KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

ANDI SUMARNI A.D
E1614401045
ANGELA M.DOMINGGUS
E1614401046

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmia judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE* II DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RS STELLA MARIS" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Dianjurkan Oleh :

Nama Mahasiswa : ANDI SUMARNI A.D (E1614401045)
ANGELA M.DOMINGGUS (E1614401046)

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(Mery Solon, Ns.,M.Kes)

NIDN 09121065012

Mengetahui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 21 Mei 2019
Pukul	: 14.00-15.30 WITA
Tempat	: Kampus Stik Stella Maris

Tim Penguji:

1. Elmiana Bongga Linggi Ns.,M.Kes (.....)
2. Yuliana Tolaba Ns.,M.Kep (.....)
3. Mery Solon Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Andi Sumarni A.D.
Tempat/Tanggal Lahir	: Maros, 13 Agustus 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Datu museng

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Ambo Dalle/DG Siang
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Dusun Mappassaile

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Watang Bengo	: Tahun 2004 - 2010
SMP Negeri 7 Cenrana	: Tahun 2010 - 2013
SMA Negeri 12 Cenrana	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Angela M Dominggus
Tempat/Tanggal Lahir	: Polewali, 30 Agustus 1997
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Datu museng no.21 D

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Dominggus/ Marta Marni
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani/IRT
Alamat	: Polewali

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 303 Rajang balla	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 01 Polewali	: Tahun 2009 - 2012
SMAN 2 Polewali	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "H" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT 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 menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik berupa moral maupun materi, sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.si,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dengan sabar dan bijaksana.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Prodi DIII STIK Stella Maris Makassar, sekaligus selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. dr. Thomas Soeharto, MMR selaku direktur RS Stella Maris makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk Karya Tulis ilmiah ini.

5. Bapak dan Ibu dosen pengajar beserta staf 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.
6. Kepada bagian, pembimbing praktek dan para pegawai di ruang perawatan St. Bernadeth III.B RS Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Tn. “H” selaku pasien di RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan dan telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teristimewa saya ucapkan banyak terima kasih kepada kedua orang tua dari Angela Marici Dominggus (bapak, Dominggus dan Ibu Marta Marni) dan Andi Sumarni A.D (bapak, Ambo Dalle dan Ibu Daeng Siang) untuk Doa, motivasi, dukungan dan kerja kerasnya selama ini dan juga semua keluarga yang telah memberi dukungan dan terkhusus buat seseorang yang selalu memberi dukungan dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh rekan-rekan seperjuangan mahasiswa/i STIK Stella Maris kelas DIII tingkat 3 yang telah menjadi sahabat terbaik bagi penulis.

Akhirnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan karena keterbatasan dan pengalaman ilmu yang dimiliki oleh penulis. Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, penulis mengharapkan kritikan dan saran dari para pembaca yang sifatnya membangun dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, 3 Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL
LEMBAR PENGESAHAN
LEMBAR PERSETUJUAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
DAFTAR GAMBAR..... v
DAFTAR TABEL.....vi
BAB I PENDAHULUAN.....1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika penulisan 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS.....7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 9
3. Etiologi 12
4. Patofisiologi.....13
5. Manifestasi Klinis 14
6. Pemeriksaan Penunjang.....16
7. Penatalaksanaan Medik 17

8. Komplikasi 20
B. Konsep Dasar Keperawatan 22
1. Pengkajian 22
2. Diagnosa Keperawatan 25
3. Perencanaan Keperawatan 25
4. Discharge Planning 30
C. Patoflowdiagram 32

BAB III PENGAMATAN KASUS.....36
A. Pengkajian 37
B. Analisa Data 56
C. Diagnosa Keperawatan 59
D. Intervensi Keperawatan.....60
E. Implementasi Keperawatan 67
F. Evaluasi Keperawatan.....79
G. Daftar Obat…….85

BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....89
A. Pengkajian……89
B Diagnosa Keperawatan……...91
C Rencana Keperawatan……...92
D Impementasi Keperawatan……...93
E Evaluasi Keperawatan……93

BAB V PENUTUP.....95
A. Kesimpulan 95
B. Saran 96

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penampang Pankreas……9
Gambar 2.2 Patoflodiagram Diabetes Mellitus ……...……..……...32
Gambar 3.1 Genogram Pasien……...39

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium……..55
Tabel 3.3 Analisa Data……....56
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan…….59
Table 3.5 Intervensi Keperawatan…….60
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan……..67
Table 3.7 Evaluasi Keperawatan……...79

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia saat ini tengah menghadapi masa transisi epidemiologi dalam masalah kesehatan, dimana penyakit menular belum seluruhnya dapat teratasi. Sementara tren fenomena penyakit tidak menular (PTM) cenderung terus meningkat. Data WHO *Global Report on Non Communicable* (NCD) menyebutkan bahwa presentase kematian akibat PTM memiliki proporsi sebesar 63% dibandingkan dengan penyakit menular. Riskesdes 2018 menunjukan prevalensi penyakit tidak menular antara lain kanker dari 1,4% (Riskesdes 2013) naik menjadi 1,8%, stroke dari 7% naik menjadi 10,9% , penyakit ginjal kronis dari 2% naik menjadi 3,8%. Berdasarkan pemeriksaan gula darah, diabetes melitus dari 6,9% naik menjadi 8,5% dan hasil pengukuran tekanan darah dari 25,8% naik menjadi 34,1% yang di akibatkan perilaku hidup yang tidak sehat seperti, pola makan dengan gizi tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok, konsumsi minuman beralkohol serta kurangnya konsumsi buah dan sayur (Norjani 2017).

Data WHO pada tahun 2015 merilis jumlah penderita *diabetes melitus* (DM) saat ini naik menjadi 415 juta orang dan diperkirakan pada tahun 2040 jumlah penderita DM akan naik menjadi 642 juta jiwa. Hampir 80 % orang DM ada di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2015, presentase orang dewasa dengan DM adalah 8,5 % (1 diantara 11 orang dewasa menyandang *diabetes melitus*). Pada tahun 2013 salah satu beban pengeluaran terbesar di dunia karena penyakit diabetes sekitar 6,12 milyar dolar yang diestimasikan 11% dari total

pembelanjaan langsung dari pusat kesehatan dunia. (NH.Cho.Praktik klinik Res.Diabetes 2018).

International Diabetes Federation (IDF) tahun 2015 menyebutkan bahwa Indonesia menempati peringkat ke tujuh di dunia untuk pravelensi penderita *diabetes* tertinggi setelah China, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, Meksiko dengan jumlah estimasi orang dengan *diabetes melitus* sebesar 10 juta jiwa. Presentase kematian akibat *diabe*tes di Indonesia merupakan tertinggi kedua setelah Srilanka dan *diabetes* dengan komplikasi merupakan kematian tertinggi ketiga di Indonesia. Pravelensi orang dengan *diabetes* di Indonesia pada tahun 2013 menunjukan angka 6,9% pada orang dewasa dan ditahun 2018 terus melonjak menjadi 8,5%. Sebanyak 2/3 orang dengan *diabetes* tidak mengetahui bahwa dirinya mengalami *diabetes*, dan berpotensi untuk mengakses layanan kesehatan dalam kondisi terlambat (sudah dengan komplikasi), (NH.Cho.Praktik klinik Res.Diabetes 2018).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukan pravelensi berdasarkan *diabetes* yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di wilayah DKI jakarta (3,4%), Kalimantan Barat (11,1%), Maluku Utara (11,1%), Riau (10,4%), Bangka Belitung (8,6%), Nanggroe Aceh Darussalam (8,5%), Sulawesi tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3%), (Jurnalis, Muhammad Sukardi 2018).

Berdasarkan data yang diambil dari unit Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan total pasien yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan DM tipe II pada tahun 2016 sebanyak 455 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun sebanyak 1,80%. Pada tahun 2017 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 480 jiwa. Lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 1,80%, sedangkan laki-laki sebanyak 2,31%.

Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun sebanyak 1,70%. Pada tahun 2018 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 473 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun, sebayak 1,81%. Dari data di atas yang didapatkan dari MRO RS Stella Maris Makassar tiga tahun berturut-turut dari tahun 2016-2018 menunjukan jumlah penderita yang relatif tinggi. Jumlah pasien yang keluar dari RS karena meninggal selalu meningkat setiap tahunnya, mulai dari tahun 2016 sebanyak 33 jiwa, dari tahun 2017 sebanyak 41 jiwa, dan pada tahun 2018 sebanyak 54 jiwa. (Medical Record, RS Stella Maris Makassar 2018).

Tingginya angka kejadian DM tipe II serta efek yang ditimbulkan akibat penyakit DM terhadap kualitas hidup pasien dan beban ekonomi yang harus ditanggung keluarga memerlukan perhatian dalam bidang keperawatan. Dasar inilah yang mencetuskan minat penulis untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien *Diabetes Melitus* Tipe II’ di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan DM tipe II di RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus Penulis Mampu :
   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien DM tipe II
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien DM tipe II
   c. Menyusun perencanaan pada pasien DM tipe II
   d. Melaksanakan intervensi pada pasien DM tipe II
   e. Membuat evaluasi pada pasien DM tipe II

C. Manfaat penulisan

1. Bagi institusi/pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai masukan tenaga keperawatan serta sebagai bahan bacaan dari sumber informasi dalam mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe II.

3. Bagi Mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien dengan DM serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

4. 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.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

   Memperoleh informasi dari buku maupun internet mengenai informasi DM

2. Studi Kasus

   Metode ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan.

   a. Observasi

      Yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait.

   c. Pemeriksaan Fisik

      Dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

   d. Dokumentasi

      Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, RM, dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Untuk memperoleh gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ini, penulis membagi dalam lima bab, yaitu:

BAB I: Pendahuluan yang memuat tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan teoritis meliputi : Konsep dasar medis yang terdiri dari : Pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, gambaran klinis, penatalaksanaan, komplikasi. Konsep dasar keperawatan yang terdiri dari : Pengkajian data, perencanaan, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi.

BAB III: Tinjauan kasus membahas asuhan keperawatan pada Tn. “H” yang dirawat di ruangan Bernadeth III B dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

BAB IV: Pembahasan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dan praktek keperawatan yang telah dilaksanakan pada kasus yang telah ditentukan.

BAB V: Simpulan dan saran

Kesimpulan: Merupakan intisari dari seluruh karya tulis ini.

Saran : Merupakan masukan yang bermanfaat bagi semua pihak yang berhubungan langsung dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Diabetes melitus atau kencing manis adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan glikogen dengan semestinya karena terjadi *hiperglikemia* yang disertai dengan berbagai kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada tubuh (Nur Aini, 2016)

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

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

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah penyakit yang di sebabkan oleh kekurangan hormon insulin yang ditandai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein dan peningkatan kadar glukosa darah (*hiperglikemia*) karena kekurangan insulin.

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Perkeni (2006) mengklasifikasikan diabetes melitus menjadi empat, yaitu:

a. Diabetes Melitus tipe I

Diabetes melitus tipe I atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM) merupakan kondisi autoimun yang menyebabkan kerusakan sel β pankreas sehingga timbul defisiensi insulin absolut. Pada Diabetes Melitus tipe I sistem imun tubuh sendiri secara spesifik menyerang dan merusak sel-sel penghasil insulin yang terdapat pada pankreas. Belum diketahui hal apa yang memicu terjadinya kejadian autoimun ini, namun bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa faktor genetik dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam prosesnya. Sekitar 70-90% sel β hancur sebelum timbul gejala klinis. Pasien Diabetes Melitus tipe I harus menggunakan injeksi insulin dan menjalankan diet secara ketat.

b. Diabetes Melitus tipe II

Diabetes Melitus tipe II atau Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yaitu diabetes melitus yang tidak tergantung pada insulin. Diabetes melitus ini terjadi akibat penurunan sensivitas (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus ini banyak ditemukan pada individu berusia >30 tahun dan pada obesitas.

c. Diabetes Melitus sekunder

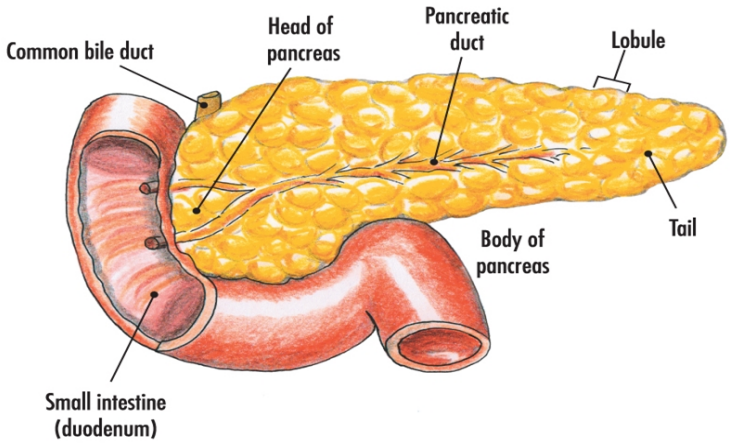
Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan penyakit tertentu atau sindrom lainnya misalnya penyakit pankreas, penyakit hormonal, sirosis hepatik, zat kimia dan obat-obatan.

d. Diabetes Melitus Gestational (DMG)

Diabetes melitus yang terjadi pada masa kehamilan disebabkan oleh peningkatan hormon yang disekresi oleh plasenta dan menghambat kerja insulin. Biasanya kerja insulin akan kembali normal setelah melahirkan.

3. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Penampang Pankreas

Sumber : (psychologymania.com)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung atau di retroperitoneal rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limpa. Panjangnya kira-kira 12-15 cm dan beratnya 60-90 gram. Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar ludah, masing-masing kelenjar bersatu menjadi duktus pankreastitis dan duktus koleduktus. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau Langerhans berisi sel beta yang mengeluarkan hormone

insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung >100.000 pulau Langerhans dan tiap pulau berisi 100 sel beta.

Bagian-bagian dari pankreas:

1) Kaput pankreas yang terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum
2) Korpus pankreas adalah bagian utama pankreas letaknya dibelakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama
3) Ekor pankreas adalah bagian runcing di sebelah kiri yang menyentuh limpa (Ernawati, 2013)

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ eksokrin dan endokrin menurut (Sheerwood, 2012) :

1) Fungsi Eksokrin

Fungsi eksokrin yang membentuk getah pankreas berisi enzim dan elektrolit dialirkan ke duodenum yang berfungsi untuk proses pencernaan melalui duktus pankreastitis.

Ada 3 jenis enzim pankreas yaitu:

a) Amilase : 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 3 jenis sel yaitu:

a) Sel Alfa menghasilkan hormon glukagon.

Glukagon berfungsi meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

b) Sel Beta menghasilkan insulin

Insulin berfungsi untuk menormalkan kadar gula darah pada saat gula dalam darah meningkat.

c) Sel Delta menghasilkan somastostatin.

Somastostatin berfungsi untuk mengatur aktivitas sel 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 hormon ini sangat bertolak belakang. Secara umum insulin menurunkan kadar gula darah sebaliknya untuk glukagon meningkatkan kadar gula darah. Perangsang glukagon bila kadar gula darah rendah dan asam amino darah meningkat. Dalam meningkatkan kadar gula darah, glukagon merangsang glukogenesis. Dalam metabolisme lemak glukogen dapat meningkatkan lipolysis. 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 sintesis protein, lemak dan glukosa.
2) Efek pada otot
   a) Meningkatkan masuknya glukosa dan sintesis glikogen

b) Meningkatkan ambilan asam amino dan keton.
c) Menurunkan katabolisme protein dan asam amino.

3) Efek pada jaringan adiposa
a) Meningkatkan masuknya glukosa dan asam lemak.
b) Meningkatkan penyimpanan trigliserida.
c) Menghambat lipase peka hormon.
d) Mengaktifkan lipoprotein lipase

4. Etiologi

Diabetes Melitus tipe II disebabkan karena terjadi resistensi insulin akibat beberapa faktor etiologi yang berperan, sebagai berikut :

a. Pola makan yang salah

Suka mengkomsumsi makanan yang cepat saji, kaya pengawet, lemak dan gula dapat berpengaruh pada peningkatan glukosa kerja pankreas. Kurang gizi atau kelebihan BB keduanya sama-sama dapat meningkatkan resiko terkena diabetes melitus.

b. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis secara usia setelah >40 tahun. Hal ini akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

c. Gaya hidup dan stress

Gaya hidup yang salah dan juga stress dapat meningkatkan kerja metabolisme kebutuhan akan energi yang berakibat pada peningkatan kerja pangkreas.

Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak dan berakibat pada penurunan insulin.

d. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan mempengaruhi penurunan produksi insulin

e. Kelainan genetik atau keturunan

Adanya faktor keturunan atau kelainan genetik dalam keluarga. Comacho, P.M., dkk., 2007 (dalam Nur Aini, 2016)

5. Patofisiologi

Patofisiologi Diabetes Melitus menurut Saferi, Andra & Yessie, (2013) adalah sebagai berikut:

Diabetes Melitus merupakan kumpulan gejala kronik yang ditandai dengan peningkatan gula darah atau hiperglikemia disebabkan oleh menurunnya sekresi atau aktivitas dari insulin sehingga mengakibatkan terhambatnya metabolisme karbohidrat, protein dan lemak.

Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel-sel beta yang merupakan salah satu dari empat tipe sel dalam pulau Langerhans pangkreas. Insulin merupakan hormon anabolik atau untuk menyimpan kalori. Apabila seseorang makan, sekresi insulin akan meningkat dan menggerakkan glukosa kedalam sel-sel otot, hati dan lemak

Pada Diabetes Melitus tipe II terdapat dua masalah utama yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi

pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresi

Pada penyakit diabetes melitus tipe II ini banyak terjadi pada penderita berusia >40 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung selama bertahun-tahun dan progresif, maka awitan diabetes melitus tipe II berjalan tanpa terdeteksi. Penderita mengalami toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun jika sel-sel beta mengalami kerusakan atau gangguan dan akhirnya tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan Insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes melitus tipe II.

6. Manifestasi Klinis

Ada tiga tanda dan gejala umum yang khas pada penderita Diabetes Melitus dan disertai dengan tanda dan gejala lainnya sebagai berikut:

a. *Poliuria* (peningkatan pengeluaran urine)

   Akibat kondisi hiperglikemia melampaui ambang reabsorpsi ginjal sehingga menimbulkan glukosuria. Kondisi glukosuria selanjutnya menyebabkan dieresis osmotic sehingga timbul manifestasi banyak buang air kecil.

b. *Polidipsia* (peningkatan rasa haus)

   Kondisi polidipsia sangat berkaitan erat dengan poliuria, karena banyaknya pengeluaran cairan tubuh melalui ginjal ditambah kondisi tubuh mengalami *hiperosmolar* akibat peningkatan glukosa dalam tubuh menyebabkan kondisi

tubuh akan mengalami penurunan cairan intrasel. Selanjutnya kondisi tersebut menyebabkan stimulasi osmoreseptor pusat haus di otak sehingga penderita diabetes melitus sering mengeluh haus.

c. *Polifagia* (peningkatan rasa lapar)

   Kondisi ini disebabkan penurunan insulin mengakibatkan penggunaan glukosa oleh sel menurun, sehingga menimbulkan pembentukan glukosa dari non-karbohidrat, yaitu dari protein dan lemak (lipolisis). Peningkatan lipolisis dan katabolisme protein akan menyebabkan keseimbangan energi negatif yang kemudiaan akan meningkatkan nafsu makan (Kumar, Abbas & Aster, 2013).

d. Kelemahan dan Keletihan

   Kurangnya cadangan energi menyebabkan pasien cepat lelah disebabkan metabolisme protein dan kehilangan kalium lewat urine

e. Penurunan berat badan

   Disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel menjadi kekurangan darah. Kondisi demikian menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian tubuh akan kehilangan energy cadangan termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun.

f. Kelainan pada mata (penglihatan kabur)

   Keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa

g. Infeksi kulit atau gatal

Gatal-gatal disekitar penis atau vagina timbul karena adanya penigkatan glukosa darah yang mengakibatkan penumpukan pula pada kulit sehingga menjadi gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit dan mengakibatkan luka sulit sembuh

h. Gangguan saraf tepi/kesemutan

Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki di waktu malam

1) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum
2) Sering mengalami keram
3) Rasa tebal di kulit sehingga kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur

(Purwanto. H, 2016)

7. Pemeriksaan penunjang

Untuk menemukan penyakit diabetes melitus menurut *American Diabetes Association* (2010) disamping mengkaji tanda dan gejala yang dialami pasien, perlu juga dilakukan pemeriksaan diagnostik sebagai berikut:

a. Pemeriksaan gula darah

Bertujuan untuk menilai kadar gula darah, pemeriksaan ini dilakukan paling sedikit 2 kali pemeriksaan

1) GDS > 200 mg/dl (11,1 mmol/dl)
2) GDP > 140 mg/dl (7,0 mmol/dl)
3) PP 2 jam ≥ 200 mg/dl (< 140 Rasional/dl)

Pada pemeriksaan gula darah post prandial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode pengambilan darah tepi dan darah vena. Namun

cara yang paling sering digunakan di Rumah sakit yaitu pengambilan darah tepi.

b. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Test toleransi glukosa oral (TTGO) di lakukan hanya pada pasien yang telah bebas dari hiperglikemia, diet dan beraktivitas fisik 3 kali sebelum test.

c. Pemeriksaan hemoglobin glikosolat (HbA_1c)

Untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb dan untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama 3 bulan terakhir

d. Pemeriksaan keton urine

Untuk memeriksa glukosa urine meningkat, pemeriksaan keton dan albumin dalam urine

e. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigliserida

Dapat meningkat karena ketidak adekuatan kontrol glikemik

f. Pemeriksaan angiografi, monofilamen, doopler pada luka gangren dan kultur jaringan pada luka gangren

8. Penatalaksanaan Medik

Tujuan penatalaksanaan pada pasien Diabetes Melitus adalah :

a. Menormalkan fungsi insulin dan menurunkan glukosa darah
b. Mencegah terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia
c. Mencegah komplikasi

Perencanaan penatalaksanaan diabetes melitus bersifat individual dengan mempertimbangkan kebutuhan terhadap umur pasien, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, tingkat aktivitas dan kemampuan pasien dalam mengontrol gula darah secara mandiri

1) Manajemen diet Diabetes Melitus

Mengontrol nutrisi dan berat badan merupakan dasar untuk penanganan pasien diabetes melitus. Komposisi nutrisi pada diet diabetes melitus adalah kebutuhan kalori, karbohidrat, lemak, protein, serat

a) Kebutuhan kalori

   Tergantung dari berat badan, jenis kelamin, usia dan aktivitas fisik

b) Kebutuhan karbohidrat

   Karbohidrat merupakan komponen terbesar dari kebutuhan kalori tubuh yaitu 50-60%

c) Kebutuhan protein

   Untuk adekuatnya cadangan protein, diperlukan kira-kira 10-20% dari kebutuhan kalori 0,8 g/kg perhari

d) Kebutuhan lemak

   Kebutuhan lemak kurang dari 30% dari total kalori dan sebaiknya dari lemak nabati dan sedikit lemak hewan

e) Lemak serat

   Serat dibutuhkan sekitar 20-35 g perhari dari berbagai jenis bahan makanan

2) Latihan fisik

Latihan fisik dibutuhkan, karena pada saat latihan fisik energi yang dipakai adalah glukosa dan asam lemak bebas. Jenis latihan fisik adalah olahraga seperti latihan aerobik, lari, jalan kaki, bersepeda, berenang.

Latihan fisik bertujuan untuk:

a) Menurunkan tekanan darah

b) Meningkatkan sensitivitas insulin

c) Menurunkan BB dan mempertahankan BB normal

Keterangan :

- BB kurang =IMT 18,5 - <20,5
- BB ideal =IMT 20,5 - 22
- BB normal =IMT >22 - 25
- BB berlebih =IMT 25 - 30
- Obesitas =IMT >30

$$IMT = \frac{BB(kg)}{TB^2(m)}$$

3) Obat-obatan atau terapi insulin

a) Obat antidiabetik oral

(1) Sulfonilurea : bekerja dengan merangsang beta sel pankreas untuk melepaskan cadangan insulinnya

Misalnya obat: Glibentklamid, Tolbutamid, Klorpropamid

(2) Biguanid : bekerja dengan menghambat penyerapan glukosa di usus

Misalnya obat: Mitformin dan Glukophage

b) Pemberian hormon insulin

Pasien dengan diabetes melitus tipe II yang tidak tergantung pada insulin, tetapi memerlukan insulin sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah. Berdasarkan daya kerjanya insulin dibedakan menjadi:

(1) Insulin dengan massa kerja pendek (2-4 jam) seperti regular insulin dan actrapid

(2) Insulin dengan masa kerja menengah (6-12 jam) seperti NPH insulin dan lente insulin

(3) Insulin dengan massa kerja panjang (18-24 jam) seperti Protamine zinc insulin dan Ultralente insulin

(4) Insulin campuran yaitu kerja cepat dan menengah seperti 70% NPH dan 30% regular

c.) Edukasi atau pendidikan kesehatan

Hal penting yang harus dilakukan pada pasien diabetes melitus adalah memberikan pendidikan kesehatan. Beberapa hal penting yang perlu disampaikan sebagai berikut:

(1) Penyakit Diabetes Melitus yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab, patofisiologi, dan tes diagnostik
(2) Diet
(3) Aktivitas sehari-hari termaksuk latihan atau olahraga
(4) Penatalaksanaan dan pencegahan terhadap komplikasi Diabetes Melitus
(5) Pemberian obat-obatan Diabetes Melitus dan cara injeksi insulin
(6) Monitoring gula darah secara mandiri
(7) Perawatan kaki

9.Komplikasi

Menurut Corwin, E.J. (2001) dan Scobie, I.N. 2007 (dalam Nur Aini, 2016) diabetes melitus dapat berkembang menjadi penyakit-penyakit lain, baik akut maupun kronis.

a. Komplikasi akut

1) Koma hiperglikemia di sebabkan kadar gula sangat tinggi, biasanya terjadi pada NIDDM
2) Sindrom hiperglikemia hiperosmolar nonketotik (HHNK) akibat tingginya kadar gula darah dan kekurangan insulin secara relatif

3) Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak normal

b. Komplikasi kronik

1) Mikroangiopati (kerusakan pada sel-sel parifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil seperti:
   a) Retinopati diabetik (kerusakan saraf retina dimata) terjadi karena penurunan protein dalam retina dan kerusakan endotel pembuluh darah
   b) Neuropati diabetik (kerusakan saraf-saraf perifer) terjadi karena perubahan metabolik pada diabetes mengakibatkan fungsi sensorik dan motorik saraf menurun, yang selanjutnya akan menyebabkan penurunan persepsi nyeri
   c) Nefropati diabetik (kelainan atau kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagal ginjal
   (Arjuna, 2015)
2) Makroangiopati
   a) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah
   Kelainan ini berupa timbunan zat lemak di dalam dan di bawah pembuluh darah (aterosklerosis)
   b) Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke
3) Gangguan diabetik karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh

