkan kadar gula darah, insulin berfungsi sebagai hormon anabolik terutama untuk meningkatkan difusi glukosa membran sel di jaringan. Efek anabolik penting lainnya dari hormon insulin sebagai berikut:

(1) Efek pada hepar

(a) Menurunkan ketogenesis dan pengeluaran glukosa.

(b) Meningkatkan sisntesis protein, lemak dan glukosa.

(2) Efek pada otot

(a) Meningkatnya masuknya glukosa dan sintesis glikogen.

(b) Meningkatnya ambilan asam amino dan keton

(c) Menurunkan katabolisme protein dan asam amino

(3) Efek pada jaringan adipose

(a) Meningkatnya masuknya glukosa dan asam lemak

(b) Meningkatnya penyimpanan trigliserida

(c) Menghambat lipase peka hormon

(d) Mengaktifkan lipoprotein lipase

4. Etiologi

a. Diabetes melitus tipe 1

1) Faktor genetic penderita diabetes tidak mewarisi DM tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya DM tipe I. kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

2) Faktor-faktor imunologi

Adanya respon autoimun yang merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan reaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggap seolah-olah sebagai jaringan asing yaitu anti bodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

3) Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta. (Padila, 2012)

b. Diabetes Melitus tipe II

DM tipe II, sebelumnya disebut NIDDM atau diabetes melitus onset dewasa, adalah gangguan yang melibatkan, baik genetik dan faktor lingkungan.DM tipe II adalah DM paling umum mengenai 90% orang yang memiliki penyakit. DM tipe II biasanya terdiagnosis setelah usia 40 tahun dan lebih umum diantara orang dewasa tua, dewasa obesitas, dan etnik serta populasi ras tertentu. Namun diagnosis DM tipe II pada anak-anak dan remaja meningkat, terutama pada Amerika-Afrika dan Amerika Hispanik/Latin. DM tipe II tidak berhubungan dengna

jaringan HLA, dan sirkulasi ICAs. Keturunan merupakan faktor utama sedangkan obesitas merupakan faktor resiko mayor (Black & Hawks, 2014)

Mekanisme yang tepat menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada DM tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

Faktor-faktor resiko:

1) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)
2) Obesitas, berat badan berlebih dari 120% dari berat bada ideal (kira-kir terjadi pada 90%)
3) Riwayat keluarga (Padilla, 2012)
4) Riwayat adanya gangguan toleransi glukosa (IGT) atau gangguan glukosa puasa
5) Hipertensi ≥ 140/90 mmHg atau hyperlipidemia, kolestrol atau trigliserida ≥ 150 mg/dL
6) Riwayat gastrointestinal DM atau riwayat melahirkan bayi diatas 4 kg.
7) *Polystic ovarium syndrome* yang diakibatkan resistensi dari insulin. Pada keadaan ini wanita tidak terjadi ovulasi (keluarnya sel telur dari ovarium), tidak terjadi menstruasi, tumbuhnya rambut *secara* berlebihan, tidak bisa hamil (Tarwoto dkk, 2012).

5. Patofisiologi

Pada DM tipe I, Pankreas tidak mampu menghasilkan insulin karena sel-sel batas pankreas telah dihancurkan oleh proses otoimun. Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (*glikosuria*). Jika glukosa yang berlebihan disekresikan dalam urin, ekskresi ini akan

disertai pengeluaran cairan dan elektrolit berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (*poliuria*) dan rasa haus (*polidipsi*).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan.Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (*polifagia*) akibat menurunnya simpanan kalori. Dalam keadaan normal, insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain). Namun pada penderita DM proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikernia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Akibatnya dapat terjadi krotoasidosis.

Pada DM tipe II, terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor insulin pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut terjadi satu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe II ini disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan akan terjadi DM tipe II. Gangguan kecemasan berhubungan dengan hiperglikemia pada orang DM. Kecemasan menyebabkan aktivasi HPA axis dan sistem saraf simpatik (*Tsenkova V et al,* 2013).Aktivasi sistem saraf simpatis dapat menyebabkan respon flight or fight. Respon tersebut terjadi didasari karena adrenalin (*Anxiety care UK*, 2014). Adrenalin ini dilepaskan oleh kelenjar

adrenal di dalam darah, sehingga menyebabkan proses pelepasan glikogen hati (*glikogenolisis*) menjadi meningkat. Glikogen yang telah didapat dari proses glikogrnolisis selanjutnya akan diubah menjadi karbohidrat. Karbihidrat ini dapat masuk ke aliran darah, sehingga menyebabkan kadar gula darah meningkat

DM gestasional terjadi selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon plasenta.Hormon-hormon pertumbuhan dan plasenta merangsang pengeluaran insulin, karena adanya peningkatan kebutuhan energi dan insulin yang tersedia tidak cukup.Hal ini dapat menyebabkan sekresi insulin yang berlebihan yang akhirnya dapat menyebabkan penurunan responsivitas sel. Hormon pertumbuhan memiliki beberapa efek anti insulin, misalnya perangsangan glukogeneolisis dan penguraian jaringan lemak.

6. Manifestasi Klinik
   a. Sering kencing / miksi atau meningkatnya frekuensi buang air kecil (*poliuria*) adanya hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urin karena keterbatasan kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorbsi dari tubulus ginjal. Untuk mempermudah pengeluaran glukosa maka diperluhkan banyak air, sehingga frekuensi miksi menjadi meningkat.
   b. Meningkatnya rasa haus (*polidipsi*) banyaknya miksi menyebabkan tubuh kekurangan cairan (dehidrasi), hal ini merangsang pusat haus yang mengakibatkan peningkatan rasa haus.
   c. Meningkatnya rasa lapar (*polifagia*) meningkatnya katabolisme, pemecahan glikogen untuk energi menyebabkan cadangan energi berkurang, keadaan ini mestimulasi pusat lapar.
   d. Penurunan berat badan disebabkan karena banyaknya kehilangan cairan, glikogen dan cadangan trigliserida serta massa otot.

e. Kelainan pada mata, penglihatan kabur pada kondisi kronis, keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancer, termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa.
f. Kulit gatal, infeksi kulit, gatal-gatal disekitar penis dan vagina peningkatan glukosa darah mengakibatkan penumpukan pula pada kulit sehingga menjadi gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit.
g. Ketonuria ketika glukosa tidak lagi digunakan untuk energi, maka digunakan asam lemak untuk energi. Asam lemak akan pecah menjadi keton yang kemudian berada pada darah dan dikeluarkan menjadi ginjal.
h. Kelemahan dan keletihan kurangnya cadangan energi, adanya kelaparan sel, kehilangan potassium menjadi akibat pasien mudah lelah dan letih.
i. Terkadang tanpa gejalah pada keadaan tertentu, tubuh sudah dapat beradaptasi dengan peningkatan glukosa darah (Tarwoto dkk, 2012).

7. Pemeriksaan Diagnostik
   a. Pemeriksaan gula darah
      GDS > 200 mg/dl
      GDP > 140 mg/dl (70-110 mg/dl)
      2 jam pp ≥ 200 mg/dl (<140 mRasionaldl)
   b. TTGO (Test Toleransi Glukosa Oral) : ≥ 200 mg/dl (140 mg/dl).
   c. Urine → terdapat glukosa dan keton pada urine.
   d. HbA_1C

      Tes ini mengukur presentasi glukosa yang menempel pada hemoglobin dalam sel darah merah selama masa hidup sel darah merah (± 120 hari). Semakin lama glukosa dalam darah berada di atas kadar yang normal, semakin banyak glukosa

terikat dengan sel darah merah dan semakin tinggi kadar hemoglobin glikosilasi. Nilai normal 5 % - 6 %.

8. Penatalaksanaan Medik

Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

a. Non farmakologi

1) Latihan Jasmani

Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot, dan memperbaiki pemakaian insulin. Latihan mempunyai efek yang sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stres dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan juga akan mengubah kadar lemak di dalam tubuh.

2) Diet

Pada umumnya, diet untuk penderita diabetes diatur berdasarkan 3J yaitu jumlah (kalori), jenis, dan jadwal. Faktor-faktor yang menentukan kebutuhan kalori antara lain jenis kelamin, umur, aktivitas fisik atau pekerjaan, dan berat badan. Penentuan status gizi dapat menggunakan indeks massa tubuh (IMT) atau rumus Broca, tetapi untuk kepentingan praktis di lapangan digunakan rumus Broca.

1) Cara penghitungan IMT

Indeks Massa Tubuh (IMT) dibagi menjadi beberapa klasifikasi dengan cara menghitung sebagai berikut.

$$\frac{\text{BB}}{\text{TB (dalam m}^2\text{)}}$$

No	Klasifikasi	IMT
1.	BB kurang	< 18,5
2.	BB normal	18,5-22,9
3.	BB lebih	≥ 23
	Dengan risiko	23-24,9
	Obes I	25-29,9
	Obes II	≥ 30

2) Penentuan status gizi berdasarkan rumus broca

Pertama-tama dilakukan perhitungan berat badan ideal (BBI) dengan rumus berikut.

(TB cm – 100) – 10%

Perhitungan status gizi pada laki-laki dengan tinggi < 160 cm dan wanita dengan tinggi < 150 cm, BBI tidak dikurangi 10%. Penentuan status gizi dihitung dari:

(BB aktual ÷ BB ideal) x 100%

No	Klasifikasi	Relative Body Weight (RBW)
1.	BB kurang	BB < 90% BBI
2.	BB normal	BB 90 – 110% BBI
3.	BB lebih	BB 110 – 120% BBI
4.	Gemuk	BB > 120% BBI

3) Penentuan kebutuhan kalori per hari

(a) Kebutuhan basal

Laki-laki : BBI (kg) x 30

Perempuan : BBI (kg) x 25

(b) Koreksi atau penyesuaian

- umur di atas 40 tahun : -5%
- aktivitas ringan : +10%
- aktivitas sedang : +20%
- aktivitas berat : +30%
- berat badan gemuk : -20%
- berat badan lebih : -10%
- stress metabolic : +10-30%
- kehamilan trimester I dan II : +300
- kehamilan trimester III : +500

Penyandang diabetes yang juga mengidap penyakit lain, maka pola pengaturan makan disesuaikan dengan penyakit penyertanya. Hal yang terpenting adalah jangan terlalu mengurangi jumlah makanan karena akan mengakibatkan kadar gula darah sangat rendah (hipoglikemia) dan juga jangan terlalu banyak mengonsumsi makanan yang memperparah penyakit DM. Menurut Perkeni (2006), komposisi makanan yang dianjurkan terdiri atas beberapa unsur gizi penting berikut.

1. Karbohidrat
    a. Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energy
    b. Pembatasan karbohidrat total < 130 g/hari tidak dianjurkan.
    c. Makanan harus mengandung karbohidrat terutama yang berserat tinggi.
    d. Gula dalam bumbu diperbolehkan sehingga penyandang diabetes dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain.

e. Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi.
f. Pemanis alternative dapat digunakan sebagai pengganti gula, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (*Accepted Daily Intake*).
g. Makan tiga kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari, kalau diperluhkan dapat diberikan makanan selingan buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

2. Lemak
   a. Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori, tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi.
   b. Lemak jenuh < 7% kebutuhan kalori.
   c. Lemak tidak jenuh ganda < 10%, selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal.
   d. Bahan makanan yang perluh dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain daging berlemak dan susu penuh (*whole milk*).
   e. Anjuran konsumsi kolesterol < 300 mg/hari.
3. Protein
   a. Dibutuhkan sebesar 10-20% total asupan energy.
   b. Sumber protein yang baik adalah *seafood*(ikan, udang, cumi, dan lain-lain), daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu, dan tempe.
   c. Pasien dengan nefropati perluh penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB per hari

atau 10% dari kebutuhan energi dan 65% hendaknya bernilai biologis tinggi.