   Angka kematian dan kesakitan pada Diabetes Melitus terjadi karena komplikasi seperti hiperglikemia atau hipoglikemia, resiko meningkatnya infeksi, komplikasi neuropatik, komplikasi mikrovaskuler (retinopati dan

nefropati) serta komplikasi makrovaskuler (jantung koroner dan stroke)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian 11 fungsi pola Gordon.

a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif: Persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, kebiasaan yang dapat mempengaruhi kebiasaannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik

Data objektif : Kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihankulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genetalia dan anus

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif : Nafsu makan berlebih atau berkurang, mual, muntah dan kembung, rasa haus dan lapar, tidak mengikuti diet, jenis makanan yang disukai, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penggunaan diuretik

Data objektif : Penurunan berat badan, kulit kering atau bersisik,turgor kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing,

kelenjar getah bening, kelenjar parotis, abdomen (inspeksi, auskultasi,ikterik,lesi)

c. Pola Eliminasi

Data subjektif: Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, dysuria, nokturia, rasa nyeri atau terbakar, kesulitan berkemih dan infeksi) inkontinensia. Pola BAB frekuensi, warna

Data objektif : Bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah, urin, bau ada endapan, berbusa (encer, warna kuning). Pemeriksaan fisik, peristaltik usus, palpasi kandung kemih , mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid)

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Data objektif : Kebiasaan atau aktivitas sehari-hari, kebiasaan olahraga dan kegiatan di waktu senggang, sulit bergerak atau berjalan kram otot, tunos otot menurun

Data subjektif : Postur tubuh, anggota gerak yang cacat, dan penurunan kekuatan otot

e. Pola Tidur dan Istirahat

Data subjektif : Jumlah jam tidur, gangguan tidur atau istirahat, kebiasaan sebelum tidur, sering berkemih, suasana saat tidur (gelap atau terang)

Data objektif : Ekspresi wajah mengantuk, letargi, banyak menguap, palpebra interior berwarna gelap

f. Pola Persepsi Kognitif dan sensori

Data subjektif : Gangguan penglihatan atau pendengaran, pusing, sakit kepala, kesemutan, gangguan daya ingat

Data objektif: Penggunaan alat bantu, kemampuan bicara, respon non verbal, pemeriksaan fisik meliputi penglihatan pendengaran

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif : Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri) pandangan pasien tentang dirinya, stress dan perubahan gaya hidup pasien

Data objektif : rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

Data subjektif: Peran diri dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan, menarik diri dari pergaulan atau lingkungan karena penyakit yang dialami

Data objektif : Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif : Gangguan fungsional alat reproduksi

Data objektif : Rabas vagina (cenderung infeksi), masalah impotensi pada pria

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Stres

Data subjektif : Stres tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi pasien

Data objektif : Ekspresi wajah, ansietas, dan toleransi terhadap stres

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Data subjektif : Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritual yang diinginkan dan dilakukan

Data objektif : Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015-2017)

a. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme
c. Resiko tinggi infeksi (sepsis)
d. Keletihan berhubungan dengan status penyakit (diabetes melitus)
e. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes melitus

3. Perencanaan Keperawatan (NIC-NOC)

Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes

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

Intervensi :

1) Melakukan pemeriksaan gula darah

R/ Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula

darah akibat penggantian infus

2) Berikan insulin sesuai dosis

R/ Untuk menjaga agar kadar glukosa darah pasien tetap stabil

3) Tekankan pentingnya pemeriksaan gula darah setiap hari

R/ Membantu menciptakan gambaran nyata tentang kondisi pasien untuk melakukan kontrol penyakitnya

4) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanannya

R/ Diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan

5) Diskusikan bersama keluarga tentang faktor-faktor yang memegang peranan kontrol diabetes melitus

R/ Informasi ini akan meningkatkan pengendalian terhadap diabetes melitus

6) Jelaskan komplikasi dari diabetes melitus(akut dan kronis)

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

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis

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) Ajarkan pasien cara menggunakan teknik relaksasi non farmakologis
   R/ Mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri
3) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesik
   R/ Untuk membantu pengurangan nyeri pada pasien
4) Berikan lingkungan yang tenang
   R/ Menurunkan stimulasi dapat menurunkan ketegangan
5) Kaji faktor penyebab
   R/ Agar pasien mengetahui faktor penyebab nyeri memberat
6) Berikan posisi yang nyaman
   R/ Untuk menurunkan ketegangan

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

Hasil yang diharapkan : Integritas jaringan kulit dan membran mukosa adekuat

Intervensi :

1) Catat karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau
   R/ Untuk mengetahui proses penyembuhan luka
2) Merawat luka dengan cara steril
   R/ Tindakan yang steril dapat mengurangi infeksi
3) Ajarkan kepada pasien atau keluarga cara melakukan perawatan luka
   R/ Agar pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka saat di rumah
4) Lakukan perubahan posisi tiap 2 jam sekali
   R/ Perubahan posisi dapat melancarkan sirkulasi dan menurunkan tekanan pada kulit

5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat
   R/ Untuk mencapai penyembuhan pasien

d. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

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) Tingkat usaha pencegahan dengan mencuci tangan, memakai handscon, masker, dan kebersihan lingkungan
   R/ Meminimalkan invasif mikroorganisme
4) Pertahankan teknik antiseptik dan sirkulasi alat pada prosedur invasif
   R/ Invasif 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

e. Keletihan berhubungan dengan status penyakit (Diabetes Melitus)

Hasil yang diharapkan : Keletihan dapat teratasi

Intervensi :

1) Kaji tingkat kelemahan dan keletihan yang di alami pasien
   R/ Dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang menghambat pasien dalam beraktivitas
2) Observasi tanda-tanda vital (TD, N, S, P)
   R/ Mengetahui keadaan umum pasien
3) Bantu pasien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya secara bertahap
   R/ Bantuan sangat dibutuhkan dalam kondisi tubuh yang lemah untuk memenuhi kebutuhan
4) Motivasi pasien untuk bisa melakukan aktivitas mandiri sesuai kemampuan
   R/ Melatih kemampuan pasien agar tidak tergantung pada orang lain
5) Libatkan keluarga dalam melakukan sebagian aktivitas yang tak mampu dilakukan pasien
   R/ Mencegah terjadinya kelelahan yang berlebihan

f. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Diabetes melitus

Hasil yang diharapkan : Kebutuhan nutrisi dapat teratasi

Intervensi :

1) Monitor adanya gejala parathesia (misalnya: kesemutan, mati rasa dan jika adanya nyeri
   R/ Mengetahui keadaan umum pasien

2) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan

R/ Mengetahui tanda dan gejala dari penyakit yang dialami

3) Berikan informasi pentingnya perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mencegah komplikasi / mengontrol proses penyakit pasien

R/ Mengetahui pola hidup yang baik untuk mencegah komplikasi / mengontrol proses penyakit yang sedang dialami

4) Edukasikan kepada pasien mengenai tindakan untuk mengontrol / meminimalkan gejala sesuai kebutuhan

R/ Mengetahui tindakan yang harus dilakukan untuk meminimalkan gejala yang dirasakan sesuai kebutuhan

5) Monitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi

R/ Mengetahui kadar glukosa dalam darah

6) Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep

R/ Untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah

7) Berkolaborasi dalam pemberian obat golongan antidiabetic oral

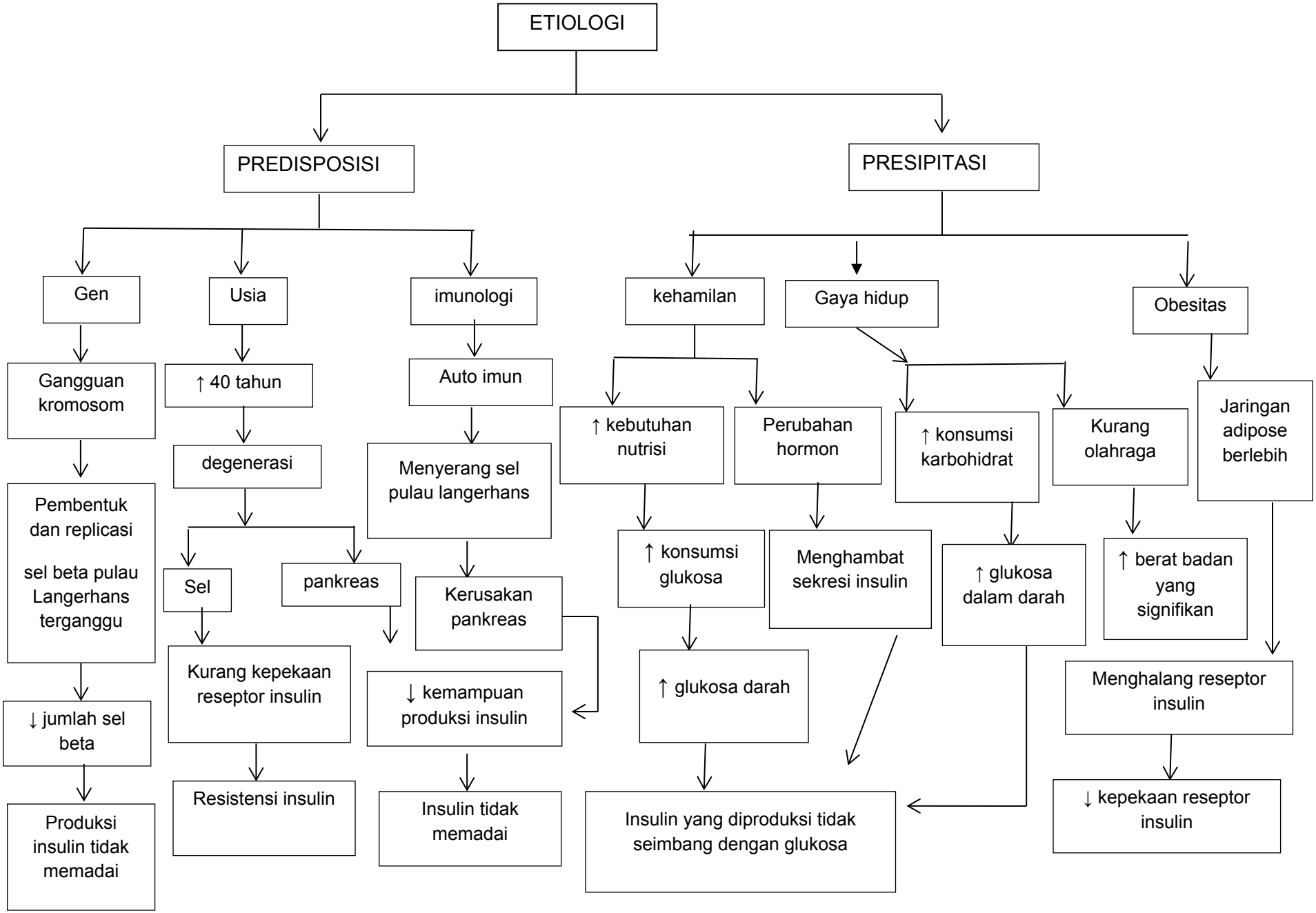
R/ Untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah

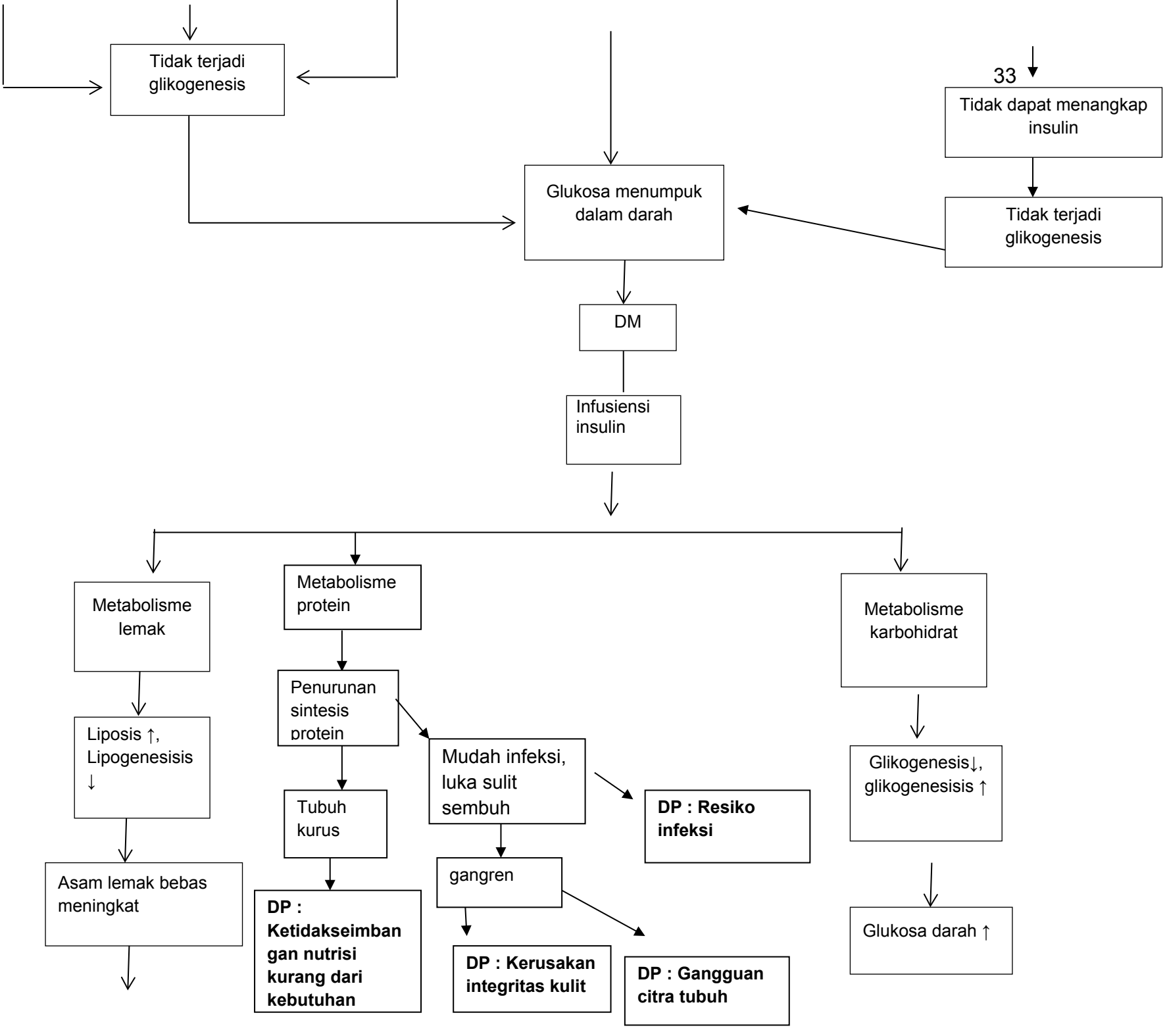
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

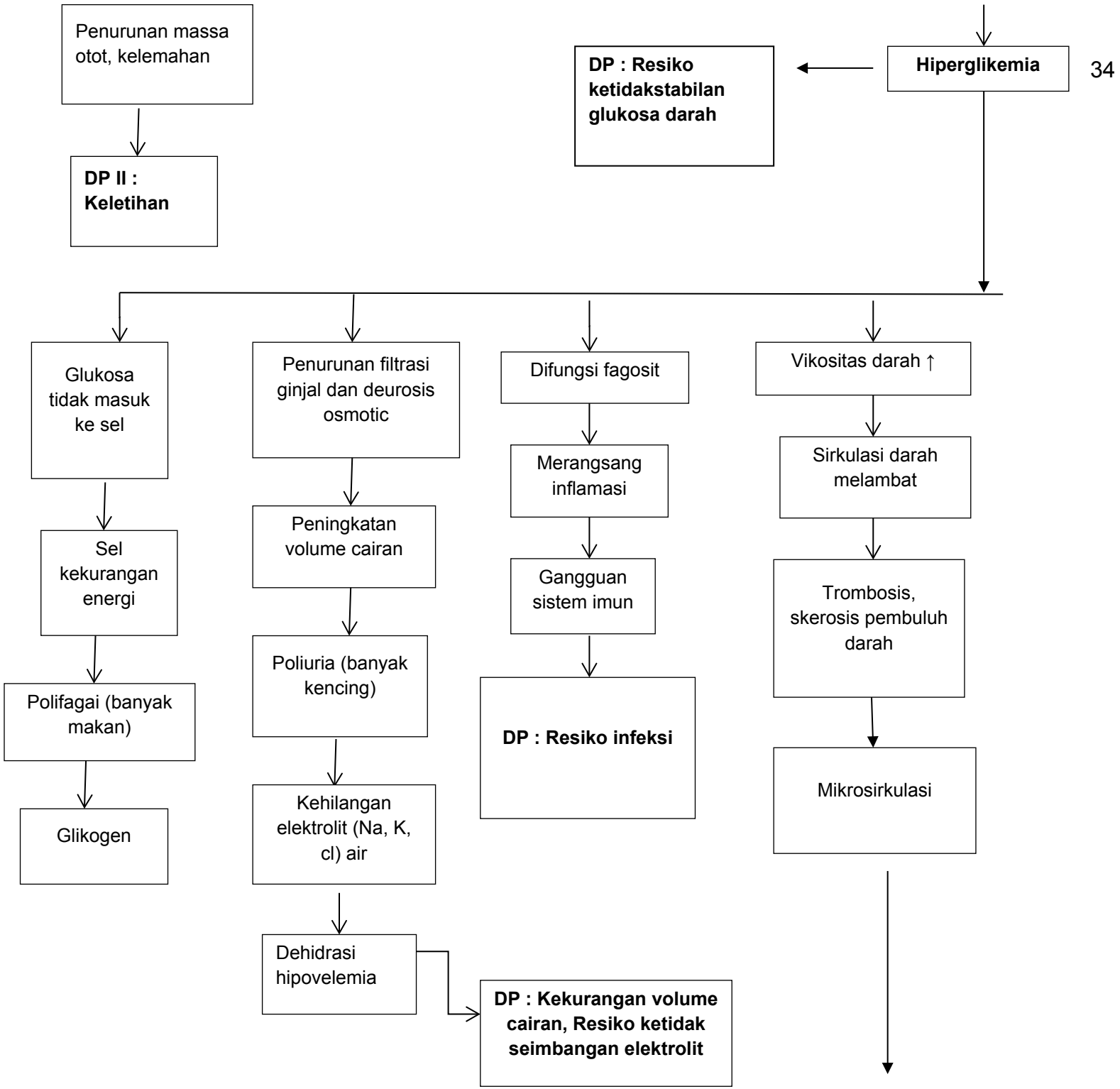
Hal yang perlu dirancang disampaikan dan diajarkan pada pasien dan keluarga mengenai perawatan dan pengobatan lanjut dari pasien dirumah atau rawat jalan antara lain :

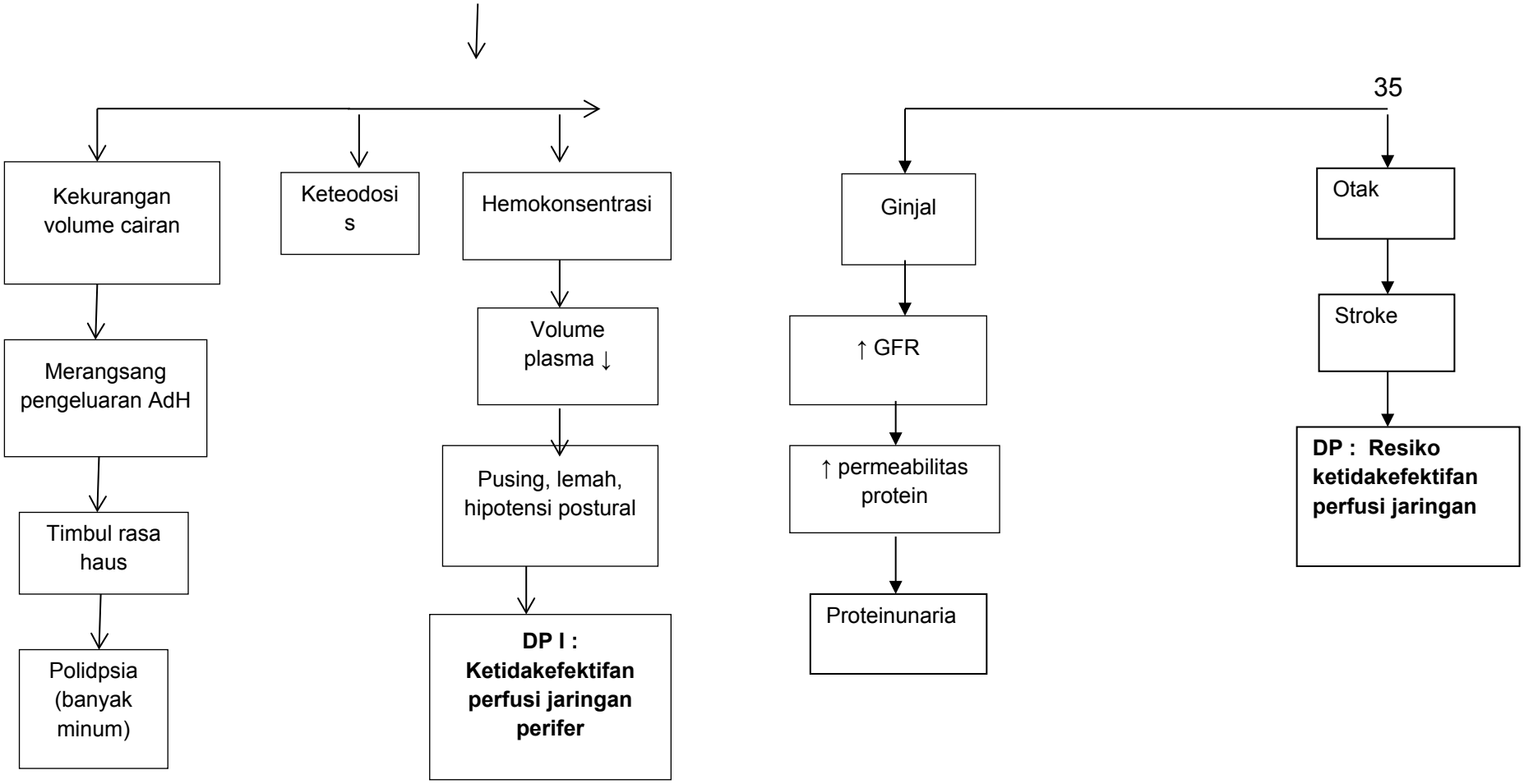
a. Anjurkan kepada pasien untuk mengkomsumsi makanan rendah glukosa

b. Anjurkan untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter yaitu anjuran untuk makan makanan rendah karbohidrat, tinggi protein
c. Anjurkan pada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya
d. Anjurkan untuk rutin mengontrol kadar glukosa darah dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang di tentukan dan makan obat oral secara teratur
e. Anjurkan untuk lakukan latihan fisik atau olahraga yang ringan seperti jalan kaki pagi atau sore hari. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darahnya rendah maka pasien harus mendapatkan karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makanan kecil seperti roti untuk mencegah hipoglikemia (Doenges, M. E, 2000).


ETIOLOGI
PREDISPOSISI
PRESIPITASI
Gen
Usia
imunologi
kehamilan
Gaya hidup
Obesitas
Gangguan kromosom
↑ 40 tahun
Auto imun
↑ kebutuhan nutrisi
Perubahan hormon
↑ konsumsi karbohidrat
Kurang olahraga
Jaringan adipose berlebih
Pembentuk dan replicasi
sel beta pulau Langerhans terganggu
degenerasi
Menyerang sel pulau langerhans
↑ konsumsi glukosa
Menghambat sekresi insulin
↑ glukosa dalam darah
↑ berat badan yang signifikan
Menghalang reseptor insulin
Sel
pankreas
Kerusakan pankreas
↓ jumlah sel beta
Kurang kepekaan reseptor insulin
↓ kemampuan produksi insulin
↑ glukosa darah
↓ kepekaan reseptor insulin
Produksi insulin tidak memadai
Resistensi insulin
Insulin tidak memadai
Insulin yang diproduksi tidak seimbang dengan glukosa


Tidak terjadi glikogenesis
Tidak dapat menangkap insulin
Tidak terjadi glikogenesis
Glukosa menumpuk dalam darah
DM
Infusiensi insulin
Metabolisme lemak
Liposis ↑, Lipogenesisis ↓
Asam lemak bebas meningkat
Metabolisme protein
Penurunan sintesis protein
Tubuh kurus
DP : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
Mudah infeksi, luka sulit sembuh
DP : Resiko infeksi
gangren
DP : Kerusakan integritas kulit
DP : Gangguan citra tubuh
Metabolisme karbohidrat
Glikogenesis↓, glikogenesisis ↑
Glukosa darah ↑


Penurunan massa otot, kelemahan
DP II : Keletihan
DP : Resiko ketidakstabilan glukosa darah
Hiperglikemia
Glukosa tidak masuk ke sel
Sel kekurangan energi
Polifagai (banyak makan)
Glikogen
Penurunan filtrasi ginjal dan deurosis osmotic
Peningkatan volume cairan
Poliuria (banyak kencing)
Kehilangan elektrolit (Na, K, cl) air
Dehidrasi hipovelemia
DP : Kekurangan volume cairan, Resiko ketidak seimbangan elektrolit
Difungsi fagosit
Merangsang inflamasi
Gangguan sistem imun
DP : Resiko infeksi
Vikositas darah ↑
Sirkulasi darah melambat
Trombosis, skerosis pembuluh darah
Mikrosirkulasi


Kekurangan volume cairan
Keteodosis
Hemokonsentrasi
Merangsang pengeluaran AdH
Volume plasma ↓
Timbul rasa haus
Pusing, lemah, hipotensi postural
Polidpsia (banyak minum)
DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
Ginjal
↑ GFR
↑ permeabilitas protein
Proteinunaria
Otak
Stroke
DP : Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Tn “H” umur 63 tahun masuk rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 01-03-2019 dengan keluhan keram pada kaki dan tangan yang dialami ± 2 minggu yang lalu, kemudian disertai dengan penglihatan kabur, sering berkemih pada malam hari dan nafsu makan meningkat. Setelah beberapa hari di rumah keram pada kaki dan tangannya semakin terasa dan membuat ia kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari. Pada keesokan harinya tanggal 01-03-2019 akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien berobat ke RS stella maris. Pada saat pengkajian pasien mengeluh keram pada kaki dan jari-jari tangannya, pasien mengatakan merasa tubuhnya lelah sehingga ia hanya berbaring di tempat tidur dan aktivitas hariannya di rumah sakit dibantu oleh keluarga. Tampak pasien terbaring lemah, tampak pasien memegang tangannya yang keram. Saat ini mendapatkan terapi obat apidra, lantus, diamicron, alprazolam, dan cairan RL dengan jumlah tetesan 20 x/menit. Untuk mengetahui lebih akurat tentang penyakit pasien maka dilakukan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan Kimia Darah: HbA1c 8.5 %. Pemeriksaan Glukosa Puasa: 224 mg/dl. Pemeriksaan glukosa sewaktu: 394 mg/dl.