4. Natrium
    a. Anjuran asupan natrium untuk penyandang diabetes sama dengan anjuran untuk masyarakat umum yaitu tidak lebih dari 3.000 mg garam sama dengan 6-7 g (1 sendok teh) garam dapur.
    b. Mereka yang hipertensi, pembatasan natrium sampai 2.400 mg garam dapur.
    c. Sumber natrium antara lain garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoate dan natrium nitrit.
5. Serat
    a. Seperti halnya masyarakat umum penyandang diabetes dianjurkan mengonsumsi cukup serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat. Oleh karena mengandung vitamin, mineral, serta, dan bahan lain yang baik untuk kesehatan.
    b. Anjuran mengonsumsi serat adalah ± 25 g/1.000 kkal/hari.
6. Pemanis alternative
    a. Pemanis dikelompokkan menjadi pemanis bergizi dan tak bergizi. Termasuk pemanis bergizi adalah gula alcohol dan fruktosa.
    b. Gula alcohol antara lain isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol, dan xylitol.
    c. Penggunaan pemanis bergizi perluh diperhitungkan kandungan kalorinya sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

d. Fruktosa tidak dianjurkan penggunaannya bagi penyandang diabetes karena efek samping pada lemak darah.
e. Pemanis tak bergizi termasuk aspartama, sakarin, acesulfame potasium, sukralose, dan neotame.
f. Pemanis alternative penggunaannya tidak akan mengganggu kesehatan sepanjang tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake* [ADI]).

b. Farmakologi

Pemberian insulin

1) Oral:

a) Golongan Sulfonilurea: bekerja terutama dengan merangsang langsung pankreas untuk mensekresikan insulin. Disamping itu kerja penting lain dari preparat ini, yang tidak berakibat langsung pada pankreas adalah memperbaiki kerja insulin di tingkat seluler serta menurunkan secara langsung produksi glukosa oleh hati. Dengan demikian golongan Sulfonilurea tidak dapat digunakan pada penderita DM tipe I dan pasien diabetes yang cenderung mengalami ketoasidosis.Contoh: *Asetoheksamid* (*Dymelor*) dan *Glipizid* (*Glucontrol*).

b) Golongan Biguanid: memfasilitasi kerja insulin pada tempat reseptor perifer.Contoh: *Metformin* (*Glucophage*).

c) Golongan *inhibor a glukosidase*: obat ini bekerja secara kompetitif menghambat kerja *enzim a glukosidase* didalam saluran cerna, sehingga menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia paskaprandial.Contoh: *Acarbose.*

d) Insulin Sensitizing agent

Thoazolidinediones: golongan obat baru yang mempunyai efek farmakologi meningkatkan sensivitas insulin, sehingga bisa mengatasi masalah resistensi insulin dan berbagai masalah akibat resistensi insulin tanpa menyebabkan hipoglikemi.

e) *Long-acting insulin*, biasanya disebut sebagai insulin “tanpa puncak kerja” kareba preparat ini cenderung memiliki kerja yang panjang, perlahan dan bertahan.

9. Komplikasi

Menurut Corwin, E. J. (2001) dan Scobie, I.N (2007) DM dapat berkembang menjadi penyakit-penyakit lain, baik akut maupun kronis.

a. Akut

1) Koma hipoglikemia

Kondisi ini ditandai dengan adanya penurunan glukosa darah kurang dari 60 mg/dL.Hipoglikemia lebih sering terjadi pada DM tipe I. Penyebabnya adalah ppemberian dosis insulin yang berlebih sehingga terjadi penurunan glukosa dalam darah. Sering terjadi juga pada pasien yang menjalani terapi obat DM sulfoniluria (gilbenclamid).Penyebab lainnya adalah puasa yang disertai olahraga. Olahraga meningkatkan pemakaian glukosa oleh sel-sel otot rangka, masukan nutrisi yang kurang atau tidak adkeuat atau terlambat makan (30 menit setelah diberikan insulin, pasien harus makan). Oleh karena otak memerlukan glukosa darah sebagai sumber energi utamanya, maka hipoglikemia menyebabkan timbulnya berbagai gejala gangguan fungsi susunan fungsi saraf pusat (SSP).

Gejala hipoglikemia dibedahkan menjadi gejala pada autonomik seperti berkeringat, tremor, palpitasi, dan rasa

lapar.Sementara gejala neuroglikopenik meliputi gangguan fungsi gangguan kognitif, sulit konsentrasi dan inkoordinasi.Bila terjadi gejala neuroglikopenik tanpa didahului oleh gejala autonomic, maka pasien bisa berkembang menjadi tidak sadar.

Gejala hipoglikemia dapat pula dibedahkan tingkatnya menjadi gejala ringan,yaitu tremor, takikardi, palpitasi, kegelisahan, dan rasa lapar, Gejala sedang berupa tidak mampu konsentrasi, sakit kepala,vertigo,bingung,penurunan daya ingat, kebas daerah bibir dan lidah, bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi,perubahan emosional,penglihatan ganda,dan perasaan ingin pingsan,serta gejala beratnya kejang dan kehilangan kesadaran.

Pasien hipoglikemia sedang berespons cepat dengan masukan glukosa oral. Akan tetapi, pasien tidak sadar atau setengah sadar harus diberikan infus glukosa 20% sebanyak 30 ml, dilanjutkan dengan pemberian glukosa oral saat pasien sadar.

2) Ketoasidosis Diabetik-koma diabetik

Akibat defisiensi insulin, maka pemecahan lemak (lipolisis) menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol yang akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Badan keton tersebut bersifat asam dan bila bertumpuk dalam sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolik.

3) Makroangiopati

Peningkatan kadar glukosa darah akan mempengaruhi perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar. Berbagai tipe penyakit makrovaskuler dapat terjadi tergantung pada lokasi lesi aterosklerotik. Bila perubahan aterosklerotik mengenai pembuluh darah arteri koroner maka

akan menyebabkan insedens infark miokard. Dan jika terjadi pada pembuluh darah serebral atau pembentukan embolus di tempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dan menyebabkan serangan iskemia sepintas (TIA) dan stroke. Serta jika menyerang pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah akan menyebabkan terjadinya insidens penyakit oklusif arteri perifer yang merupakan penyebab utama meningkatnya insidens gangren dan amputasi pada pasien diabetes.

4) Retinopati diabetik

Gangguan penglihatan yang berhubungan dengan retinopati proliperatif dapat terjadi akibat pendarahan vitreus atau ablasio retina.Korpus vitreus yang normal tampak jernih sehingga memungkinkan transmisi cahaya ke retina. Apabila terjadi pendarahan, korpus vitreus akan menjadi keruh dan tidak dapat mentransmisikan cahaya. Sebagai akibatnya terjadi kehilangan penglihatan. Konsekuensi lain dari perdarahan vitreus adalah terbentuknya jaringan parut fibrosa yang disebabkan oleh reabsorbsi darah ke dalam korpus vitreus. Jaringan parut ini dapat menarik retina sehingga terjadi ablasio (pelepasan) retina dan akhirnya terjadi kebutaan.

5) Nefropati

Akibat dari peningkatan kadar glukosa dalam darah, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stres yang mengakibatkan kebocoran protein darah ke dalam urine. Sebagai akibatnya, tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat yang diperkirakan berperan sebagai stimulasi untuk terjadinya refropati.

b. Kronis

1) Makroangiopati yang mengenai pembuluh darah besar,pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi,dan pembuluh darah otak. Pembuluh darah besar dapat mengalami aterosklerosis sering terjadi pada NIDDM. Komplikasi makroangiopati Komplikasi makroangiopati adalah penyakit vaskuler perifer (hipertensi gagal jantung).
2) Mikroangiopati yang mengenai pembuluh darah kecil ,retinopati daiabetik,nefropati diabetic,dan neuropati. Nefropati terjadi karna perubahan mikrovaskuler pada struktur dan fungsi ginjal yang menyebabkan komplikasi pada pelvis ginjal.

   Retinopati (perubahan dalam retina) terjadi karna penurunan protein dalam retina dan kerusakan endotel pembuluh darah.Perubahan ini dapat berakibat gangguan dalam pengelihatan.Retinopati terdiri atas dua tipe berikut.

   (1) Retinopati background

   Retinopati background dimulai dari mikroneuronisma di dalam pembuluh retina dan menyebabkan pembentukan eksudet keras.

   (2) Retinopati proliferative

   Retinopati proliferative m erupakan perkembangan lanjut dari retinopati background. Terjadi pembentukan pembuluh darah baru pada retina akan mengakibatkan pembuluh darah menciut dan menyebabkan tarikan pada retina serta perdarahan didalam rongga vitreum.

   (3) Neuropati

   Neuropati terjadi karna perubahan metabolik pada diabetes mengakibatkan fungsi sensorik dan fungsi motorik saraf menurunan, yang selanjutnya

akanmenyebabkan penurunan persepsi nyeri. Neuropati dapat terjadi pada tungkai dan kaki (gejala yang paling dirasakan adalah kesemutan,kebas), saluran pencernaan (neuropati pada saluran pencernaan menyebabkan diare dan konstipasi), kandung kemih (kencing tidak lancer), dan produksi (impotensi).

3) Rentan infeksi seperti TB paru, gingivitis, dan infeksi saluran berkemih.
4) Kaki diabetic

Perubahan mikroangiopati,makroangiopati,dan neuropati menyebabkan perubahan ekstremitas bawah. Komplikasinya dapat terjadi gangguan sirkulasi, terjadi infeksi,gangren, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik. Semua ini dapat menunjang terjadi trauma atau tidak terkontrolnya infeksi yang akhirnya menjadi gangren.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian
   a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
      DS: persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, keluhan utama, riwayat keluhan uatama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik.
      DO: kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genetalia dan anus.
   b. Pola Nutrisi dan Metabolik
      DS: jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setiap hari, jenis dan jumlah minuman, nafsu makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis makan yang disukai, kesulitan

pada waktu makan, mual, muntah dan kembung, ketaatan terhadap diet, rasa haus dan lapar adalah penurunan berat badan.

DO: jumlah intake dan output, pemeriksaan fisik seperti keadaan rambut, hidrasi kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lida, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar pharotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi, ikterik, lesi).

c. Pola Eliminasi

DS: perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, dysuria, noturia), rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi inkontinensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik dan warnah.

DO: bentuk feses, konsistensi, warnah, jumlah urin, baud an endapan, berbusa, encer, warnah kuning. Adakah penggunaan keteter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, fistula).Pemeriksaan diagnostic dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

d. Pola aktivitas dan latihan

DS: kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas diwaktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

DO: postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau beraktivitas, latergi/disoroentasi, koma, penurunan kekuatan otot.

e. Pola tidur dan istirahat

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

DO: ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebral, inferior berwarnah gelap, latergi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

f. Pola persepsi kognitif

DS: gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya pengenalan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi /daya ingat.

DO: penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi/disorientasi (waktu, tempat, orang), respon non verbal, pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

DS: 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.

DO: rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung protesa.

h. Pola peran dan hubungan sesama

DS: peran dalam keluarga, masyarakat, dan lingkungan. Hubungan keluarga, masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.

DO: hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

i. Pola reproduksi dan seksualitas

DS: hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan organisme).

DO: terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

DS: mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stress.

DO: ansietas dan peka rangsangan.

k. Pola sistem kepercayaan

DS: ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

DO: alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan ibadah.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Ketidakstabilan glukosa dalam darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup.
b. Keletihan b/d status penyakit
c. Nyeri akut b/d agens cedera fisik
d. Ansietas b/d ancaman pada status terkini
e. Risiko infeksi dengan faktor resiko penyakit kronis diabetes melitus

f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukkan oral.

3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a. ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup

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

Intervensi :

1) Melakukan pemeriksaan gula darah

R/ mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infuse.

2) Jelaskan tentang penyakit dan cara penanganan diabetes mellitus

R/ pasien dapat mengerti penyakit dan cara penanganan diabetes mellitus.

3) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makannya.

R/ diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan.

4) Diskusikan bersama keluarga tentang faktor-faktor yang memegang peranan control diabetes mellitus.

R/ informasi ini akan meningkatkan pengendalian terhadap diabetes mellitus.

5) Jelaskan komplikasi dari diabetes mellitus (akut dan kronis)

R/ kesadaran tentang apa yang terjadi membantu pasien untuk lebih konsisten terhadap perawatan dalam mencegah komplikasi jangka panjang.

6) Monitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagia, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala, monitor nadi, dan tekanan darah ortostatik, sesuai indikasi.

   R/ mengetahui tanda peningkatan kadar gulah darah dalam tubuh.

b. Keletihan b/d status penyakit

   Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi

   Intervensi :

   1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan dirumah sakit dan penyakit secara keseluruhan.

      R/ memudahkan cara pemecahan masalah

   2) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya dimasa lalu

      R/ pengetahuan gaya individu membantu untuk menentukan kebutuhan terhadap tujuan penanganan.

   3) Beri dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan asuhan yang diberikan

      R/ meningkatkan perasaan control terhadap situasi

   4) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula setiap hari

      R/ membantu menciptakan gambaran nyata dari produksi energi metabolik dan unsur glukosa

   5) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas

      R/ mengindikasikan tingkat pemenuhan energy dan tingkat aktivitas

   6) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energy yang masuk

R/ aktivitas yang tidak sesuai dengan jumlah energy dapat meningkatkan kelelahan

c. Nyeri akut b/d agen cedera fisik

Hasil yang diharapkan : nyeri dapat berkurang

Intervensi :

1) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presivitasinya untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri.