Dari data diatas, penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes melitus, keletihan berhubungan dengan status penyakit, gangguan pola tidur berhubungan dengan keadaan lingkungan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Andi Sumarni	NIM: E1614401045
	Angela M. D	E1614401046

Unit : Bernadeth III B
Kamar : 364[1]
Tgl masuk RS : 01 Maret 2019
Tgl pengkajian : 03 Maret 2019

Autoanamnese : ✓
Alloanamnese : ✓

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Tn. “H”
Umur	: 63 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 8 orang
Agama/suku	: Katolik /Cina
Warga Negara	: WNI
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Jln. Veteran utara no.350 c

   b. Penanggung jawab

Nama	: Ny. “S”
Umur	: 43 tahun
Alamat	: Jln. Veteran utara no.350 c
Hubungan dengan pasien	: Istri

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : DM Tipe II + Hipertensi

   Saat pengkajian : DM Tipe II

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan sakit

      Pasien tampak sakit sedang.

      Alasan :Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, tampak pasien memegang tangannya yang keram, tampak terpasang infus RL 500 cc, 20 tetes/menit di tangan sebelah kiri pasien.

   b. Tanda – Tanda Vital

      1) Kesadaran: Compos mentis

         Skala koma glaslow

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata: 4

         Jumlah : 15

         Kesimpulan : Pasien tidak koma

      2) Tekanan darah : 160/90 mmHg

         MAP : 113,33 mmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36,5 °C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 20 x/menit

         Irama: ☑ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokess

         Jenis : ☑ dada ☐ Perut

      5) Nadi : 82 x/menit

         Irama ☑ Teratur ☐ Tachikardi ☐ Bradichardi

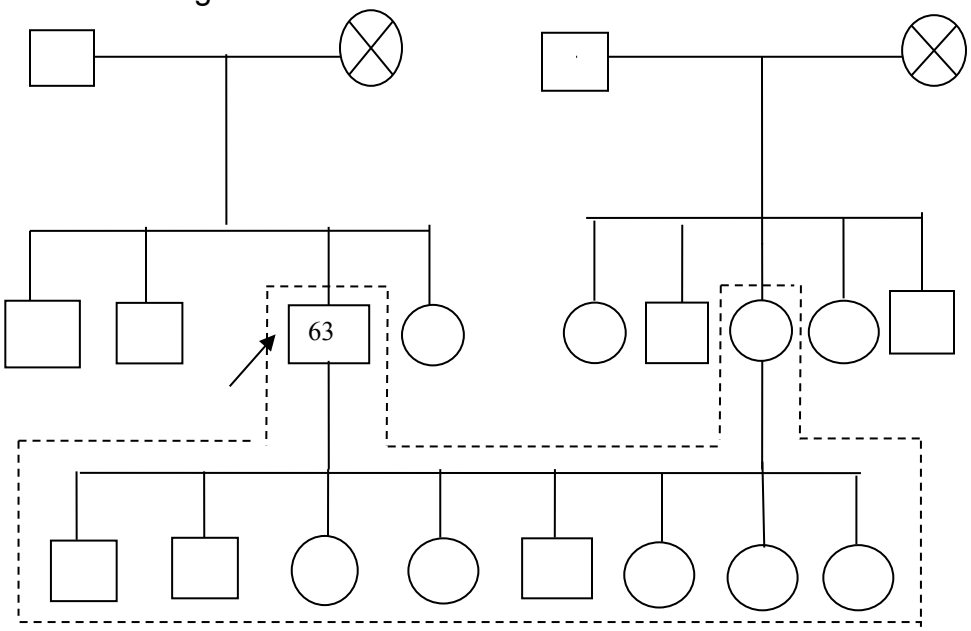
         ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 27 cm
2. Tinggi badan : 170 cm
3. Berat badan : 54 kg
4. IMT : 18,7 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Gambar 3.1 : Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
      1) Keadaan sebelum sakit :

         Pasien mengatakan sehat itu penting. Pasien mengatakan ia jarang mengontrol kesehatannya ke dokter. Pasien mengatakan sering merasa kesemutan/keram di kaki juga jari-jari tangannya. Pasien makan 3-4 kali sehari (nasi ,ikan dan sayur). Keluarga mengatakan pasien memiliki kebiasaan makan makanan yang manis, dan berlemak. Pasien mengatakan sangat menyukai kue bolu, biscuit, ice cream, roti coklat, teh manis dan juga makanan siap saji lainnya seperti bakso, mie pangsit, nasi goreng dll. Pasien mengatakan selama ini jika ia mengontrol kesehatannya ke dokter ia diberi obat diamicron untuk dikonsumsi di rumah. Pasien tidak merokok dan tidak minum alkohol.

      2) Riwayat penyakit saat ini:
         a) Keluhan utama :

            Keram pada kaki dan tangan

         b) Riwayat keluhan utama :

            Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit gula ± 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan ± 2 minggu yang lalu pasien sering merasa keram pada kaki dan jari-jari tangannya dan bertambah jika mengonsumsi makanan yang manis. Pasien juga mengatakan bahwa selama ± 2 minggu ini penglihatannya kabur, sering berkemih di malam hari dan nafsu makannya meningkat. Pasien mengatakan pada saat itu istrinya menyuruh ia untuk berobat ke dokter tetapi pasien menolak dengan alasan hanya keram biasa saja. Setelah beberapa hari

keram pada kaki dan tangannya semakin terasa dan membuat ia kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari. Pasien mengatakan keesokan harinya pada tanggal 01-03-2019, akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien berobat ke RS stella maris. Pada saat pengkajian pasien mengeluh keram pada kaki dan jari-jari tangannya, pasien mengatakan merasa tubuhnya lelah sehingga ia hanya berbaring di tempat tidur dan aktivitas harianya di rumah dibantu oleh keluarga. Tampak pasien terbaring lemah, tampak pasien memegang tangannya yang keram.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Pasien mengatakan sudah menderita penyakit gula ± 5 tahun yang lalu, dan juga menderita tekanan darah tinggi ± 6 bulan yang lalu.

4) Riwayat kesehatan keluarga :

   Pasien mengatakan ibunya menderita penyakit gula dan meninggal karena penyakit gula.

5) Pemeriksaan fisik :

   a) Kebersihan rambut : Bersih
   b) Kulit kepala : Bersih
   c) Kebersihan kulit : Bersih
   d) Hygiene rongga mulut : Kotor, berbau
   e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji, pasien menolak
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, pasien menolak

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan makan 3x sehari, nasi dengan lauk pauk seperti sayur, ikan, tahu dll. Tetapi kadang lebih dari 3x

karena pasien selalu merasa lapar. Keluarga mengatakan nafsu makan pasien meningkat ia selalu makan dengan baik. Pasien mengatakan tidak menyukai makanan rasa asam dan menyukai makanan manis seperti kue bolu, biscuit, roti coklat, ice cream dan teh manis dll. Pasien mengatakan ia juga sering mengonsumsi makanan yang berlemak seperti bakso, mie pangsit dll. Pasien mengatakan minum air putih ± 7-8 gelas perhari.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu di rumah sakit dan menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan. Keluarga pasien mengatakan pasien masih suka makan kue bolu, biscuit dan kadang bakso dan mie pangsit. Pasien mengatakan ia tahu kalau harus mengurangi makanan yang mengandung tinggi karbohidrat, namun karena ia sering merasa lapar maka ia sering melanggar dietnya. Pasien minum ± 7-8 gelas perhari dan tidak pernah mengkomsumsi minuman dari luar.

3) Observasi:

   Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Tampak kue bolu di atas meja pasien.

4) Pemeriksaan fisik:

   a) Keadaan rambut : Tampak bersih
   b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema/tidak anemik
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak septum berada

ditengah, tampak tidak ada peradangan

f) Rongga mulut : Tampak kotor, tidak ada peradangan

Gusi : Tidak ada peradangan

Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu

g) Gigi : Tampak gigi depan masih utuh

h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras

i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan

j) Pharing : Tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

m) Abdomen

- Inspeksi : Bentuk simetris
- Bayangan vena : Tidak tampak
- Auskultasi : Paristaltik usus 16x permenit
- Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit

- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

o) Lesi: Tidak tampak lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 3x dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK ± 5-6 kali dalam sehari, berwarna kuning

jernih. Pasien mengatakan sering berkemih pada malam hari 3-4 kali.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BAB 3x dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK 8x perhari berwarna kuning.

3) Observasi:

Tampak pasien memakai popok

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 16x permenit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus:

- Peradangan : Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia jarang berohlahraga, karena sibuk mengurus toko bangunan miliknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit semua badannya terasa lemah dan loyo sehingga ia hanya berbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan aktivitas dan kebutuhannya sehari-hari dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur. Tampak sebagian kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Akitivitas harian :
   - Makan : 0
   - Mandi : 2
   - Pakaian : 2
   - Kerapihan : 2
   - Buang air besar : 2
   - Buang air kecil : 3
   - Mobilisasi ditempat tidur: 2

0. mandiri
1. bantuan dengan alat
2. bantuan orang
3. bantuan alat dan orang
4. bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Gaya jalan :Tidak dikaji karena pasien belum mampu berjalan

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada, tetapi pasien mengeluh keram pada kedua kakinya dan jari-jari tangannya

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

g) JVP : 5-2 cmH2O
   Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

h) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali < 3 detik

i) Thorax dan pernapasan
   -Inspeksi :
   Bentuk thorax : Tampak simetris
   Sianosis : Tidak ada
   Stridor : Tidak ada

-Palpasi :

Vocal fremitus : Getaran paru kiri dan kanan sama

-Perkusi : ☑ sonor ☐ redup ☐ pekak

Lokasi : batas paru hepar teraba pada ICS 4 llinea sternalis sinistra

-Auskultasi :

Suara napas : Terdengar vesicular

Suara ucapan : Sama kuat kedua lapang dada

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

d) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid clavicularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 2

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5

linea mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

HR : 88 ×/menit

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : Tampak rentang gerak normal

  Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi
- Uji kekuatan otot :

	Kiri	kanan
Tangan :	5	5
Kaki :	4	4

- Babinski, Kiri : ☐ positif ☑ negatif

  Kanan : ☐ positif ☑ negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak tampak clubbing jari-jari
- Varises tungkai : Tidak tampak varises tungkai

f) Columna vertebralis

- Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

g) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur 6-8 jam perhari, tidur siang ± 2 jam. Pasien mengatakan selalu merasa segar setiap bangun. Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam tidur dan istirahat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidur malam ± 5 jam, tidur siang ± 1 jam. Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena kadang kakinya terasa keram juga tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit dan kondisi tempat tidur yang kurang rapi, dan penjaga pasien disebelahnya sering ribut bercerita hingga tengah malam. Pasien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit ia kesulitan untuk tidur nyenyak. Pasien suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun pagi.

3) Observasi :

Tampak pasien tidur malam ± 5 jam sejak dirawat di rumah sakit, tampak pasien tidur siang ± 1 jam, tampak pasien banyak menguap, tampak pasien gelisah, tampak lingkaran hitam di sekitar daerah mata pasien.

Ekspresi wajah mengantuk	:	positif	☑	negatif	☐
Banyak menguap	:	positif	☑	negatif	☐
Palpebra inferior berwarna gelap	:	positif	☑	negatif	☐

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika penglihatannya sudah mulai kabur. Pasien mengatakan meskipun penglihatannya sudah tidak baik ia tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.. Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pengecapan, penciuman, dan perabaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pandangan sudah mulai kabur. Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada pengecapan, penciuman, perabaan maupun pendengaran pasien. Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu dengar ataupun kacamata.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun

4) Pemeriksaan fisik :

a) penglihatan

- Cornea : Tampak bersih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih
- Membran timpani : Tampak timpani memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol pada dirinya. Pasien mengatakan dirinya biasa-biasa saja. Pasien

mengatakan kadang merasa putus asa bila menghadapi masalah, tetapi istri dan anak-anaknya adalah penyemangat baginya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sering memikirkan penyakitnya. Pasien mengatakan kadang khawatir jika penyakitnya bertambah parah. Pasien mengatakan kadang merasa merepotkan istri dan anaknya yang selalu menjaganya.

3) Observasi :

Pada saat pengkajian pasien tampak di temani oleh istri dan anaknya.

a) Kontak mata : Tampak kontak mata penuh, pasien melihat perawat berbicara
b) Rentang perhatian : Tampak perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas
d) Postur tubuh : Tampak tegak

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan hubungannya dengan istri, anak, saudara dan tetangganya terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hubungannya dengan istri, anak, saudara, perawat dan pasien disebelah tempat tidurnya terjalin baik.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak memiliki gangguan komunikasi verbal, tampak keluarga datang menjenguk pasien.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia memiliki 8 anak dan semua sudah dewasa. Pasien mengatakan ia sudah tidak ingin memiliki anak lagi.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada organ reproduksinya.