   R/ untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri

2) Instruksikan pasien untuk menginformasikan kepada perawat jika peredaan nyeri tidak dapat dicapai

   R/ untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan selanjutnya

3) Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologis (tarik nafas dalam) sebelum nyeri terjadi atau meningkat

   R/ menarik nafas dalam dapat meningkatkan control dan menurunkan ketidaknyaman

4) Hadir didekat pasien untuk kebutuhan rasa nyaman dan aktifitas lain seperti melakukan perubahan posisi

   R/ untuk merelaksasi atau memberikan rasa nyaman

5) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan

   R/ lingkungan yang tenang dapat meningkatkan ketidaknyamanan

6) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat analgesik

   R/ analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkadn persepsi nyeri.

d. Ansietas b/d ancaman pada status terkini

Hasil yang diharapkan : kecemasan dapat berkurang

1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

   R/ pendekatan paisen dan perawat bertujuan agar pasien mampu mengungkapkan masalah yang dihadapi

2) Dorong keluarga untuk mendampingi pasien dengan cara yang tepat

   R/ dukungan keluarga dapat memperkuat mekanisme koping pasien sehingga tingkat ansietasnya berkurang.

3) Dengarkan pasien

   R/ pasien dapat mengungkapkan penyebab kecemasannya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan intervensi untuk pasien selanjutnya.

4) Dorong verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan.

   R/ untuk mengetahui ketakutan tentang penyakit yang dialami pasien dapat membangun mekanisme koping pasien terhadap kecemasan yang dialaminya.

5) Kaji untuk anda verbal dan nonverbal kecemasan

   R/ mengobservasi tanda dan verbal dari kecemasan pasien, dapat mengetahui tingkat kecemasan yang pasien alami.

e. Risiko tinggi infeksi

   Hasil yang diharapkan : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol

   Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital

   R/ adanya proses infeksi akan berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh dan nadi

2) Kaji tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan dan adanya pus pada luka.

   R/ adanya tanda infeksi dan peradangan terdeteksi lebih dini dapat menghindari proses penyebaran infeksi luka

3) Tingkatkan usaha pencegahan dengan mencuci tangan, memakai handscoon, masker dan kebersihan lingkungan

R/ meminimalkan invasive mikroorganisme

4) Pertahankan teknik antiseptic dan sirkulasi alat pada prosedur invasif

   R/ invasive alat dapat menjadi mediator masuknya mikroorganisme khususnya peningkatan kadar glukosa

5) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, masase sekitar tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen tetap kering dan kencang.

   R/ menghindari kerusakan kulit yaitu iritasi dan infeksi pada sirkulasi perifer.

6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan pemeriksaan laboratorium.

   R/ penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

f. Ketidakseimbangan nutrisi 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 setiap hari atau sesuai indikasi

      R/ mengkaji pemasukan makanan yang adekuat.

   2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki.

      R/ menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa.

   3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi

      R/ meningkatkan partisipasi keluarga dan mengontrol masukan nutrisi sesuai dengan kemampuan untuk menarik glukosa dalam sel.

   4) Observasi tanda-tanda vital

R/ karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi, gula akan berkurang dan sementara pasien tetap diberikan insulin maka hipoglikemia dapat terjadi.

5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick

   R/ analisa ditempat tidur terhadapa gula darah lebih akurat dari pada memantau gula darah dalam urin.

6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah.

   R/ gula darah akan menurunkan perlahan dengan menggunakan terapi insulin kontrol. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa dapat masuk ke dalam sel dan digunakan untuk sumber kalori.

7) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan teknik intravena secara teratur.

   R/ insulin regular memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan ke dalam sel. Pemberian melalui intravena merupakan rute pilihan utama karena absorbs dari jaringan subkutan mungkin tidak terlalu menentu/sangat lambat.

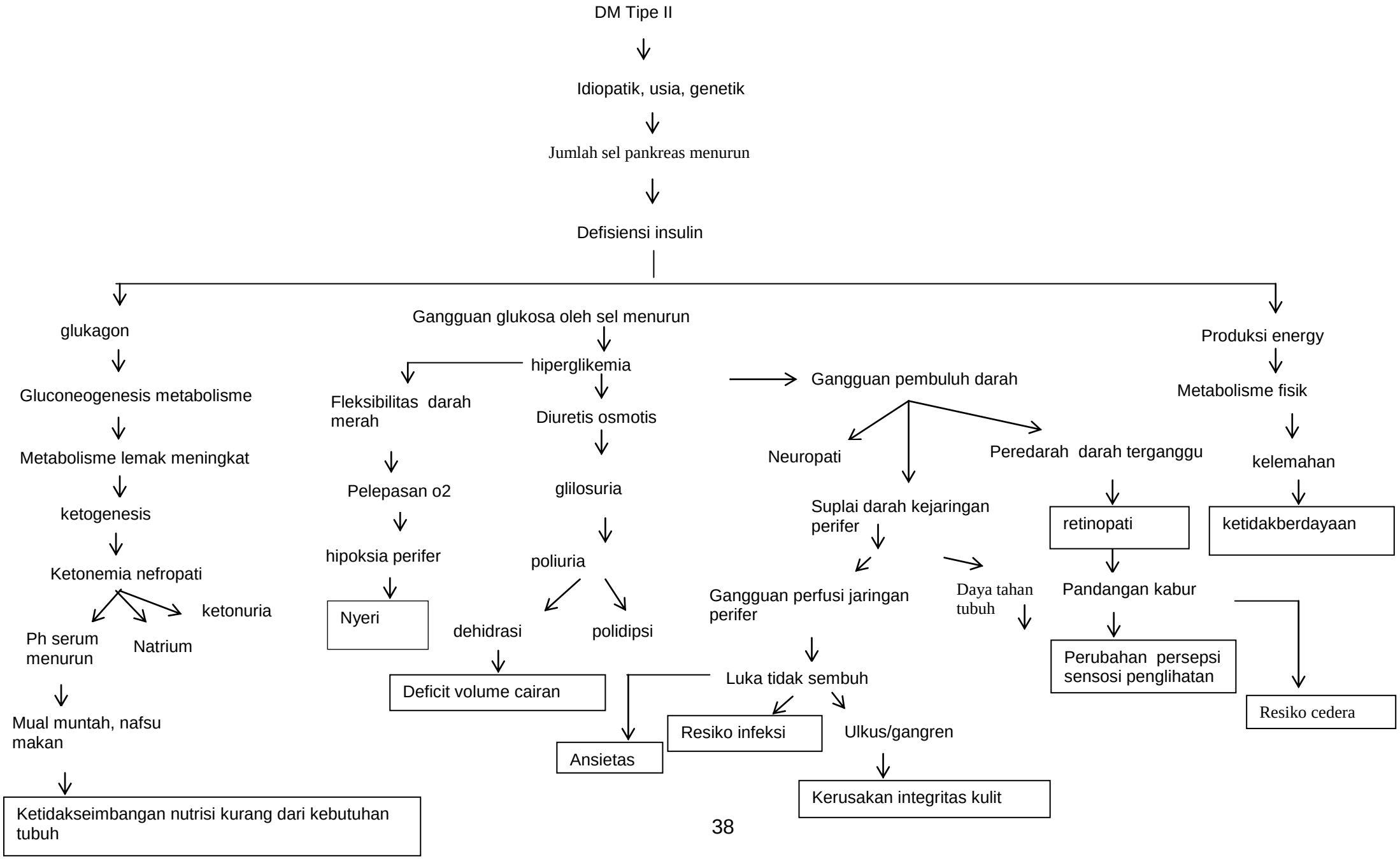
4. *Discharge Planning*

Hal-hal yang perlu disampaikan dan diajarkan pada pasien atau keluarga mengenai penanganan dan pengobatan dirumah sehubungan dengan penyakit antara lain:

a. Pola makan sesuai dengan perencanaan diet yang ditentukan/diberikan.
b. Hindari makanan yang mengandung pemanis (gula) dan makanan yang berlemak.
c. Lakukan latihan fisik yang ringan seperti jalan-jalan kaki pagi atau sore hari, dimana sebelum melakukan latihan fisik hendaknya melakukan pengontrolan glukosa darah terlebih

dahulu. Jika kadar glukosa darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan glukosa darah,sebaliknya jika kadar glukosa rendah maka pasien harus mendapatkan karbohidrat tambahan denganmengkonsumsi makanan kecil (mengemil) seperti roti, untuk mencegah hipoglikemia.

d. Gunakan alas kaki saat berjalan kaki dan hindari pemakaian sepatu sempit atau kurang pas untuk mencegah terjadinya luka dan bila terdapat luka segera lakukan perawatan untuk mencegah perluasan luka.
e. Rutin kontrol gula darah dirumah atau ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan terutama pasien yang mengidap DM tipe I.
f. Bantu kebutuhan pasien yang tidak dapat ditoleransi serta memberikan motivasi.


DM Tipe II
Idiopatik, usia, genetik
Jumlah sel pankreas menurun
Defisiensi insulin
glukagon
Gluconeogenesis metabolisme
Metabolisme lemak meningkat
ketogenesis
Ketonemia nefropati
ketonuria
Ph serum menurun
Natrium
Mual muntah, nafsu makan
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Gangguan glukosa oleh sel menurun
hiperglikemia
Fleksibilitas darah merah
Pelepasan o2
hipoksia perifer
Nyeri
Diuretis osmotis
glilosuria
poliuria
dehidrasi
polidipsi
Deficit volume cairan
Ansietas
Gangguan pembuluh darah
Neuropati
Peredarah darah terganggu
Suplai darah kejaringan perifer
Gangguan perfusi jaringan perifer
Daya tahan tubuh
Luka tidak sembuh
Resiko infeksi
Ulkus/gangren
Kerusakan integritas kulit
Produksi energy
Metabolisme fisik
kelemahan
ketidakberdayaan
retinopati
Pandangan kabur
Perubahan persepsi sensosi penglihatan
Resiko cedera

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn. “S“ masuk rumah sakit di ruangan St. bernadeth III A pada tanggal 14 februari 2019 dengan diagnosa DM tipe II. Pasien mengeluh sejak 1 minggu lalu, kaki kanan dan tangan kanan terasa kesemutan dan terdapat luka pada bagian punggung kaki kanan dan terasa nyeri, namun pasien mengatakan pasien hanya mengabaikan rasa nyeri tersebut, namun beberapa jam kemudian nyerinya bertambah dan semakin tak tertahankan akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien kerumah sakit.

Pada saat pengkajian, Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), sifat nyerinya tajam (tertusuk-tusuk), nyeridirasakan pada bagian punggung kaki, nyeri berada pada skala 5, sedang (dari skala 1-10), nyeri hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik). Pasien mengeluh luka pada bagian punggung kaki sebelah kanan, tampak luka sebagian kemerahan dengan ukuran ± 4 cm, tampak wajah pasien meringis kesakitan, tampak pasien terbaring lemas ditempat tidur, tampak terpasang cairan infus RL 500 cc, 20 tetes/menit ditangan sebelah kanan. Kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital: TD: 140/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,3°c, P: 20x/menit. Hasil pemeriksaan GDS tanggal 19 februari 2019 : 239 mg/dL. Terapi obat yang diberikan pada pasien lantus 0-0-12 Unit/SC, alpentin 300 mg/oral, cefoperazone 1000 mg/12 jam/IV, apidra 3x10 Unit/SC.