3) Observasi :

Tampak tidak ada perilaku penyimpangan seks

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika ia adalah seorang penyabar dan jarang marah. Jika ada hal yang membuatnya marah, ia sering mengkomunikasikan dengan istrinya bagaimana jalan terbaik dan selalu mendekatkan diri kepada Tuhan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah sakit dan situasi yang baru.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak berjalan mondar-mandir, tidak meremas-remas dan tidak menggigit bibirnya

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan beragama katolik, pasien mengatakan sebelum sakit rajin ke gereja, pasien mengatakan biasa ikut kegiatan kerohanian.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak pernah lagi ke gereja, dan hanya berdoa secara pribadi saja.

3) Observasi :

Tampak ada alkitab diatas meja pasien

5. Uji saraf kranial

a. N I (Olfaktorius) :

Pasien dapat menghidu aroma minyak kayu putih dalam keadaan mata tertutup

b. N II (Opticus) :

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30cm

c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens) :

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah

d. N V (Trigeminus):

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi

Motorik : Pasien mampu mengunyak keras

e. N VII (Fascialis) :

Sensorik : Pasien dapat mengecap rasa manisnya gula

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mampu tersenyum, dan meringis

f. NVIII (Vestibulocochlearis) :

Vestibularis: Tidak di kaji karena pasien kurang mampu berdiri

Akustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat

g. N IX (Glossopharyngeus) :

Tampak uvula pasien berada ditengah.

h. N X (Vagus) :

Pasien mampu menelan dengan baik

i. N XI (Acsesorius) :

Pasien dapat mengangkat dan menggerakkan kedua bahunya.

j. N XII (Hypoglossus) :

Pasien mampu menggerakan lidah dan mendorong pipi ke kiri dan ke kanan

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium : Kimia darah

Nama : Tn. “S” Tanggal : 02 Maret 2019

Umur : 63 years R. Perawatan : BERNADETH III

Jenis kelamin : L Kamar : 364[1]

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
KIMIA DARAH				
DIABETES				
KARBOHIDRAT / GLUCOSE HBA1C				
HBA1c	8.5	4.2-6.5	%	

Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	GDS	GDP
3 Maret 2019	394 mg/dl	224 mg/dl

7. Terapi obat
    1. RI 500 cc / 20 tetes/menit
    2. Apidra 4-4-4 / subcutan
    3. Lantus 0-0-6 / subcutan
    4. Diamicron 60 mg / 1-0-0 / oral
    5. Alprazolam 0,5 mg /0-0-1 / oral

A. ANALISA DATA

Nama / Umur : Tn “H” / 63 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 364[1]

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS: - Pasien mengatakan ± 2 minggu yang lalu sering merasa keram pada kaki dan juga jari-jari tangannya - Pasien mengatakan jika ia sering merasa kelelahan, penglihatannya kabur, sering berkemih pada malam hari dan nafsu makannya meningkat - Pasien mengatakan sesudah mengkosumsi makanan yang manis maka keram pada kaki dan tangannya bertambah - Pasien mengatakan ia tahu jika ia harus diet makanan yang mengandung tinggi gula dan makanan yang tinggi karbohidrat tetapi ia selalu melanggar dietnya DO: - Tampak saat dikaji pasien sedang mengkonsumsi kue bolu - Hasil laboratorium : 1. HBA1c : 8.5 % 2. GDS : 394 mg/dl 3. GDP : 224 mg/d	Diabetes melitus	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

2.	DS: - Pasien mengatakan badannya terasa lemah - Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas - Pasien mengatakan kaki dan tangannya terasa keram - Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari DO: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Pasien tampak terbaring di tempat tidur - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien menguap - Hasil laboratorium 1. HBA1c : 8.5 % 2. HGB : 15,8 g/dl 3. GDS : 394 mg/dl 4. GDP : 224 mg/dl	Status penyakit	Keletihan
3.	DS: - Pasien mengatakan tidur malam ± 5 jam sejak di rawat di rumah sakit dan tidur siang ± 1 jam - Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena kadang kakinya terasa keram juga tidak terbiasa dengan kondisi tempat tidur yang kurang rapi dan penjaga pasien di sebelahnya sering ribut bercerita hingga tengah malam - Pasien mengatakan semenjak di rawat di rumah sakit ia	Keadaan lingkungan	Gangguan pola tidur

	kesulitan untuk tidur nyenyak - Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun pagi DO: - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak lingkaran hitam di sekitar mata pasien		

Tabel 3.3 Analisa data

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn “H” / 63 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 364[1]

No	Diagnosa keperawatan
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d diabetes melitus
2	Keletihan b/d status penyakit
3	Gangguan pola tidur b/d keadaan lingkungan

Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn “H” / 63 tahun

Bagian / Kamar : Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
03-03-2019	1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer DS : - Pasien mengatakan ± 2 minggu yang lalu sering merasa keram pada kaki dan juga jari-jari tangannya - Pasien mengatakan jika ia sering merasa kelelahan,	1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Perfusi jaringan perifer : - Keram pada otot dapat berkurang dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	1. Manajemen sensasi perifer : - Monitor adanya gejela parathesia (misalnya, kesemutan, mati rasa, dan jika adanya nyeri) 2. Pengajaran : Proses penyakit : - Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan	- Mengetahui keadaan umum pasien - Mengetahui tanda dan gejala dari penyakit yang dialami

	penglihatannya kabur, sering berkemih pada malam hari dan nafsu makannya meningkat - Pasien mengatakan sesudah mengkosumsi makanan yang manis maka keram pada kaki dan tangannya bertambah - Pasien mengatakan ia tahu jika ia harus diet makanan yang mengandung tinggi gula dan makanan yang tinggi karbohidrat tetapi ia selalu melanggar dietnya	- Gejala parathesia dapat berkurang dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 2. Pengetahuan : Manajemen diabetes - Pasien mampu mengenali faktor-faktor penyebab ketidakstabilan glukosa dalam darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Pasien mampu mengikuti diet yang direkomendasikan untuk mengontrol glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5	- Berikan informasi pentingnya perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mencegah komplikasi / atau mengontrol proses penyakit paien - Edukasikan kepada pasien mengenai tindakan untuk mengontrol / meminimalkan gejala sesuai kebutuhan 3. Monitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi 4. Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep	- Mengetahui pola hidup yang baik untuk mencegah komplikasi / mengontrol proses penyakit yang sedang dialami - Mengetahui tindakan yang harus dilakukan untuk meminimalkan gejala yang dirasakan sesuai kebutuhan - Mengetahui kadar glukosa dalam darah - Untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah

	DO : - Tampak saat dikaji pasien sedang mengonsumsi kue bolu - Hasil laboratorium : 1. HBA1c: 8.5% 2. GDS: 394 mg/dl 3. GDP: 224 mg/dl		5. Berkolaborasi dalam pemberian obat golongan anti diabetic oral	- Untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencanakeperawatan Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
03-03-2019	2. Keletihan berhubungan dengan status penyakit DS: - Pasien mengatakan badannya terasa lemah - Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas - Pasien mengatakan kaki kanannya terasa keram - Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari - Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun pagi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapakan keletihan pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Keadaan umum baik dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Pasien mampu beraktivitas secara bertahap dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4	1. Manajemen Keletihan : - Kaji tingkat kelemahan dan keletihan yang di alami pasien - Observasi tanda-tanda vital (TD, N, P, S) 2. Terapi aktivitas : - Bantu pasien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya secara bertahap - Motivasi pasien untuk bisa melakukan aktivitas mandiri sesuai kemampuan	- Dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang menghambat pasien dalam beraktivitas - Mengetahui keadaan umum pasien - Bantuan sangat dibutuhkan dalam kondisi tubuh yang lemah untuk memenuhi kebutuhan - Melatih kemampuan pasien agar tidak tergantung pada orang lain

	DO: - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak pasien menguap - Hasil laboratorium 1. HBA1c : 8.5 % 2. GDS : 394 mg/dl 3. GDP : 224mg/dl		- Libatkan keluarga dalam melakukan sebagisan aktivitas yang tak mampu dilakukan pasien	- Mencegah terjadinya kelelahan yang berlebihan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana keperawatan Meliputi : Tindakan Keperawatan, Tindakan Observatif, Penyuluhan, Kolaborasi Dokter	Rasional
03-03-2019	3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan keadaan lingkungan DS: - Pasien mengatakan tidur malam ± 5 jam sejak di rawat di rumah sakit dan tidur siang ± 1 jam - Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena kakinya terasa keram - Pasien mengatakan semenjak di rawat di rumah sakit ia kesulitan tidur nyenyak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × 24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Pola tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4 - Kualitas tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4 - Perasaan segar setelah bangun tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4 - Tempat tidur yang nyaman dan suhu ruangan yang nyaman dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada	1. Peningkatan tidur : - Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur - Ajarkan pasien bagaimana melakukan teknik relaksasi non-farmakologi untuk memancing tidur 2. Manajemen lingkungan : - Sediakan lingkungan yang aman dan bersih - Sesuaikan lingkungan (misalnya, suhu, cahaya, tempat tidur) untuk meningkatkan tidur	- Mengetahui pola tidur dan jam tidur pasien - Mengajarkan pasien teknik relaksasi lainnya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan tidur selain minum obat - Untuk meningkatkan kenyamanan pasien akan lingkungan - Untuk meningkatkan kenyamanan pasien akan lingkungan

	- Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun pagi DO : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak lingkaran hitam disekitar daerah mata pasien	skala 5	3. Berkolaborasi dalam pemberian obat golongan benzodiazepine	- Bekerjasama dengan dokter dalam pemberian terapi yang dianjurkan

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. “H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
03-03-2019	II	15:00	Mengkaji tingkat kelemahan dan keletihan yang dialami pasien H/ : - Pasien mengatakan badannya terasa lemah - Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas - Pasien tampak terbaring di tempat tidur	Andis
	II	16:00	Mengobservasi TTV pasien H/ : - TD : 160/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36,5 °C P : 20 x/menit	Angel
	II	16:40	Membantu pasien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya secara bertahap H/ : - Pasien mengatakan sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak sebagian aktvitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Andis
	I	17:30	Memonitor adanya gejala parastesia (Kesemutan, mati rasa, dan jika adanya nyeri) H/ : - Pasien mengatakan masih merasa keram di kaki dan jari-jari tangannya - Tampak pasien memijat tangannya yang keram	Angel

	I	17:50	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan, sebelum makan	Perawat Marlina
	I	19.00	Perawat menjelaskan pentingnya menjaga pola makan dan memperhatikan jam makan. Menghindari makanan yg tinggi gula dan karbohidrat. Seperti gula, susu, madu, beras merah, roti gandum dll. Untuk mencegah komplikasi / mengontrol proses penyakit H/: - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tentang pentingnya pola makan yang baik	Andis
	III	21:00	Menyesuaikan lingkungan (misalnya suhu, cahaya, tempat tidur) untuk meningkatkan tidur H/ : - Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap dengan suhu yang tidak terlalu dingin - Tampak pasien tidur dengan tenang dalam keadaan gelap	Angel
	II	21:50	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 140/90 mmHg N : 81 x/menit S : 36,4 °C P : 20 x/menit	Perawat Martha
	I	22:00	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Lantus 6 unit / subcutan sebelum tidur	Perawat Suriati
	III	22:03	Berkolaborasi dalam pemberian obat Alprazolam 0,5 mg / oral H/ : - Tampak pasien berbaring setelah minum obat	Perawat Suriati

	III	06.15	Memonitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi H/ : - GDP : 320 mg/dl	Perawat Marlina
	I	06.40	Memonitor pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/ : - Pasien mengatakan tidak nyaman dengan lingkungan RS sehingga ia kesulitan tidur nyenyak dan sering terbangun - Pasien mengatakan jumlah jam tidurnya berkurang saat dirawat di RS	Perawat Marlina
	I	06.50	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum makan	Perawat Suriati

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. “H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
04-03-2019	III	07.30	Menyediakan lingkungan yang aman dan bersih: H/ : - Mengganti laken bersih dan merapikan tempat tidur agar pasien marasa nyaman - Memasang pengaman tempat tidur pasien	Sifra
	I	08.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Diamicron 60 mg / oral : H/ : - Tampak pasien meminum obatnya	Perawat Suci
	I	09.30	Perawat menjelaskan pentingnya menjaga pola makan, mengatur pola makan dan memperhatikan jam makan. Menghindari makanan yg tinggi gula dan karbohidrat. Seperti makanan manis, susu, madu, roti gandum, beras merah dll. Untuk mencegah komplikasi / mengontrol proses penyakit H/ : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tentang pentingnya pola makan yang baik	Yulisia
	II	10.00	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 130/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5 ^{0} c P : 20 x/menit	Yulisia
	I	11.00	Monitor adanya gejala parathesia (misalnya	Yohanes

			kesemutan, mati rasa, dan jika adanya nyeri) H/ : - Pasien mengatakan keram pada kaki dan jari-jari tangannya sudah sedikit berkurang - Tampak pasien memijat jari-jari tangannya yang masih sedikit keram	
	I	11.50	Berikan terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum makan	Sifra
	II	12.40	Mengkaji tingkat kelemahan dan keletihan yang dialami pasien H/ : - Pasien mengatakan badannya masih terasa lemah - Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas mandiri - Pasien sebagian aktvitas dibantu oleh keluarga dan perawat	Yulisia
	I	15.00	Perawat menjelaskan tindakan non-farmakologi yang bisa dilakukan saat keram / kesemutan tiba-tiba dirasakan yaitu dengan melakukan peregangan otot kaki / jari-jari tangan sambil di pijat dan juga bisa melakukan kompres dingin pada bagian tubuh yang terasa keram untuk mengontrol / meminimalkan gajala sesuai kebutuhan H/ : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tentang tindakan u/ mengontrol gajala sesuai kebutuhan (memjiat-mijat bagianyg keram sesuai kebutuhan)	Saldi
	II	15.40	Melibatkan keluarga dalam melakukan aktivitas yang tidak mampu dilakukan pasien H/ : - Tampak keluarga menyisir rambut pasien	Berlin

	II	16.00	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 140/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36 ^{0}C P : 20 x/menit	Sinta
	I	17.30	Memonitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi H/: - GDS: 300 mg/dl	Berlin
	I	17.50	Berkolaborasi dalam pemberian insulin sesuai indikasi H/ : - Apidra 4 unit / subcutan, sebelum makan	Perawat kiki
	II	18.40	Motivasi pasien untuk bisa melakukan aktivitas mandiri sesuai kebutuhan H/ : - Tampak pasien terbaring lemah dan memijat-mijat tangannya yg keram	Saldi
	III	19.30	Perawat menjelaskan sebelum tidur bisa mendengarkan musik / lagu kesukaan untuk memancing tidur untuk memancing tidur H/ : - Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien menjelaskan kembali tindakan untuk memancing tidur seperti mendengarkan musik kesukaan	Sinta
	II	20.00	Libatkan keluarga dalam melakukan sebagian aktivitas yang tak mampu dilakukan pasien H/ : - Tampak keluarga membantu pasien menganti pakaiannya karena basah	Perawat Vive
	III	21.00	Menyesuaikan lingkungan (misalnya suhu, cahaya, tempat tidur) untukmeningkatkan tidur H/ :	Sifra

			- Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap dan suhu yang tidak terlalu dingin - Tampak pasien tidur dengan tenang dalam keadaan gelap	
	II	21.30	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 140/70 mmHg N : 84 x/menit P : 20 x/menit S : 36,2^0 c	Sifra
	I	22.00	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/ : - Lantus 6 unit / subcutan sebelum tidur	Perawat Delki
	I	22:03	Berkolaborasi dalam pemberian obat Alprazolam 0,5 mg / oral H/ : - Tampak pasien berbaring setelah minum obat - Pasien mengatakan kemarin malam tidurnya sudah mulai	Perawat Delki
	I	06.15	Memonitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi H/ : - GDP: 280 mg/dl	Perawat vive
	I	06.40	Memonitor pola tidur dan jumlah jam tidur H/ : - Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan RS - Pasien mengatakan tidurnya sudah sedikit nyenyak - Tampak pasien tenang - Tampak pasien sudah tidak banyak menguap - Tampak lingkaran hitam dimata pasien berkurang -	Perawat Naice
	I	06.50	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum makan	Perawat Kiki

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. “H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Nama perawat
05-03-2019	III	07.30	Menyediakan lingkungan yang aman dan bersih H/ : - Merapikan tempat tidur pasien agar terlihat rapi dan bersih - Memasang pengaman tempat tidur pasien	Yohanes
	I	08.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat Diamicron 60 mg / oral H/ : - Tampak pasien meminum obatnya	Yohanes
	I	09.30	Memonitor adanya gejala parastesia (misalnya kesemutan, mati rasa, dan jika adanya nyeri) H/ : - Pasien mengatakan masih merasa keram pada kaki dan jari-jari tangannya tapi sudah berkurang - Tampak pasien sudah tidak memijat jari-jari tangannya	Yulisia
	I	10.00	Perawat menjelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit Diabetes yaitu Kesemutan / mati rasa, sering berkemih, penglihatan kabur, kelelahan, sering lapar dll H/ : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien dan keluarga menjelaskann ulang tentang tanda dan gejala umum DM seperti yg dialaminya	Yulisia

	I	11.50	Berikan terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum Makan	Cindy
	II	12.40	Mengkaji tingkat kelemahan dan keletihan yang dialami pasien H/ : - Pasien mengatakanya sudah bisa melakukan aktivitas mandiri di tempat tidur, seperti duduk dengan mandiri dan mengambil air minum di meja - Tampak pasien duduk ditempat tidur dan minum segelas air	Sinta
	I	15.00	Perawat menjelaskan tindakan non-farmakologi yang bisa dilakukan saat keram/ kesemutan tiba-tiba di rasakan dengan melakuka peregangan otot kaki/ tangansambil di pijat dan juga sambil melakukan compres dingin pada bagian tubuh yang terasa keram H/ : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tindakan non-farmakologi u/ mengontrol / meminimalkan gejala (memijit-mijit bagian yg keram sesuai kebutuhan)	Sifra
	II	16:00	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 130/90 mmHg N : 82 x/menit P : 20 x/menit S : 36^0c	Berlin
	III	16:50	Melibatkan keluarga dalam melakukan aktivitas yang tidak mampu dilakukan pasien H/ : - Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak perawat dan keluarga membantu memandikan pasien	Berlin
	I	17.30	Memonitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi H/ : - GDS: 260 mg/dl	Sifra

	I	17.50	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai indikasi H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum makan	Saldi
	III	18.40	Memotivasi pasien untuk bisa melakukan aktivitas mandiri sesuai kebutuhan H/ : - Tampak pasien sudah bisa duduk sendiri dan mengambil air minum di sebelahnya	Perawat Marita
	III	20.00	Perawat menjelaskan sebelum tidur bisa mendengarkan musik / lagu kesukaan untuk memancing tidur H/ : - Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat - Tampak pasien menjelaskan kembali tindakan untuk memancing tidur seperti mendengarkan musik kesukaan dan sering mempraktekannya	Perawat Rini
	III	21.00	Menyesuaikan lingkunga (misalnya cahaya, suhu, tempat tidur) untuk memancing tidur H/ : - Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap dengan suhu yang tidak terlalu dingin	Berlin
	II	21.30	Memonitor TTV pasien H/ : - TD : 130/70 mmHg N : 84 x/menit P : 20 x/menit S : 36,5^0 c	Saldy
	I	22.00	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Lantus 6 unit / subcutan sebelum tidur	Perawat Suriati
	I	22.03	Berkolaborasi dalam pemberian obat Alprazolam 0,5 mg / oral H/ : - Tampak pasien berbaring setelah	Perawat Martha

			minum obat - Pasien mengatakan tidurnya sudah nyenyak	
	I	06.15	Memonitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi H/ : - GDP: 170 mg/dl	Perawat Martha
	III	06.40	Memonitor pola tidur dan jumlah jam tidur H/ : - Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan RS - Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyeyak - Tampak pasien tenang - Tampak lingkaran hitam dimata psien berkurang	Cindy
	I	06.50	Berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep H/ : - Apidra 4 unit / subcutan sebelum makan	Perawat Martha

Tabel 3.6 Implementasi keperawatan

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn.”H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
04-03-2019	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d Diabetes melitus : S : - Pasien mengatakan masih merasa keram di kaki dan jari-jari tangannya - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat tentang pentingnya perubahan pola hidup untuk mengontrol proses penyakit O : - Tampak pasien memijat tangannya yang keram - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tentang pentingnya pola makan yang baik - GDP: 320 mg/dl A : - Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer masih dialami P : - Lanjutkan intervensi 1. Manajemen sensasi perifer 2. Pengajaran proses penyakit 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat DP II : Keletihan b/d status penyakit : S : - Pasien mengatakan badannya terasa lemah - Pasien mengatakan terbatas melakukan aktivitas - Pasien mengatakan sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat O : - Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur - Tampak sebagian aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	Angel Andis

	A : - Keletihan masih dialami P : - Lanjutkan intervensi : 1. Manajemen keletihan 2. Terapi aktivitas DP III : Gangguan pola tidur b/d Keadaan lingkungan : S : - Pasien mengatakan tidak nyaman dengan lingkungan RS sehingga ia kesulitan tidur nyenyak dan sering terbangun - Pasien mengatakan jumlah jam tidurnya berkurang saat dirawat RS - Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap dan suhu yang tidak terlalu dingin O : - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien banyak menguap - Tampak lingkaran hitam disekitar daerah mata pasien - Tampak pasien tidur dengan tenang dalam kondisi gelap A : Gangguan pola tidur masih dialami P : - Lanjutkan intervensi : 1. Peningkatan tidur 2. Manajemen lingkungan 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat	Angel

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. “H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
05-03-2019	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d diabetes melitus : S : - Pasien mengatakan keram pada kaki dan jari-jari tangannya sudah sedikit berkurang - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat tentang pentingnya perubahan pola hidup u/ mengontrol proses penyakit - Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat tentang tindakan u/ mengontrol gejala sesuai kebutuhan O : - Tampak pasien memijat jari-jari tangannya yang masih sedikit keram - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tentang pentingnya pola makan yang baik - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tindakan non-farmakologi (memijit-mijit bagian yang keram sesuai kebutuhan) - GDP : 280 mg/dl A : - Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer masih dialami P : - Lanjutkan intervensi 1. Manajemen sensasi perifer 2. Pengajaran proses penyakit 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat	Angel
	DP II : Keletihan b/d status penyakit : S : - Pasien mengatakan badannya masih terasa lemah - Pasien mengatakan masih belum bisa beraktivitas mandiri - Pasien mengatakan sebagian aktvitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat	Andis

	O : - Tampak pasien terbaring lemah dan hanya bisa memijit-mijit tangannya yang keram - Tampak keluarga menyisir rambut pasien dan mengganti pakaian pasien yang basah A : - Keletihan masih dialami P : - Lanjutkan intervensi : 1. Manajemen keletihan 2. Terapi aktivitas DP III : Gangguan pola tidur b/d keadaan lingkungan : S : - Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan RS - Pasien mengatakan tidurnya sudah sedikit nyenyak - Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat tentang tindakan yang bisa dilakukan untuk memancing tidur - Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap dan suhu yang tidak terlalu dingin O : - Tampak pasien tenang - Tampak pasien tidak banyak menguap - Tampak pasien menjelaskan kembali tindakan untuk memancing tidur seperti mendengarkan musik kesukaan - Tampak lingkaran hitam dimata pasien berkurang - Tampak pasien tidur dengan tenang dalam keadaan gelap A : - Gangguan pola tidur berkurang P : - Lanjutkan intervensi : 1. Peningkatan tidur 2. Manajemen lingkungan 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat	Angel

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. “H” / 63 tahun

Ruang / Kamar : St. Bernadeth III B / 364[1]

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
06-03-2019	DP I : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d diabetes melitus : S : - Pasien mengatakan masih merasa keram pada kaki dan jari-jari tangannya tapi sudah berkurang - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat tentang gejala umum penyakit - Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan perawat tentang tindakan untuk mengontrol gejala sesuai kebutuhan O : - Tampak pasien sudah tidak memijat jari-jari tangannya - Tampak pasien menjelaskan ulang gejala umum dari penyakit DM seperti yang dialaminya - Tampak pasien dan keluarga menjelaskan kembali tindakan non-farmakologi u/ mengontrol gejala (memijit-mijit bagian yang keram sesuai kebutuhan) - GDP : 170 mg/dl A : - Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer masih dialami P : - Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan : 1. Manajemen sensasi perifer 2. Pengajaran proses penyakit 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat DP II : Keletihan b/d status penyakit : S : - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas mandiri di tempat tidur seperti duduk dan mengambil air minum di meja sebelahnya	Angel Andis Angel Andis

	- Pasien mengatakan sebagian aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga O : - Tampak pasien duduk di tempat tidur dan minum segelas air - Tampak keluarga membantu memandikan pasien A : - Pasien sudah sedikit menunjukan toleransi terhadap aktivitasnya P : - Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan : 1. Manajemen keletihan 2. Terapi aktivitas DP III : Gangguan pola tidur b/d keadaan lingkungan : S : - Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan RS - Pasien mengatakan tidurnya sudah nyenyak - Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat tentang tindakan yang bisa dilakukan untuk memancing tidur O : - Tampak pasien tenang - Tampak lingkaran hitam dimata pasien berkurang - Tampak pasien menjelaskan kembali tindakan untuk memancing tidur seperti mendengarkan musik kesukaan dan sering mempraktekannya A : - Gangguan pola tidur sudah tidak dialami P : - Stop intervensi	Angel Andis

Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN KEPADA PASIEN

1. APIDRA

Klasifikasi / golongan obat : Insulin

Dosis umum : 10 unit

Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 4 unit

Cara pemberian : Subcutan

Mekanisme kerja dan fungsi obat : Setelah di injeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel

Indikasi : Pasien dengan hiperglikemia

Efek samping : Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan menggunakan insulin

2. LANTUS

Klasifikasi / golongan obat : Insulin

Dosis umum : 18 unit

Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 6 unit

Cara pemberian : Subcutan

Mekanisme kerja dan fungsi obat : Setelah di injeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel

Indikasi : Pasien dengan hiperglikemia

Efek samping : Reaksi hipersensitif kemungkinan terjadi selama perawatan menggunakan insulin

3. DIAMICRON

Klasifikasi / golongan obat : Sulfonilurea

Dosis umum : 60 mg

Dosis untuk pasien : 60 mg

Cara pemberian : Oral

Mekanisme kerja dan fungsi obat : Diamicron (Gliclazide) menurunkan kadar gula darah dengan cara mengikat secara selektif reseptor sulfonilurea (SUR 1) pada permukaan sel beta pankreas. Mekanisme ini membuat gliclazide mampu memblokir sebagian potassium chanels antara sel-sel beta dari pulau langerhans pada organ pankreas

Indikasi : Pasien penderita diabetes tipe 2

Efek samping : Gejala umum yang biasa terjadi seperti sembelit, diare, mual, muntah, dan nyeri pada ulu hati.