Dari data diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu: risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup, nyeri akut b/d agens cedera fisik, ansietas b/d ancaman pada status terkini.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Rita dan Susanti

Unit : B3A Autoanamnese : √

Kamar : 351 (2) Alloanamnese :

Tanggal masuk RS :14 Februari 2019

Tanggal Pengkajian :19 Februari 2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Tn. “S”
      Umur : 62 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah ananak :4 orang
      Agama/suku : Katolik/Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : S1
      Pekerjaan : Pensiun
      Alamat rumah : JL. Suka ria 2 B No. 20
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny. “M”
      Umur : 60 tahun
      Alamat : JL. Suka ria 2 B No. 20
      Hubungan dengan pasien : Istri
2. Data Medik
   Diagnosa medik
   Saat masuk : Diabetes Melitus Tipe II
   Saat pengkajian : Diabetes Melitus Tipe II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: Pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur, tampak terpasang cairan infus RL 500 cc, 20 tetes/menit ditangan sebelah kanan, tampak wajah pasien meringis.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (Kualitatif)

Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

a) Respon motoric : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : compos mentis

2) Tekanan darah : 140/90 mmHg

MAP : 99,33 mmHg

Kesimpulan :perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,3^{0}C ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20x/menit

Irama: ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea

☐ maul ☐ ynes-strokea

Jenis: ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi: 80x/menit

Irama: ☑ Teratur Bra di Takikardi ☐

☑ at ☐ mah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 26 cm

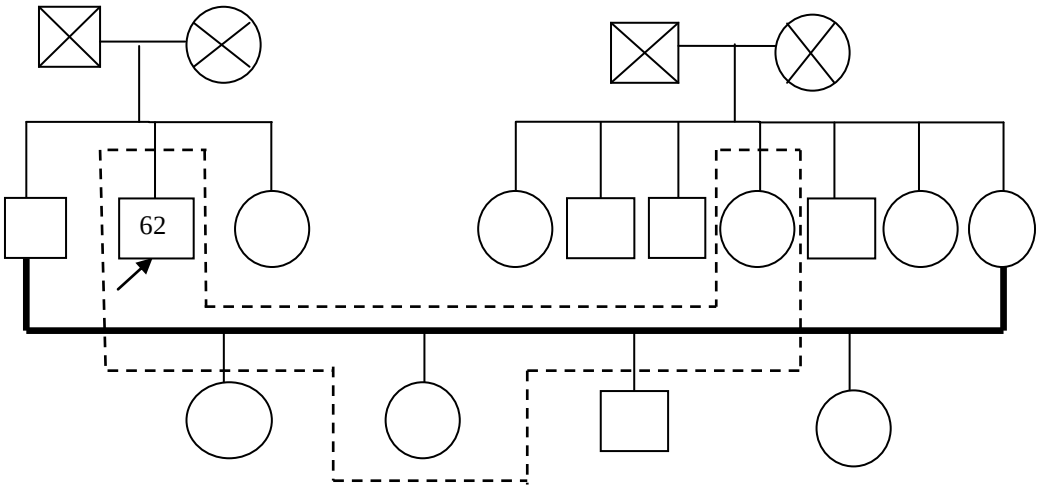
2) Tinggi badan : 158 cm

3) Berat badan : 56 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,8 kg

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

62 : Pasien

:Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting karena dengan sehat, kita bisa melakukan apa saja yang diinginkan. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan dan perlindungan diri yaitu dengan melakukan olahraga seperti jalan-jalan santai pada

pagi dan sore hari. Pasien mengatakan ia pernah dirawat di Rumah Sakit Elim Rantepao sejak 10 tahun yang lalu.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama: Nyeri pada punggung kaki kanan.
   b) Riwayat keluhan utama:

      pasien mengatakan sejak 1 minggu lalu, kaki kanan dan tangan kanan terasa kesemutan dan terdapat luka pada bagian punggung kaki kanan dan terasa nyeri, namun pasien mengatakan pasien hanya mengabaikan rasa nyeri tersebut, namun beberapa jam kemudian nyerinya bertambah dan semakin tak tertahankan akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien kerumah sakit. Pada saat pengkajian, tanda-tanda vital: TD: 140/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,3°c, P: 20x/menit. Pasien mengatakan: nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), sifat nyerinya tajam (tertusuk-tusuk), nyeridirasakan pada bagian punggung kaki, nyeri berada pada skala 5, sedang (dari skala 1-10), nyeri hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik). Hasil pemeriksaan GDP pada tanggal 15 februari 2019: 179 mg/dl, tanggal 16 februari: 127 mg/dl, tanggal 17 februari: 129 mg/dl, tanggal 18 februari: 119 mg/dl, tanggal 19 februari: 127 mg/dl, dan hasil pemeriksaan GDS tanggal 19 februari 2019: 239 mg/dL. Tampak wajah pasien meringis kesakitan, tampak pasien terbaring lemas ditempat tidur, tampak luka sebagian kemerahan dengan ukuran ± 4 cm pada bagian punggung kaki sebelah kanan.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

   Pasien mengatakan sudah 2 kali dirawat di rumah sakit dengan penyakit yang sama yaitu diabetes melitus tipe II. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM ± 10 tahun yang lalu, pasien mengatakan pasien tidak rutin menjalani

pengobatan DM yang diberikan serta tidak patuh terhadap diet dirumah yang diberikan.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan, ayah dan paman pasien mempunyai penyakit yang sama dengan penyakit yang diderita pasien saat ini, yaitu penyakit DM tipe II.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : tampak bersih
b) Kulit kepala : tampak tidak ada ketombe, tampak bersih
c) Kebersihan kulit : tampak elastis
d) Higine rongga mulut : tampak bersih
e) Kebersihan genetalia : (tidak dikaji)
f) Kebersihan anus : (tidak dikaji)

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan > 3x sehari, dan menghabiskan 1 porsi makanan dengan menu (nasi, sayur, daging ayam, tempe, dan ikan). Pasien mengatakan nafsu makan pasien meningkat. Pasien mengatakan makanan kesukaan pasien adalah daging ayam goreng dan nasi putih.Pasien mengatakan menyukai makanan yang manis-manis, pasien mengonsumsi kopi 3 gelas/hari yang ditambahkan gula pasir sebanyak 2-3 sendok dalam 1 gelas, pasien juga mengatakan menyukai madu,pasien mengatakan tidak ada diet dalam makanan tertentu,Pasien mengatakan minum air putih ± 8 gelas (1600cc) / hari, dan suka minum yang manis-manis. Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 56 kg dengan IMT 22,8 kg (berat badan normal).

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan makan 3x sehari sesuai dengan menu yang disediakan dirumah sakit dan menghabiskan ½ porsi makanan seperti nasi putih dan ikan, setelah makan biasanya pasien makan biskuit dan roti karena sering merasa lapar. Pasien mengatakan minum air putih 8 gelas (1400 cc) / hari. Pasien mengatakan berat badan selama sakit 56 kg dengan IMT 22,8 kg (berat badan normal).

3. Observasi

   Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makanan dan 3 potong biskuit sewaktu makan siang.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Keadaan rambut : rambut tampak bersih.

   b) Hidrasi kulit : tampak kulit elastis, finger print < 3 detik.

   c) Palpebra/conjungtiva : tampak cekung/tidak anemis

   d) Sclera : tidak tampak ikterik

   e) Hidung : tampak septum berada ditengah, tampak tidak ada peradangan.

   f) Rongga : tampak tidak ada peradangan, tampak bersih.

   g) Gusi : tampak tidak ada peradangan, tampak tidak ada sariawan.

   h) Gigi : tampak gigi lengkap, tampak gigi tidak berlubang, tampak tidak ada karang gigi, tampak gigi bersih.

   i) Gigi palsu : tampak tidak ada gigi palsu

j) Kemampuan mengunyah
Keras : tampak pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : tampak bersih
l) Pharing : tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesran
n) Kelenjar parotis : tidak ada pembesaran.
o) Abdomen
- Inspeksi : tampak tidak ada benjolan
- Peristaltik usus : peristaltik usus 15x/menit
- Palpasi : pasien mengatakan tidak ada nyeri tekan, tampak tidak ada benjolan
p) Perkusi : timpani
- Edema : ☐ Positif ☑ Negatif
- Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif
- Tanda-tanda radangan :tampak tidak ada peradangan
- Lesi :tampak tidak ada lesi

c. Pola Eleminasi

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan buang air besar encer 1kali dalam sehari dengan konsistensi padat, dan tidak ada keluhan saat buang air besar. Pasien mengatakan buang air kecil 5-6 kali dalam seharidengan warnah kuning.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit buang air besar 1 kali dalam 2 hari dengan konsistensi padat, warnah kuning. Pasien mengatakan sering buang air kecil khususnya padamalam hari, dengan volume ± 100cc dan pada siang hari sekitar ± 1400cc.

3. Observasi

   Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, tampak pasien lancar berkemih.

4. Pemeriksaan fisik

   a) Peristaltik usus : 15x/menit

   b) Palpasi kandung kemih: ☐ Penuh ☑ bng

   c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

   d) Mulut ureta : (tidak dikaji)

   e) Anus :

      Peradangan: (tidak dikaji)

      Hemoroid : (tidak dikaji)

      fistula : (tidak dikaji)

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari hanya menjaga cucunya dirumah atau biasanya pasien kerumah anaknya atau tetangganya. Pasien mengatakan pasien rutin berolahraga seperti, jalan santai dipagi hari ataupun sore hari.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan, pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti berjalan kekamar mandi, Pasien mengatakan jika pasien berjalan atau berdiri terlalu lama, akan merasa nyeri pada bagian punggung kaki kanan yang mengalami luka.

3. Observasi

   Tampak bentuk tubuh pasien tegak, tampak tidak ada fiksasi, tampak sebagian kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktivitas harian

Makan : 0
Mandi : 0
Pakaian : 2
Kerapian : 0
Buang air besar : 0
Buang air kecil : 0
Mobilisasi di tempat tidur : 0

0: Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh : tampak postur tubuh tegak

c) Gaya jalan : (tidak dikaji)

d) Anggota gerak yang cacat :tampak tidak ada anggota gerak yang cacat.

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomy : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 140/90 mmHg
Duduk : (tidak dikaji)
Berdiri : (tidak dikaji)
Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ Positif
☑ Negatif

b) HR : 80 X/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak ada
Basah : tidak ada

d) JVP : 5-2cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan jantung memadai.

e) Perferusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam waktu < 3 detik.

f) Thorax dan pernapasan

Inspeksi :

Bentuk Thorax : tampak simetris kiri dan kanan

Sianosis : tampak tidak ada sianosis

Stridor : tampak tidak ada stridor

Palpasi :

Vocal premitus : getaran paru dan kiri sama

Krepitasi : tidak ada

perkusi : [√] Sonor [ ] Redup

Pekak [ ]

Auskultasi :

Suara napas : vesikuler

Suara ucapan : getaran kiri dan kanan sama

Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

g) Jantung

Inspeksi

Ictus cordis ` : tidak tampak

Palpasi

Ictus cordis : teraba pada ics linea

Perkusi

Batas atas jantung : ics 2 linea sternalis sinistra

Batas kanan jantung : ics v line mid clavicularis sinistra.

Batas kiri jantung : linea mid clavicularis sinistra

Auskultasi

Bunyi jantung II A : tunggal ics II linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : tunggal ics II linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : tunggal ics IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : tunggal ics V linea midclavicularis sinistra

Bunyi Jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak terdengar

Bruit : Aorta : tidak ada

A. Renalis : tidak terdengar

B. Femoralis : tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [ ] itif N[√] tif

Rentang gerak : tampak rentang gerak normal

Kaku sendi : tampak tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : tidak terdapat nyeri sendi

Fraktur : tidak terdapat fraktur

Parese : tidak terdapat parese

Paralisis : tidak terdapat paralisis

Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologis :bisep, trisep, achilles, patella : positif

Reflex patologis : negatif

Babinski : Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

: Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : tidak ada

Varises tungkai : tidak ada

i) Columna veterbalis

Inspeksi :Lordosis Kifosis Skoliosis

Palasi : nyeri tekan: tidak ada

Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya tidur siang ± 2 jam dan tidurmalam ± 9 jam dari jam, dari jam 20:00-05:00 subuh. Pasien mengatakan sebelum tidur biasanya nonton tv dan bangun dengan perasaan segar. Pasien mengatakan tidak mengomsumsi obat penenang.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidur siang ± 2 jam dan tidur malam ± 5 jam, mulai dari jam 01:00-05:00 karena merasa gelisa dan pasien sering terbangun untuk berkemih ± 2-3 kali dan minum.

3. Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif

Banyak menguap : ☑ Positif ☐ Negatif

Palpebra inferior bewarna gelap : ☐ Positif ☑ Pegatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sudah tidak berfungsi dengan baik,kedua mata pasien sudah buram dan pasien tidak bisa membaca tulisan tanpa menggunakan kacamata. Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada alat pendengaran, pengecapan, penciuman, dan perabaannya masih berfungsi dengan baik.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan penglihatannya sudah rabun sejak 2 tahun yang lalu, dan pasien sudah tidak bisa membaca tulisan dengan jarak ≥ 30cm. Pasien mengatakan jika nyerinya timbul pasien hanya membiarkannya. nyerinya timbul sewaktu-waktu Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian punggung kaki kanan. nyeri sedang pada skala 5, pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan (skala nyeri 1-10) durasi 1-3 detik.

3. Observasi

   Tampak pasien tidak bisa membaca papan nama perawat pada jarak ≥ 30cm. Tampak pasien menggunakan kacamata.

4. Pemeriksaan fisik

   a. Penglihatan

      Kornea : tidak jernih
      Pupil : isokor
      Lensa mata : tidak keruh
      Tekanan intra okuler (TIO) : kiri dan kanan sama.

   b. Pendengaran

      Pina : simetris kiri dan kanan
      Kanalis : bersih
      Membran timpani : tidak tampak serumen

   c. Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
      : pasien dapat merasakan goresan.

g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

   1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan, pasien berasal dari keluarga yang sederhana dan tidak ada yang menonjol dari dirinya, pasien tidak memiliki peran yang berpengaruh dimasyarakat, tetapi pasien tetap bangga dengan apa yang dimiliki dan tidak pernah merasa putus asa.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan, pasien merasa takut dan cemas dengan keadaannya sekarang bila penyakitnya tidak bisa disembuhkan atau dapat menimbulkan penyakit lainnya.

3. Observasi

a. Kontak mata : tampak pasien melihat lawan bicaranya saat berbicara
b. Rentang perhatian : tertuju pada lawan bicara.
c. Suara dan cara bicara : baik dan jelas.
d. Postur tubuh : tegak.

4. Pemeriksaan fisik

a. Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada.
b. Bentuk/postur tubuh : simetris dan tegak
c. Kulit : tidak ada lesi

h. Pola Persepsi Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang kepala keluarga. Pasien mengatakan, pasien tinggal satu rumah dengan istri dan anak yang kedua serta dua orang cucu. Pasien mengatakan, tidak ada masalah dalam hubungan keluarganya dan dengan kerabat yang lain. Pasien mengatakan, jika ada masalah selalu diselesaikan dengan baik sehingga keharmonisan dalam keluarga dapat terjaga.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan, istrinya selalu menemaninya di rumah sakit, dan biasanya bergantian dengan keluarga yang lain untuk menjaga pasien. Pasien mengatakan, pasien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul bersama keluarganya.

3. Observasi

   Tampak hubungan pasien dengan keluarganya harmonis dan pasien mudah bergaul dengan perawat di Rumah Sakit.

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam reproduksi seksualitasnya. Pasien mengatakan, pasien memiliki 4 orang anak dari hasil pernikahannya.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan gairah seksnya menurun sejak pasien sakit

3. Observasi

   Tampak pasien sudah memiliki 4 orang anak dari hasil pernikahannya.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan, jika ada masalah dalam keluarganya, pasien lebih memilih untuk menyelesaikannya secara baik-baik. Pasien mengatakan, pasien tidak ingin masalah dalam keluarganya menjadi rumit yang dapat membuat hubungan mereka menjadi renggang.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan, pasien tidak mengalami gangguan penyesuaian diri baik dengan keluarganya sendiri maupun dengan lingkungan rumah sakit. Pasien mengatakan, pasien merasa senang dengan pelayanan yang ada di rumah sakit,

namun pasien sering merasa cemas akan penyakit yang dialaminya.

3. Observasi

Tampak hubungan pasien dengan keluarganya harmonis dan pasien mudah bergaul dengan perawat di Rumah Sakit.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan, pasien menganut agama katolik. Pasien mengatakan, pasien rajin mengikuti ibadah di gereja bersama dengan istri dan anaknya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit, pasien tidak bisa lagi ke gereja untuk beribadah, karena merasa tidak kuat, dan pasien hanya bisa berdoa dalam hati.

3. Observasi

Tampak ada Akitab di atas meja pasien.

5. Uji Syaraf Kranial

a. N I : (*olfactorius)* pasien mampu mencium bau minyakkayuputih.

b. N II : (*optikus*)pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ≥ 30cm.

c. N III, IV, VI :(*oculomotorius Trochlearis, Abduscens)* pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah.

d. N V : (*trigeminus*)

-Sensorik : pasien mampu merasakan goresan tangan Perawat.

-Motorik : pasien mampu menggigit

e. N VII :(*fascialis*)

-Sensorik : pasien dapat merasakan rasa manis saat

makan pisang

-Motorik : pasien mampu mengangkat alis, tersenyum dan tertawa.

f. N VIII : (*vestibulo-acusticus*)

-Vestibularis : tidak dikaji karna pasien berbaring

-Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.

g. N IX : (*glossopharyngeus*) letak ovula ada ditengah.

h. N X : (*vagus*) pasien mampu menelan.

i. N XI : (*ascesorius*) pasien mampu mengangkat kedua bahu.

j. N XII : (*hipoglosus*) pasien mampu menjulurkan lida kedepan dan kesamping.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan *creatinine* dan glukosa

Nama :"Tn.S"

Umur :62 Tahun

Kamar :351

Tanggal:15/02/2019

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
CREATININE	0.5	< 1.4	mg/dL		
GLUKOSA PUASA	179	70-100	mg/dL		H

CATATAN :

b. Pemeriksaan darah rutin

Nama :”Tn.S”

Umur :62 Tahun

Kamar :351

Tanggal :15/02/2019

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal
WBC	9.20		10^3/uL	[4.8 - 10.8]
RBC	4.46		10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HGB	13.5		g/dL	[14 - 18]
HCT	37.9		%	[42 - 52]
MCV	85.0		fL	[80 – 99]
MCH	30.3		pg	[27 – 31]
MCHC	35.6		g/dL	[33 – 37]
PLT	270		10^3/uL	[150 – 450]
RDW	12.9		%	[11.5 – 14. 5]
PDW	12.9		fL	[9 – 13]
MPV	9.6		fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	23.6		%	[15 – 25]
DIFF				
LYMPH	20.6		%	[10.0-50.0]
MXD	14.9		%	[1.0-20.0]
NEUT	64.5		%	[37.0 – 80.0]
LYMPH#	1.90		10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	1.4		10^3/uL	[0 – 1.2]
NEUT#	5.90		10^3/uL	[1.5 – 7]

c. Pemeriksaan CTBT

Nama :”Tn.S”

Umur :62 Tahun

Kamar :351

Tanggal:19/02/2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
FAAL HEMOSTASIS Waktu Perdarahan / BT	2	1-6	Menit
Waktu pembekuan / CT	12	9-15	Menit

d. Pemeriksaan darah rutin

Nama :”Tn.S”

Umur :62 Tahun

Kamar :351

Tanggal :19/02/2019

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Nornal
WBC	9.60		10^3/uL	[4.8 - 10.8]
RBC	4.65		10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HGB	13.6		g/dL	[14 - 18]
HCT	39.5		%	[42 - 52]
MCV	84.9		fL	[80 – 99]
MCH	29.2		pg	[27 – 31]
MCHC	34.4		g/dL	[33 – 37]
PLT	253		10^3/uL	[150 – 450]
RDW	12.5		%	[11.5 – 14. 5]
PDW	12.0		fL	[9 – 13]
MPV	9.1		fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	20.1		%	[15 – 25]
DIFF				
LYMPH	18.8		%	[10.0-50.0]
MXD	13.1		%	[1.0-20.0]
NEUT	68.1		%	[37.0 – 80.0]
LYMPH#	1.80		10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD#	1.3		10^3/uL	[0 – 1.2]
NEUT#	6.50		10^3/uL	[1.5 – 7]

e. Pemeriksaan

Nama :”Tn.S”

Umur :62 Tahun

Kamar :351

Tanggal:19/02/2019

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
GLUK SEWAKTU	239	< 160	mg/dL		H
UREUM	28.8	10-50	mg/dL		
CREATININE	0,7	< 1.4	mg/dL		

CATATAN : Hiperglikemia

B. Analisa Data

Nama / Umur : Tn.” S “ / 62 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III A / 351

No.	Analisa data	Etiologi	Problem
1	DS: - Pasien mengatakan badan terasa lemas, disertai kaki dan tangan kanan terasa kesemutan, dialami sejak 1 minggu yang lalu. - Pasien mengatakan, ada luka pada bagian punggung kaki sebelah kanan sejak 1 minggu yang lalu - Pasien mengatakan ada riwayat DM sejak 10 tahun yang lalu. DO: - Tampak pasien lemas - Hasil pemeriksaan GDP pada tanggal 15 februari 2019: 179 mg/dl - Hasil pemeriksaan GDP tanggal 16 februari 2019: 127 mg/dL - Hasil pemeriksaan GDP tanggal 17 februari 2019: 129 mg/dL - Hasil pemeriksaan GDP tanggal 18 februari 2019: 119 mg/dL - Hasil pemeriksaan GDP tanggal 19 februari 2019: 127 mg/dL - Hasil pemeriksaan GDS tanggal 19 februari 2019: 239 mg/dL.	Asupan diet tidak cukup	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2	DS: Pasien mengatakan 1 minggu yang lalu ada luka pada punggung kaki kanan seluas ± 4 cm Pasien mengatakan luka berwarnah kemerahan DO: - Tampak pasien terbaring lemah - Tampak balutan luka debridement pada punggung kaki sebelah kanan - Tampak luka berwarna kemerahan.	Gangguan metabolisme	Kerusakan integritas kulit

3	DS: - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk) - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian punggung kaki kanan - pasien mengatakan nyeri pada skala 5 sedang (skala 4-6) - pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti hilang timbul dengan durasi 1-2 detik. DO: - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur	Cedera fisik	Nyeri akut
4	DS: - Pasien mengatakan takut dan cemas dengan keadaannya sekarang bila penyakitnya tidak bisa disembuhkan atau dapat menimbulkan penyakit lainnya. - Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul bersama keluarganya. DO: - Tampak pasien gelisa - Tampak pasien cemas - Tampak wajah pasien tegang.	Ancaman pada status terkini	Ansietas

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn.” S “ / 62 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth III A / 351

No	Diagnosa
I	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup
II	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolism
III	Nyeri akut b/d agen cedera fisik
IV	Ansietas b/d ancaman pada status terkini

D. Intervensi

Nama / Umur : Tn.” S “ / 62 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth III A / 351

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC	RASIONAL
1.	Ketidakstabilan glukosa dalam darah b/d asupan diet tidak cukup.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan manajemen hiperglikemia dapat terkontrol dengan hasil kriteria: 1. Peningkatan urin output dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 2. Peningkatan haus dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 3. Lapar berlebihan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 4. Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 5. Pandangan kabur dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4.	Aktivitas-aktivitas 1. Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi. 2. monitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala. 3. monitor nadi dan tekanan darah ortostatik, sesuai indikasi. 4. Berikan insulin, sesuai resep. 5. Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan	1. Untuk mengetahui nilai-nilai normal kadar gula darah 2. Untuk memberikan tindakan medis yang tepat. 3. untuk mengetahui nilai normal tanda-tanda vital 4. Memberikan insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah gula dan darah tetap normal. 5. Untuk mendorong klien dan keluarga

		6. Peningkatan glukosa darah dipertahankan padac skala 3 ditingkatkan pada skala 4.	manajemin hiperglikemi. 6. Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selama periode sakit, termasuk penggunaan insulin, dan / atau obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan kapan mencari bantuan petugas kesehatan, sesuai kebutuhan. Pengajaran: peresepan diet 1. Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan. 2. Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengonsumsi makanan yang diperbolehkan.	untuk mengetahui dan dapat mengurangi penyebab dari hiperglikemia. 6. Untuk mengetahui metabolisme karbohidrat mulai terjadi gula darah akan berkurang sementara pasien tetap diberikan insulin maka hiperglikemia dapat terjadi.

2.	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan sensasi diabetes melitus	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Pembentukan bekas luka di pertahankan pada skala 3 di tingkatkan pada skala 2. 2. Ukuran luka berkurang di pertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2. 3. Erythema dikulit sekitarnya dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2. 4. Peradangan luka dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2. 5. Nekrosis dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 2.	Aktivitas-aktivitas: 1. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. 2. Melakukan perawatan luka. 3. Posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, dengan tepat. 4. Ajarkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur perawatan luka. 5. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.	1. Mengetahui perkembangan karakteristik dari luka 2. Mencegah resiko infeksi pada luka 3. Membantu kenyamananpasien. 4. Mengetahui tindakan yang dilakukan pada luka. 5. Keluarga dapat melaporkan atau mencegah kemungkinan terjadinya infeksi.