4. ALPRAZOLAM

Klasifikasi / golongan obat : Benzodiazepine

Dosis umum : 0,25 – 0,5 mg

Dosis umum : 0,5 mg

Cara pemberian : Oral

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

Indikasi : Pasien dengan gangguan kecemasan dan serangan panik

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

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara konsep teori yang diperoleh dari tinjauan teoritis dengan pengamatan kasus yang ditemukan dalam asuhan keperawatan pada Tn. “H” yang berusia 63 tahun dengan kasus Diabetes Melitus tipe II di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada unit Bernadeth IIIB yang berlangsung selama tiga hari. Pembahasan dalam bab ini menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dokter, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Pada pengamatan kasus diperoleh data bahwa pada saat pengkajian pada tanggal 03/03/2019 di dapatkan keluhan utama : Keram pada kaki dan jari-jari tangan pasien jika sesudah mengkonsumsi makanan yang manis-manis. kemudian disertai dengan penglihatan kabur, sering berkemih pada malam hari dan nafsu makan meningkat. Pasien mengatakan merasa tubuhnya lelah sehingga ia hanya berbaring di tempat tidur dan aktivitas hariannya di rumah sakit dibantu oleh keluarga. Tampak pasien memegang kakinya yang keram. Untuk mengetahui lebih akurat tentang penyakit pasien maka dilakukan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan Kimia Darah: HbA1c 8.5 %. Pemeriksaan Glukosa Puasa: 224 mg/dl. Pemeriksaan glukosa sewaktu: 394 mg/dl. Menurut teori keram di sebabkan karena perubahan metabolisme yang di akibatkan karena kadar gula yang tidak terkontrol

sehingga fungsi saraf sensorik dan motorik menurun dan mencegah sensasi normal pada lengan dan kaki serta menyebabkan rasa kesemutan, nyeri dan kadang mati rasa.

Tidak semua tanda dan gelaja ditemukan pada teori seperti polidipsia (peningkatan rasa haus) karena banyaknya pengeluaran cairan tubuh melaui ginjal ditambah kondisi tubuh mengalami *hiperosmolar* akibat peningkatan glukosa dalam tubuh menyebabkan kondisi tubuh akan mengalami penurunan cairan intrasel. Selanjutnya kondisi tersebut menyebabkan stimulasi osmoreseptor pusat haus di otak sehingga penderita diabetes melitus sering mengeluh haus (Kumar, Abbas & Aster, 2013). Dan penurunan berat badan disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel menjadi kekurangan darah. Kondisi demikian menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian tubuh akan kehilangan energi cadangan termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun. Faktor resiko terjadinya diabetes melitus pada Tn. “H” yaitu usia, pola makan yang tidak sehat. Pola makan yang tidak sehat seperti makanan tinggi karbohidrat atau tinggi gula. Saat penderita diabetes mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat atau tinggi gula, kadar gula darahnya bisa langsung naik. Makanan tinggi karbohidrat membuat tubuh perlu untuk menghasilkan lebih banyak insulin agar gula darah terkontrol. Namun, pada penderita diabetes, proses ini sudah terganggu. Mereka tidak mampu menghasilkan insulin dalam jumlah banyak atau insulin tidak mampu mengubah glukosa menjadi energi dengan efektif.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang diperoleh maka penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.
2. Keletihan.

3. Gangguan pola tidur Nyeri.

Dari ketiga diagnosa keperawatan di atas, diagnosa keperawatan yang pertama adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien, pasien mengeluh keram pada kaki dan juga jari-jari tangannya, penglihatannya kabur dan sering berkemih pada malam hari. Hasil GDS : 394 mg/dl. Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Keletihan, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan data pada pasien terbatas melakukan aktivitas karena badannya terasa lemah, tampak keadaan umum pasien lemah, dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. HbA1c : 8.5 %. Diagnosa ketiga yaitu : Gangguan pola tidur, alasan penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien sering terbangun pada malam hari karena kadang kakinya terasa keram, semenjak dirawat di rumah sakit ia kesulitan tidur nyenyak, tidak merasa segar saat bangun pagi, tampak pasien gelisah, tampak pasien banyak menguap dan tampak lingkaran hitam disekitar mata pasien.

Penulis tidak mengangkat beberapa diagnosa lain yang ada pada teori karena data tidak mendukung, seperti :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena keluhan utama pasien masuk rumah sakit yaitu parathesia/kesemutan.

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti adanya kerusakan jaringan kulit, adanya luka atau infeksi pada tubuh pasien.

3. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti adanya luka atau infeksi pada tubuh pasien.

C. Rencana Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan penentuan masalah keperawatan selanjutnya penulis membuat suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d Diabetes melitus

   Intervensi yang disusun penulis yaitu: monitor adanya parathesia (misalnya kesemutan, mati rasa, dan jika adanya nyeri), jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai kebutuhan, berikan informasi pentingnya perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk mencegah komplikasi atau mengontrol proses penyakit pasien, edukasikan kepada pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala sesuai kebutuhan, monitor kadar glukosa dalam darah sesuai indikasi, berkolaborasi dalam pemberian terapi insulin sesuai resep dan berkolaborasi dalam pemberian obat golongan anti diabetic oral.

2. Keletihan b/d status penyakit

   Intervensi yang disusun penulis yaitu : kaji tingkat kelemahan dan keletihan yang dialami pasien, observasi tanda-tanda vital (TD, N, S, P), bantu pasien beraktivitas dalam memenuhi kebutuhannya secara bertahap, motivasi pasien untuk bisa melakukan aktivitas mandiri sesuai kemampuan dan libatkan keluarga dalam melakukan sebagian aktivitas yang tak mampu dilakukan pasien.

3. Gangguan pola tidur b/d keadaan lingkungan

   Intervensi yang disusun penulis yaitu : monitor/catat pola tidur, ajarkan pasien bagaimana melakukan teknik relaksasi non-farmakologi untuk memancing tidur, sediakan lingkungan yang aman dan bersih, sesuaikan lingkungan (misalnya suhu, cahaya, tempat tidur) untuk

meningkatkan tidur dan berkolaborasi dalam pemberian obat golongan benzodiazepine.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang telah disusun penulis sebelumnya. Rencana keperawatan yang disusun oleh penulis telah di implementasikan dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien dan tim kesehatan lainnya.

1. Pada diagnosa keperawatan pertama ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes melitus. Pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan.
2. Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu keletihan berhubungan dengan status penyakit. Hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan.
3. Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan keadaan lingkungan. Hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi dilakukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang mencakup tentang apakah hasil yang diharapkan bisa dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (03 – 05 Maret 2019) adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi sebagian. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan keram pada kaki dan jari-jari tangannya sudah berkurang dan tampak pasien sudah tidak memijat kaki dan jari-jari tangannya. GDP: 170 mg/dl.
2. Keletihan berhubungan dengan status penyakit dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi sebagian. Hal ini

ditandai dengan pasien sudah sedikit menunjukkan toleransi aktivitas dimana pasien sudah bisa melakukan aktivitas mandiri, seperti duduk dan mengambil air di meja.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan keadaan lingkungan dengan hasil evaluasi hari terakhir yaitu masalah teratasi. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan sudah mulai terbiasa dengan lingkungan RS. Pasien mengatakan tidurnya sudah nyenyak, tampak pasien tenang dan tampak lingkaran hitam dimata pasien berkurang.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn.”H” dengan Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Bernadeth III.B RS Stella Maris, Maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta memberikan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian keperawatan pada pasien Tn.”H” dengan Diabetes Melitus Tipe II didapatkan data : Tn.”H” berumur 63 tahun dengan jenis kelamin laki-laki masuk dengan keluhan ± 2 minggu yang lalu keram pada kaki dan jari-jari tangannya bertambah jika mengonsumsi makanan manis disertai dengan penglihatan kabur, sering berkemih pada malam hari dan nafsu makan meningkat. Pasien mengatakan pada saat itu istrinya menyuruh ia untuk berobat ke dokter tapi pasien menolak dengan alasan hanya keram biasa. Setelah beberapa hari keram pada kaki dan jari-jari tangannya semakin terasa dan membuat ia kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari. Pasien mengatakan keesokan harinya pada tanggal 01-03-2019 akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien berobat ke RS stella maris. Pada saat pengkajian pasien mengeluh keram pada kaki dan jari-jari tangannya, pasien mengatakan merasa tubuhnya lelah sehingga ia hanya terbaring ditempat tidur dan aktivitas hariannya dibantu

oleh keluarga. Tampak pasien terbaring lemah, tampak pasien memegang tangannya yang keram.

2. Berdasarkan data yang diperoleh dari Tn.”H” dengan Diabetes Melitus Tipe II penulis mendapatkan diagnosa keperawatan antara lain:
   a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes mellitus
   b. Keletihan berhubungan dengan status penyakit
   c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan keadaan lingkungan
3. Perencanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Tn.”H” antara lain meliputi: tindakan mandiri, observasi, penyuluhan, kolaborasi dan semua intervensi untuk ketiga diagnosa dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien.
4. Implementasi dilakukan selama tiga hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik sesuai dengan intervensi yang telah dibuat penulis berupa tindakan observasi, mandiri, penyuluhan dan kolaborasi.
5. Hasil evaluasi akhir:

   Diagnosa keletihan dan gangguan pola tidur sudah teratasi sebagian, untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi penuh karena gula darah pasien belum stabil yang ditandai dengan GDP : 170 mg/dl, GDS: 260 mg/dl. Sehingga masih butuh perawatan lebih lanjut.

B. Saran

1. Rumah sakit

   Diharapkan rumah sakit lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit DM.

2. Institusi pendidikan

   Sebagai sumber informasi, bacaan serta acuan untuk mengukur kemampuan mahasiswa dalam penerapan proses keperawatan khususnya dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan DM dan penulis mengharapkan lembaga institusi menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan penyakit DM sehingga mempermudah penulis untuk mencari literature.

3. Pasien dan Keluarga

   Untuk mencegah terjadinya DM berulang baik itu pasien ataupun anggota keluarga lainnya dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk memperhatikan pola makan, rajin berolahraga, mematuhi diet yang dianjurkan dan selalu memperhatikan program pengobatan DM.

4. Bagi Perawat

   Diharapkan mampu melakukan tindakan keperawatan mandiri, tindakan kolaborasi dan edukasi tentang cara pencegahan dan penanganan dari penyakit DM dengan baik dan benar.

DAFTAR PUSTAKA

ADA (2007) *Report of thre commite on the diagnosis and classification of Diabetes Melitus*. Diabetes Care USA

Andre Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Nuha Medika.

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

Damayanti, S. (2015). *Diabetes Melitus & Penatalaksanaan keperawatan* Yogyakarta : Nuha Medika

Doenges, M. E. (2000), *Rencana Asuhan Keperawatan*, Edisi 3, P. 726-741 Jakarta : EGC

Ernawati (2012). *Peningkatan Pengetahuan dan keterampilan manajemen diabetes melalui pelatihan manajemen diabetes pada kader kesehatan*. Jurnal Keperawatan Indonesia. Vol. 15, No. 2, Juli 2012.

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

Jurnalis, Muhammad sukardi. 2018

Kamus saku kedokteran Dorland. (1998) hal 309, Jakarta : EGC

Konsensus Pencegahan dan Pengelolaan Nasional Penatalaksanaan Diabetes Mellitus tipe 2 di Indonesia, Perkeni, 2016.

Kumar V, Abbas AK, Aster JC. 2013. Robbins Basic Pathology. Philadelphia, PA: Saunders.

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris. (2016-2018). Kasus Diabetes Melitus Tipe II. Makassar

NH. Cho. Praktik klinik Res. Diabetes. 2018

Norjani. 2017

Nur Aini & Ledy Martha Aridia. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta : Salemba Medika.

Putri, Y. M., & Wijaya, A. S. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2013

Sherwood, L. 2012. *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*. Edisi 6. Jakarta: EGC

Tandra, H. (2017). *Segala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta : Gramedia Pustaka utama

Tarwoto. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA/ NIM : Andi Sumarni A.D (E1614401045)

: Angela M.Dominggus (E1614401046)

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN "H" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II (DM) DI RUANG BERNADETH III B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

NAMA PEMBIMBING : Mery Solon,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing
1.	20 Maret 2019	Bab III - Pengkajian - Diagnosa - Analisa data - Intervensi	
2.	08 April 2019	BAB II - Konsep medik - Konsep keperawatan BAB III - Pengamatan kasus - Pengkajian - Analisa data - Diagnosa - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	

3.	09 April 2019	BAB I BAB III - Pengamatan kasus - Pengkajian - Analisa data - Diagnosa - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	
4.	29 April 2019	BAB I BAB II BAB III - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	
5	06 Mei 2019	BAB I BAB iii	
6	14 Mei 2019	BAB IV BAB V Daftar Pustaka	
7	15 Mei 2019	Judul - Daftar Pustaka	
8	16 Mei 2019	Judul – Daftar Pustaka	