3.	Nyeri akut b/d agens cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan manajemen nyeri dapat terkontrol dengan hasil kriteria: 1. Nyeri yang dilaporkan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 2. Ekspresi nyeri wajah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 3. Tidak bisa beristrahat dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan pada skala 4. 4. Tekanan darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4	Aktivitas-aktivitas : 1. Lakukan pengkajian pencetus. 2. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. 3. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. 4. Dorong pasien untuk menggunakan obat-obat penurunan nyeri yang adekuat. 5. Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. 6. Dukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.	1. Pengkajian nyeri dilakukan dengan mengganti p: pemicu, q:kualitas, r: lokasi, s: skala, t: waktu. 2. Supaya pasien dapat mengatasi nyerinya dan

4.	Ansietas b/d ancaman pada status terkini	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pengurangan kecemasan dapat terkontrol dengan kriteria hasil: 1. Perasaan gelisa dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 2. Wajah tegang dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 3. Peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4. 4. Peningkatan frekuensi nadi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4.	Aktivitas-aktivitas : 1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 2. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. 3. Dengarkan pasien. 4. Dorong verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan. 5. Kaji untuk tanda verbal dan nonverbal kecemasan.	mengurangi intensitas nyerinya. 3. Membantu mengurangi nyerinya. 4. Untuk membantu penurunan nyeri 5. Membantu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien sewaktu-waktu. 1. Pendekatan pasien dan perawat bertujuan agar pasien mampu mengungkapkan masalah yang dihadapi. 2. Dukungan

				keluarga dapat memperkuat mekanisme koping pasien, sehingga tingkat ansietasnya berkurang. 3. Pasien dapat mengungkapkan penyebab kecemaannya sehingga perawat dapat menentukan tingkat kecemasan dan menentukan intervensi untuk pasien selanjutnya. 4. Untuk mengetahui ketakutan tentang penyakit yang dialami pasien, dapat membangun

				mekanisme koping pasien terhadap kevemasan yang dialaminya. 5. Mengobservasi tanda dan verbal dari kecemasan pasien, dapat mengetahui tingkat kecemasan yang pasien alami.

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama / umur : Tn. “S” / 62 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth III A / 351

Tanggal	Dx	Waktu	Pelaksanaan	Paraf
Selasa, 19-02-2019	II	15.00	Mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler Hasil: Pasien mengatakan, pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	Susanti
	I	15.30	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan memahami apa yang diinstruksikan oleh perawat mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen.	Susanti
	III	15.35	Melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. Hasil: Pasien mengatakan, pasien masih merasa cemas dengan penyakitnya yang diderita sekarang	Susanti
	I	15.45	Memonitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala. Hasil: Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±	Restiani

			30 cm.	
	I, II, III	16.20	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD:110/70 mmHg S:36,2°c N:80x/menit P:19x/menit	Restiani
	II	16.40	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Hasil: Tampak pasien mengubah posisi tidur dengan miring kanan, miring kiri.	Rexy
	II	17.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, berat (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Rexy
	II	17.30	Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri. Hasil: Tampak pasien melakukan apa yang di ajarkan oleh perawat seperti menarik nafas dalam lalu menghembuskan.	Susanti
	I	17.40	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selamma periode sakit,termasuk penggunaan insulin, dan/ atau obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat. Hasil:Tampak pasien dan keluarga mengerti dan	Susanti

			melakukan apa yang diinstruksikan oleh perawat.	
	I	17.50	Menyuntikkan obat insulin sesuai dengan instruksi dokter. Hasil: Apidra 10 unit /subcutan	Susanti
	I	18.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil:-Alpentin 1 tablet / oral -Utirizine 10 mg/oral	Susanti
	II	18.30	Mengatur diet yang diperluhkan Hasil: perawat menginstruksikan pasien keluargab untuk makan makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternative untuk garam, menyediakan pengganti gula menambah atau mengurangi kalori dan vitamin, mineral atau suplemen dan memberitahu kepada pasien dan keluarga jumlah kalori yang dikonsumsi sebanyak 1900 kkal.	Merlin
	III	18.40	Mendorong pasien untuk menggunakan obat-obat penurun nyeri yang adekuat. Hasil: Pasien mengatakan sudah meminum obat yang telah diberikan oleh perawat sesuai instruksi dokter.	Merlin
	III	18.50	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat. Hasil: Keluarga mengatakan, keluarga selalu mendampingi pasien selama sakit.	Susanti
	II	19.00	Mendengarkan klien	Susanti

			Hasil: Tampak pasien menyebutkan keluhan yang dirasakan	
	III	19.30	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, berat (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Rexy
	III	19.40	Mendorong verbalisasi perasaan, persepsi, dan ketakutan. Hasil: Tampak pasien mengungkapkan apa yang dialami sekarang mengenai kecemasan tentang penyakitnya.	Merlin
	III	20.00	Mengkaji verbal dan nonverbal kecemasan. Hasil: Pasien mengatakan masih merasa cemas dan takut dengan penyakitnya yang dialami sekarang.	Susanti
	I, II	22.00	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil: Pampak pasien berbaring di tempat tidur	Charles
	II, III	24.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil:-Utirizine 10 mg/oral -Dexametasone 20 mg/IV	Charles
	I	05.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter.	Merliana

			Hasil:-Lantus 12 unit/subcutan -Cefoperazone 1000 mg/IV	
	I	05.10	Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDP: 125 mg/dL	Charles
	I, II, III, IV	05.30	Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil:TD:120/70 mmHg S:36,4°c N:82x/menit P:18x/menit	Charles
	III	05.50	Mengkolaborasikan dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan. Hasil: Tampak keluarga pasien memperagakan teknik relaksasi nafas dalam.	Merliana
	I	06.30	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil: Apidra 10 unit/subcutan	Merliana
Rabu, 20-02-2019	II	07.15	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, berat (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Merliana
	II, III	07.20	Mengatur posisi pasien dengan posisi semi fowler. Hasil : Pasien mengatakan, pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan.	Susanti

	IV	07.30	Melakukan pendekatan yang tenang dan menyakinkan Hasil : Pasien mengatakan pasien masih merasa cemas dengan penyakitnya yang diderita sekarang.	Susanti
	I	07.50	Monitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala. Hasil : Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan pasien mengatakan tidak bisa membaca papan nama perawat dengan jarak ≥30cm.	Merlin
	III	08.00	Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil : Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan oleh perawat seperti menarik nafas dalam lalu menghembuskan	Merlin
	I	08.10	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia Hasil : Pasien dan kelurga mengatakan mengerti dan memahami apa yang diinstruksikan oleh perawat mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen.	Natalia
	II	08.30	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil:-tampak perawat membersihkan luka	Natalia

			pasien menggunakan cairan NaCl 0,9% -Tampak perawat memberikan salep pada luka dan membalut luka menggunakan kasa steril. Memonitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran dan bau Hasil: tampak luka berwarna kemerahan, tampak luka seluas ± 4 cm,dan luka tidak berbau	
	III	09.00	Mengkolaborasikan dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan. Hasil : Keluarga mengatakan, keluarga biasanya mengatur posisi pasien dengan memberikan posisi semi fowler terhadap	Paskalis
	IV	10.00	Mendengarkan klien Hasil : Tampak pasien menyebutkan keluhan yang dirasakan	Susanti
	II, III	10.10	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil : Cefoperazone 1000 mg/IV	Susanti
	I, II, III,IV	10.20	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD:130/70 mmHg S:36,8°c N:82x/menit P:19x/menit	Paskalis
	IV	10.50	Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat Hasil : Keluarga mengatakan, keluarga selalu	Charles

			mendampingi pasien selama sakit.	
	III	11.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, berat (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Susanti
	IV	11.30	Mengkaji untuk tanda verbal dan nonverbal kecemasan. Hasil : Pasien mengatakan masih merasa cemas dan takut dengan penyakitnya yang dialami sekarang.	Rexy
	I	11.50	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selama periode sakit,termasuk penggunaan insulin, dan/ atau obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat. Hasil : Tampak pasien mengonsumsi 1 buah pisang	Susanti
	I	11.50	Memberikan terapi obat sesuai instruksi dokter Hasil : Apidra 10 unit/subcutan	Merlin
	III	12.30	Mendorong pasien untuk menggunakan obat-obat penurun nyeri yang adekuat. Hasil : Pasien mengatakan selalu meminum obat yang diberikan oleh perawat.	Merlin
	II	13.00	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana	Rita

			menghindari infeksi Hasil: tampak perawat memberitahukan kepada pasien dan keluarga agar dapat menjaga lukanya tetap kering dan tidak boleh basah	
	III	13.15	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : Tampak pasien berbaring di tempat tidur	Rita
	III	16.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, sedang (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Robertus
	I, II, III, IV	16.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD:120/80 mmHg S:36°c N:84x/menit P: 18x/menit	Rita
	IV	17.30	Mendorong verbalisasi perasaan, persepsi, dan ketakutan. Hasil : Pampak pasien mengung kapkan apa yang dialami sekarang mengenai kecemasan tentang penyakitnya.	Rita
	I	17.50	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil :Apidra 10 unit/subcutan	Merliana
	III	18.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter	Restiani

			Hasil :-Alpentin 1 tablet/oral -Utirizine 10 mg/otral	
	I, II	18.05	Mengatur diet yang diperluhkan Hasil: perawat menginstruksikan pasien keluargab untuk makan makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternative untuk garam, menyediakan pengganti gula menambah atau mengurangi kalori dan vitamin, mineral atau suplemen dan memberitahu kepada pasien dan keluarga jumlah kalori yang dikonsumsi sebanyak 1900 kkal.	Restiani
	III	19.20	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Hasil : Tampak pasien mengubah posisi tidur dengan miring kanan, miring kiri.	Rita
	II	19.25	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 7, sedang (skala 7–9) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–10 detik.	Rita
	I	20.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan	Rita

			manajemen hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan yang siap saji.	
	III	20.15	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : Tampak pasien berbaring di tempat tidur	Rita
	I, II, III, IV	20.30	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD: 120/80 S: 36,6°C N: 82x/menit P: 18x/menit	Rita
	I, II, IV	22.00	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil :-Lantus 12 unit/subcutan -Cefoperazone 1000 mg/IV -Alprazolam 0,5 mg/oral	Rita
	II,III	24.00	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter Hasil:-Utirizine 10mg/oral -Dexamatasone 20 mg/IV	Rita
	I	05.10	Memonitor kadar gula darah Hasil: GDP: 129 mg/dL Melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.	Rita
Kamis, 21-02-2019	IV	07.30	Hasil : Pasien mengatakan, pasien masih merasa cemas dengan penyakitnya yang diderita sekarang.	Rita
	I	08.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia Hasil : Pasien dan kelurga mengatakan mengerti dan memahami apa yang diinstruksikan oleh perawat mengenai pencegahan, pengenalan	Rita

			tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen .	
	II	08.05	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil:-tampak perawat membersihkan luka pasien menggunakan cairan NaCl 0,9%. -Tampak perawat menggunakan salep pada luka dan membalut luka menggunakan kasa steril.	Rita
	II	08.50	Memonitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau Hasil: tampak luka berwarnah kemerahan, tampak luka seluas ± 4 cm, tampak tidak ada PUS, luka tidak berbau.	Rita
	III	10.00	Mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri Hasil : Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan oleh perawat seperti menarik nafas dalam lalu menghembuskan	Rita
	I	10.10	Monitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala. Hasil : Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan pasien mengatakan tidak bisa membaca papan nama perawat dengan jarak ≥30cm.	Susanti
	II,III	10.15	Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil : Cefoperazone 1000 mg/IV	Susanti

	I, II, III	10.13	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD:130/70 mmHg S:36,2°c N:88x/menit P: 17x/menit	Susanti
	I	11.50	Memberikan terapi obat sesuai instruksi dokter Hasil : Apidra 10 unit/subcutan	Susanti
	III	12.35	Mendukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Hasil : Tampak pasien berbaring di tempat tidur.	Susanti
	III	14.15	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada bagian punggung kaki kanan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 6, sedang (skala 4 – 6) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5 – 7 detik sudah mulai berkurang.	Susanti
	I	14.30	Menginstruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selama periode sakit,termasuk penggunaan insulin, dan/ atau obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat. Hasil : Tampak pasien mengonsumsi 1 buah pisang.	Susanti
	IV	14.40	Mengkaji untuk tanda verbal dan nonverbal kecemasan. Hasil : Pasien mengatakan sudah tidah merasa	Susanti

			cemas lagi dengan penyakitnya yang dialami sekarang.	
	IV	15.00	Mendorong verbalisasi perasaan, persepsi, dan ketakutan. Hasil : Tampak pasien mengungkapkan apa yang dialami sekarang mengenai kecemasan tentang penyakitnya.	
	I, II, III, IV	16.15	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD:110/90 mmHg S:36,2°C N: 82x/menit P: 18x/menit	Susanti
	II, III	16.25	Mengkolaborasikan dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan. Hasil : tampak kaki pasien dialas dengan bantal kepala	Susanti
	IV	16.30	Mendengarkan klien. Hasil : Tampak pasien menyebutkan keluhan yang dirasakan	Susanti
	III	17.00	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat. Hasil : Tampak pasien melakukan teknik relaksasi.	
	III	17.05	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada	Susanti

			bagian punggung kaki kanan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 7, sedang (skala 4 – 6) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–7 detik sudah mulai berkurang.	
	I	18.00	Memberikan obat sesuai dengan instruksi dokter. Hasil : -Apidra 10 unit/subcutan -Utirizine 10 mg/oral	Susanti
	I, II	18.05	Mengatur diet yang diperluhkan Hasil: perawat menginstruksikan pasien keluargab untuk makan makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternative untuk garam, menyediakan pengganti gula menambah atau mengurangi kalori dan vitamin, mineral atau suplemen dan memberitahu kepada pasien dan keluarga jumlah kalori yang dikonsumsi sebanyak 1900 kkal.	Susanti
	I	19.30	Menginstruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemen hiperglikemia Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak mengonsumsi makanan yang siap saji.	Rita
	III	21.35	Mengkolaborasikan dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan	Rita

			mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan. Hasil : Keluarga mengatakan, pasien biasanya memperagakan teknik relaksasi yang diajarkan oleh perawat Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD:120/80	
	I, II, III, IV	21.40	S:36°C N:84x/menit P:17x/menit	Rita
			Melakukan pengkajian nyeri komprehensif	
	III	21.50	Hasil : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pada bagian punggung kaki kanan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 6, sedang (skala 4 – 6) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 5–7 detik sudah mulai berkurang. Memberikan terapi obat sesuai dengan instruksi dokter.	Suasanti
	I, II, III	22.00	Hasil :-Lantus 12 unit/subcutan -Cefoperazone 1000 mg/IV	Rita
			Memonitor kadar glukosa darah Hasil: GDP: 125 mg/dL	
	I	05.10		K'Tia

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Tn. “ S “ / 62 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth III A / 351

Tanggal	Dx	Evaluasi data	Paraf perawat
Selasa, 19-02-2019	I	S : - Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan pasien mengatakan tidak bisa membaca papan nama perawat dengan jarak ±30cm. - Pasien mengatakan masih sering merasa lapar. - Pasien mengatakan luka pada bagian punggung kaki kanan. O: - GDP=179 mg/Dl - TTV: TD:120/70 mmHg S:36,4°c N:82x/menit P:18x/menit - Tampak pasien lemah. A : - Ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi. P: - Lanjutkan Intervensi	Susanti
	II	S: O: - Tampak pasien lemas - Tampak pasien lemah - TTV: TD:120/70 mmHg S:36,4°c N:82x/menit P:18x/menit A: - Belum menunjukkan penyembuhan luka P: Lanjutkan intrervensi - Monitor karakteristik lika, termasuk	Susanti

		drainase, warna, ukuran, dan bau. - Perawatan luka - Manajemen nutrisi	
	III	S: - Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk) - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri pada punggungkaki kanan - Pasien mengatakan nyeri pada skala 5 sedang (skala 4-6) - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 1-3 detik. O: - TTV TD:120/70 mmHg S:36,4°c N:82x/menit P:18x/menit - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien lemas. A: - Nyeri belum teratasi P: - Lanjutkan Intervensi	Susanti
	IV	S: - Pasien mengatakan pasien masih merasa cemas dengan penyakitnya yang diderita sekarang. - Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul lagi dengan keluarganya. O: - TTV TD:120/70 mmHg S:36,4°c N:82x/menit P:18x/menit - Tampak pasien mengungkapkan	Susanti

		apa yang dialami sekarang mengenai kecemasan tentang penyakitnya. - Tampak wajah pasien tegang A: - Ansietas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi.	
Rabu, 20-02-2019	I	S: - Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan pasien mengatakan tidak bisa membaca papan nama perawat dengan jarak ≥30cm. - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan memahami apa yang diinstruksikan oleh perawat mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia, manajemen hiperglikemi - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan yang siap saji. - Pasien mengatakan luka pada bagian punggung kaki kanan. O : - Tanda-tanda vital TD:130/80 S:36,6°C N:82x/menit P:18x/menit - Tampak pasien lemah - Hasil GDP: 129 mg/dL. A: - Ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi	Rita
	II	S: O:	Rita

		- Tampak pasien lemas - Tampak pasien lemah - TTV: TD:130/80 S:36,6°C N:82x/menit P:18x/menit A: - Belum menunjukkan penyembuhan luka P: Lanjutkan intrervensi - Monitor karakteristik lika, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. - Perawatan luka - Manajemen nutrisi	
	III	S: - Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk), nyeri dirasakan sudah mulai berkurang, dirasakan pada bagian punggung kaki kanan dengan skala nyeri 4, sedang (skala 4 – 6) dan nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 1 – 3 detik. O : - Tanda-tanda vital TD:130/80 S:36,6°C N:82x/menit P:18x/menit - Tampak wajah pasien meringis - Tampak pasien lemas. A: - Nyeri belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi	Rita
	IV	S: - Pasien mengatakan, pasien masih merasa cemas dengan penyakitnya yang diderita sekarang.	Rita

		- Keluarga mengatakan keluarga selalu mendampingi pasien selama sakit. O: - Tanda-tanda vital TD:130/80 S:36,6°C N:82x/menit P:18x/menit - Tampak pasien mengungkapkan apa yang dialam sekarang mengenai kecemasan tentang penyakitnya. - Tampak wajah pasien tegang A: - Ansietas belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi.	
Kamis, 21-02-2019	I	S: - Pasien mengatakan, pasien masih sering BAK dan pasien mengatakan tidak bisa membaca papan nama perawat dengan jarak ≥30cm. - Pasien dan kelurga mengatakan mengerti dan memahami apa yang diinstruksikan oleh perawat mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia, manajemen hiperglikemi. - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan yang siap saji. - Pasien mengatakan luka pada bagian punggung kaki kanan masih ada - Pasien mengatakan, pasien mengonsumsi 1 buah pisang sebagai pengganti karbohidrat O : - Tanda-tanda vital	Susanti

	II	- TD:120/80 S:36°C N:84x/menit P:17x/menit - Tampak pasien lemah - Hasil GDP: 125 mg/dL. A : - Masalah ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi S: O: - Tampak pasien lemas - Tampak pasien lemah - TTV: TD:120/80 mmHg S:36°c N:84x/menit P:17x/menit A: - Belum menunjukkan penyembuhan luka P: Lanjutkan intrervensi - Monitor karakteristik lika, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. - Perawatan luka - Manajemen nutrisi	Rita
	III	S: - Pasien mengatakan nyeri timbul sewaktu-waktu (baik tidur maupun duduk) sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk pada awal masuk tapi sekarang mulai berkurang - Pasien mengatakan nyeri pada punggung kaki kanan mulai berkurang - Pasien mengatakan nyeri pada skala 4 sedang (skala 4-6) mulai berkurang	Susanti

		- Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dengan durasi 1-2 detik mulai berkurang - Pasien mengatakan, pasien merasa nyaman dengan mengubah posisi miring kanan, miring kiri O : - Tanda-tanda vital - TD:120/80 S:36°C N:84x/menit P:17x/menit - Tampak wajah pasien rileks - Tampak pasien tenang A: - Masalah sebagian teratasi P: - Lanjutkan intervensi	
	IV	S: - Pasien mengatakan, sudah tidak merasa cemas lagi mengenai masalah penyakitnya yang diderita sekarang. - Keluarga mengatakan, keluarga selalu mendampingi pasien selama sakit. O: - Tanda-tanda vital TD:120/80 S:36,6°C N:84x/menit P:17x/menit - Tampak wajah pasien rileks A: - Ansietas sudah teratasi P: - Stop intervensi.	Rita

F. Daftar obat yang diberikan pada pasien.

Nama / umur : Tn. “ S “ / 62 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth III A / 351

1. Nama obat : Cefoperazone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : Dewasa dan anak-anak > 12 tahu n 1-2 Tahun 1-2 gr sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gr
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1000 mg / 12 jam
   d. Cara pemberian obat : Injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Cefoperazone diabsorbsi sempurna setelah pemberian secara intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi kedalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan , konsentrasi bakteri sidal menetap selama 24 jam,80-90%.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :obat in diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri pada pasien karna luka diabetik yang dialami oleh pasien
   g. Kontraindikasi : Hipersensivitas terhadap anti biotik golongan sefalosflorin pada penderita alergi penicillin, kemungkinan reaksi alergi silang harus dipikirkan .
   h. Efek samping : Gangguan pencernaan diare ,mual, mumtah, stomatitis dan glottis, reaksi kulit eksterna, darmatitis ,alergi dan gatal.

2. Nama obat : Lantus
   a. Klasifikasi/ golongan obat : Antidiabetika parenteral
   b. Dosis umum : 12 unit/hari
   c. Dosis untuk pasien : 12 unit
   d. Cara pemberian obat : Subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang atau bekerja secara lambat yaitu 24 jam. Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien: Insulin ini diberikan kepada pasien untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari karena pasien mengalami hiperglikemia.
   g. Kontraindikasi : Hipersensitif
   h. Efek samping obat : Hipoglikemia

3. Nama obat : Alpentin
   a. Klasifikasi/golongan obat : Obat antiepilepsi dan Pereda nyeri.
   b. Dosis umum : 300 mg
   c. Dosis untuk pasien : 300 mg
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Mengendalikan epilepsi dan rasa nyeri.
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien: Alpentin digunakan untukmengobati nyeri akibat infeksi diabetes.
   g. Kontraindikasi: Morfin dapat meningkatkan kadar alpentin didalam plasma darah.
   h. Efek samping obat: Konstipasi

4. Nama obat : Apidra
   a. Klasifikasi/golongan obat : *Insulin long acting*
   b. Dosis umum : 10 unit
   c. Dosis untuk pasien : 10 unit
   d. Cara pemberian obat : Subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Sebagai terapi insulin untuk penderita diabetes mellitus
   f. Alasan pemberian obat kepada pasien : Apidra memiliki kemampuan menurunkan gula darah
   g. Kontraindikasi : Hipersensitivitas
   h. Efek samping obat : Hipoglikemia.

5. Nama obat : Alprazolam
   a. Klasifikasi/golongan : benzodiazepine
   b. Dosis umum : 0,25-0,5 mg
   c. Dosis umum untuk pasien yang bersangkutan: 0,5mg
   d. Cara pemberian : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Alprazolam bekerja didalam otak dan saraf untuk menghasilkan efek menenangkan dengan meningkatkan aktivitas zat kimia alami dalam tubuh yang disebut asam gamma-aminobutirat
      (GABA)
   f. Kontraindikasi : pasien dengan gangguan kecemasan dan gangguan panik.
   g. Efek samping : gejala umum yang biasa terjadiseperti reaksi alergi gatal-gatal mual muntah,berkeringat,kesulitbernapas.

6. Nama obat : Ketorolak

a. Klasifikasi/golongan obat : nonsteroid atau inflamatoridrag.

b. Dosis umum : IM paien kurang dari 65 tahun

1 dosis 60mg,IV pasien lebih dari 65 tahun 35 mg. oral 100 Mg 4 kali sehari.

c. Dosis untuk pasien : 30 mg/8 jam

d. Cara pemberian : Intravena

e. Mekanisme obat dan fungsi obat : ketorolak bekerja dengan memblok produksi substansi yang dialami tubuh yang menyebabkan inflamasi.efek ini dapat mengurangi bengkak nyeri atau demam.

f. Alasan diberikan obat : pasien mengeluh nyeri pada luka diabetik

g. Kontraindikasi :hipersensitivitas terhadap obat

h. Efek samping :nyeri dada,cemas, sesak, BAB hitam,batuk darah,demam,sakittenggorokan dan sakit kepalah.

7.Nama obat : cetirizine

a. Klasifikasi/golongan obat : antihistamin

b dosis umum : 10 mg

c. cara pemberian : oral

d. mekanisme obat dan fungsi obat: meredahkan gejala alergi

e. kontraindikasi : histamine yang mengandung zat kimia yang menyebabkan alergi

f. efek samping : mengantuk, pushing, lemas dan lelah ,mual, pusing,mulut kering

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan praktek asuhan keperawatan pada Tn “S” yang berusia 62 tahun dengan kasus DM Tipe II diruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 19 Februari 2019 – 21 Februari 2019 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana penulis terapkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien DM Tipe II. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Tn “S” berumur 62 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Pada Tanggal 14 Februari 2019 dengan keluhan utama luka pada punggung kaki kanan yang tidak sembuh-sembuh. Pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu, kaki kanan dan tangan kanan terasa kesemutan dan terdapat luka pada bagian punggung kaki kanan.Keluhan ini masih dirasakan saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 19 April 2019, disertai dengan nyeri pada punggung kaki sebelah kanan. Tampak luka sebagian kemerahan dengan ukuran 4 cm. Tampak ekspresi wajah pasien meringis, observasi TTV: TD: 140/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,3 °C, P: 20x/menit. Finger print kembali dalam waktu 3 detik. Pemeriksaan laboratorium RBC: 4,46 , HGB: 13,5. GDS: 239 mg/dL dan terapi yang diberikan kepada pasien terpasang cairan RL 500 cc 20 tetes/menit, terapi obat seperti Lantus 0-0-12 Unit/SC, Alpentin 0-0-1/oral, Cefoperazone 1000 mg/12 jam/IV, Apidra 3x10 Unit/SC, Utirizine 10 mg/oral, Dexamethasone 20 mg/I V, Alprazolam 0,5 mg/oral.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan faktor resiko penyakit DM tipe II yaitu dari hasil pemeriksaan GDS : 239 mg/dL yang menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia, didukung dengan faktor usia, pada umumnya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun keatas.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari DM tipe II faktor usia, faktor lingkungan, obesitas atau kegemukan. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit DM tipe II adalah faktor pola makan karena penurunan kalori berupa karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, merupakan faktor eksternal yang dapat merubah integritas dan fungsi sel beta individu yang rentan. Individu yang kelebihan berat badan harus melakukan diet untuk mengurangi kebutuhan kalori sampai berat badannya turun mencapai batas ideal. Dan didukung oleh faktor usia karena resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun, serta obesitas yang mengakibatkan sel-sel beta pancreas mengalami hipertropi yang akan mengalami penurunan produksi insulin.

Pengamatan kasus yang dijumpai oleh penulis tidak semuanya sama dengan tinjauan teori. Peningkatan infeksi terjadi pada pasien karena dipunggung kaki kanan pasien terdapat luka diabetik berwarna kemerahan, ukuran luka ± 4 cm didukung oleh pemberian antibiotik sejak pertama masuk rumah sakit, hal ini dapat menghambat pertumbuhan jamur dan bakteri penyebab luka.

Pada tinjauan teoritis dari beberapa tanda dan gejala muncul yaitu poliura, polidipsi, polifagia, serta luka yang tidak sembuh-sembuh.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian, penulis mengatakan 3 diagnosa keperawatan pada Tn “S” yaitu:

1. Risiko ketidakstabilankadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup.

Penulis mengangkat diagnose ini karena penulis mendapat data yang mendukung yakni Pasien mengatakan makan >3x sehari, pasien mengatakan nafsu makannya meningkat, pasien mengatakan mengonsumsi kopi 3 gelas/hari yang ditambahkan gula pasir sebanyak 2-3 sendok dalam 1 gelas, pasien juga mengatakan ia menyukai madu. Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan GDS 239 mg/dL.

2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapat data yang mendukung yakni pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu ada luka pada bagian punggung kaki kanan dengan ukuran ± 4 cm, tampak luka berwarna kemerahan.

3. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapat data yang mendukung yakni Pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu, kaki kanan dan tangan kanan terasa kesemutan. Pasien mengatakan luka pada punggung kaki kanan dengan ukuran ± 4 cm yang tidak sembuh-sembuh disertai nyari yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk serta nyeri muncul sekitar 5-10 detik dengan skala nyeri 7, berat(skala 1-10).

4. Ansietas b/d ancaman pada status terkini

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapat data yang mendukung yakni Pasien mengatakan takut dan cemas dengan keadaannya sekarang bila penyakitnya tidak bisa disembuhkan atau dapat menimbulkan penyakit lainnya.Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul bersama keluarganya.Tampak pasien sering menanyakan mengenai tentang penyakitnya. Bila dibandingkan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu :

   a. Keletihan b/d status penyakit

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis menyimpulkan bahwa keletihan tidak dapat terjadi karena kelebihan asupan asupan makanan yang masuk kedalam tubuh.

b. Risiko tinggi infeksi

Diagnosa ini tidak diangkat karena penulis menggantinya dengan diagnose nyeri akut b/d agens cedera fisik yang ditandai dengan penyakit Diabetes Melitus

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukkan oral.

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti mual, muntah serta IMT pada pasien juga dalam batas normal yaitu 22,8 kg kesimpulan : berat badan normal

C. Rencana keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnose keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup.

Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi, monitor tanda dan gejalah hiperglikemia, polyuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur, atau sakit kepala, monitor nadi dan tekanan darah ortostatik, sesuai indikasi, Berikan insulin, sesuai resep, Instruksikan pasien dan keluarga mengenai pencegahan, pengenalan tanda-tanda hiperglikemia dan manajemin hiperglikemi, Instruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes selama periode sakit, termasuk penggunaan insulin, dan /

atau obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan kapan mencari bantuan petugas kesehatan, sesuai kebutuhan.

2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Untuk diagnosa ini, intervensi yang dilakukan antara lain:

   Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau, melakukan perawatan luka, posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, dengan tepat, ajarkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur perawatan luka, anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.

3. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

   Untuk diagnosa ini, intervensi yang dilakukan antara lain : Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi , karakteristik ,onset/durasi , frekuensi ,kualitas , intensitas , atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyerinya dengan tepat, dorong pasien untuk menggunakan obat-obat penurunan nyeri yang adekuat, kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan, dukung istrahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

4. Ansietas b/d ancaman pada status terkini

   Untuk diagnose ini, intrvensi yang dilakukan antara lain : .Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, dengarkan pasien, dorong verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan, kaji untuk tanda verbal dan nonverbal kecemasan.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacuh pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejalah yang ingin diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini

penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, masalah ketidakstabilan glukosa dalam darah semua intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah nyeri akut semua intervensi juga telah dilakukan dan masalah ansietas semua intervensi juga telah dilakukan.

E. Evaluasi

Pada tahap akhir dari asuhan keperawatan adalah melakukan evaluasi untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai. Hasil evaluasi yang dirumuskan penulis setelah melakukan implementasi selama 3 hari adalah sebagai berikut :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko asupan diet tidak cukup

   Untuk masalah ini sudah mulai teratasi, karena pasien mengatakan makan 3x sehari sesuai yang disarankan oleh perawat, hasil GDP : 125 mg/dL, tampak pasien sudah membatasi asupan makan dan mengurangi makan yang manis-manis dan intervensi tetap dilanjutkan.
2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Untuk masalah ini belum teratasi
3. Nyeri akut b/d agens cedera biologis

   Untuk masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk berlangsung sekitar 5-7 detik, nyeri pada skala 6, sedang (skala 1-10), tanda-tanda vital dalam kategori normal dan masih nyeri pada punggung kaki sebelah kanan dan intervensi tetap dilanjutkan.
4. Ansietas b/d ancaman pada status terkini

Untuk masalah ini sudah teratasi karena pasien mengatakan, ia sudah tidak merasa cemas lagi dan tidak menanyakan masalah penyakitnya karena ia yakin bahwa ia akan sembuh dari penyakitnya dan akan segera berkumpul bersama keluarganya dan intervensi tidak dilanjutkan lagi.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkassjian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.”S” umur 62 tahun dengan diabetes melitus tipe 2 maka penulis manarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

1. Penyebab dari diabetes tipe 2 pada kasus Tn.”S” adalah faktor pola maka, serta didukung oleh faktor usia dan ada riwayat genetik penyakit DM tipe 2 pada anggota keluarga. Berdasarkan pengkajian penulis juga menemukan data dari pasien antara lain pasien merasa lemas, poliuria, dan polidipsi, dan ditemukan GDS : 239 mg/dL
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tn.”S” masalah yang ditemukan adalah risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d asupan diet tidak cukup, kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme, nyeri akut b/d agens cedera fisik dan ansietas b/d ancaman pada status terkini.
3. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari penulis menemukan bahwa masalah ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi ditandai dengan gds masih sama, sedangkan pada diagnosa nyeri akut sudah sebagian teratasi karena pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang serta pada diagnosa terakhir yaitu ansietas sudah teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas lagi mengenai masalah penyakit yang diderita sekarang, dan stop intervensi.
4. Keberhasilan asuhan keperawatan ditentukan oleh beberapa faktor antara lain adanya kerja sama antar perawat, pasien dan tenaga kesehatan lainnya, dan keluarga sehingga masalah yang ada dapat teratasi

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tn.”S” dengan penyakit DM tipe 2, maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta dapat bermanfaat bagi semua pihak :

1. Bagi rumah sakit

   Dengan semakin meningkatnya angka kematian yang disebabkan penyakit DM tipe 2 maka penulis mengharapkan agar Rumah Sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam penyuluhan tindakan kuratif dan kolaborasi antara tenaga kesehatan.

2. Bagi institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi dapat meningkatkan mutuh pendiddikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang professional.Dalam hal ini penulis mengharapkan agar institusi selalu menyadiakan buku-buku yang terkait dengan DM tipe 2 sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi.

3. Bagi pasien dan keluarga

   Dari faktor predisposisi dan penyakit DM tipe 2 pada pasien Tn.”S”, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan kepada pasien dalam perubahan pola hidupnya.

4. Bagi mahasiswa

   Diharapkan lebih meningkat pengetahuan, keterampilan atau praktek khusus dalam bidang keperawatan dan mengikuti perkembangan terbaru didunia dalam bidang keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

Adiningsih RU. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian DM Tipe 2 Pada Orang Dewasa Di Kota Padang Panjang [tesis]. Padang: Universitas Andalas;2011.

American Diabetes Association.Diagnosis and classification of diabetes mellitus.Diabetes Care 2010; 33 (*Suppl* 1):S62-S69.

Arjuna, R. 2015. *Penyakit diabetes mellitus dan komplikasi*

RISKESDAS. 2018. Https://makassarkota.bps.go.iddiakses tanggal 20 Februari 2019

Brunner & Suddarth; 2014.*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.Edisi 8.Volume 2.Jakarta : EGC

Doenges, M. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan.*Edisi 3.EGC. Jakarta

Doenges, M,E : Moorthouse, M.F dan Murr, A.C. 2015. Manual Diagnosa Keperawatan.Edisi 3.Jakarta : EGC

Medical Record RS.Stella Maris Makassar. Kasus Diabetes Melitus Periode 2016-2018

Nurjannah, I & Tumanggor, R. 2013.Nursing Interventions Classification(NIC). Edisi 6, edisi bahasa Indonesia: Elseiver

Nurjannah, I & Tumanggor, R. 2013.Nursing Outcomes Classification(NOC). Edisi 5, edisi bahasa Indonesia: Elseiver

Price, S. 2015. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit.*EGC. Jakarta

Safari.(2013). Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan pendekatan NANDA NIC NOC.Jakarta : Salemba Medika.

Smeltzer S C, Bare B G, Hinkle J L, & Cheever K H. Brunner & Suddarth's: Textbook of medical- surgical nursing. Edisi 12.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010

Tandra.(2013).Diabetes mengapa & bagaimana?.yogyakarta: Rapa publishing.

Taylor, Cynthia. dkk. 2011. *Diagnosis Keperawatan: Dengan Rencana Asuhan.* Edisi 10. EGC. Jakarta

WHO Fact Sheet of Diabetes, 2016

World Health Organization.2016.*Global Report on diabetes*. France: World Health Organization.

http://lukisanhati.blogspot.co.id/2014/01/makalah-dm-diabetes-melitus.html

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Rita (E1614401034)
Susanti (E1614401039)
Kelas : IIIA / DIII Keperawatan
Pembimbing : Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tgl.	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1	21 Februari 2019	Pengkajian bab III	Memperbaiki pola yang bermasalah dengan pasien	
2	5 Maret 2019	Bab II	Pengetikan dan melengkapi narasumber	
3	16 Maret 2019	Bab I dan bab III	Mencari data dari rumah sakit	
4	19 Maret 2019	Bab I	Melengkapi data WHO, data statistik kota Makassar, Sulawesi selatan dan data MRO RS.Stella Maris	
5	29 April 2019	Bab I	Melengkapi data WHO dan perbaikan pengetikan	
6	4 Mei 2019	Bab I, III, IV	Pengkajian dan pengetikan	
7	16 Mei 2019	Bab I - V	Pengetikan dan pathway	
8	17 Mei 2019	Bab II	Pathway	