KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "A" DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE II (DM TIPE II) DI RUANG BERNADETH IIB RS. STELLA MARIS MAKASSAR

DI SUSUN OLEH:
MERIANTI KARENGKE'
E1614401072
MONIKA TANGKI'
E1614401073

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."A" DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE II DI RUANGAN PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggung jawabkan

dan telah diujikan di hadapan tim penguji

yang dilaksanakan pada:

Senin,20 Mei 2019

Di ajukan oleh

Nama Mahasiswa :

Merianti Karengke' (E1614401072)

Monika Tangki (E1614401073)

Di setujui oleh:

Pembimbing

Elmiana Bongga Linggi, Ns., M. Kes

NIDN:0925027603

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN: 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."A" DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE II DI RUANGAN PERAWATAN BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin 20 Mei 2019
Pukul : 11.00-11.45
Tempat : Ruangan A

Tim penguji :

1. Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes ( )
2. Euis Dedeh K.,Ns.,MSN ( )
3. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M. Kes ( )

Mengetahui:
Ketua Stik Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Monika Tangki’
Tempat/Tanggal Lahir	: Tomanggaruk 28 Juli 1998
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Andi Tondro V Lrg. 1 No. 4

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Stanis Palayukan
	Yuliana Tangki’
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Toraja Utara

III. Pendidikan yang Telah ditempuh

SD Inpres Pasang	: 2004-2010
SMP Negeri 01 Sanggalangi’	: 2010-2013
SMA Katolik Rantepao	: 2013-2016
STIK Stella Maris Makassar	: 2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Merianti Karengke’
Tempat/Tanggal Lahir	: Baturondon, 03 Maret 1996
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Sungai Limboto Lrg. 56

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Daniel Minggu
	Maria Sattu
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Tana Toraja

III. Pendidikan yang Telah ditempuh

SDN 157 Baturondon	: 2004-2010
SMP Katolik Minanga	: 2010-2013
SMAN 2 Makale	: 2013-2016
STIK Stella Maris Makassar	: 2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat,rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul asuhan keperawatan pada Ny.”A” dengan *DIABETES MELITUS* TIPE II di ruang perawatan Sta.Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Penulisan karya ilmiah ini dianjurkan sebagai salah satu persyaratan pada ujian akhir bagi kelulusan mahasiswi STIK Stella Maris Makassar program studi DIII Keperawatan tahun 2019.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapat kesulitan dan kekurangan dalam menyelesaikan, namun berkat bimbingan dan arahan, bantuan,kesempatan, dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, S. Kep,. MSN selaku ketua bidang keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Fr. Blasius Perang, CMM. SS. Ma, Psy selaku wakil ketua bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. dr.Thomas Suharto, MMR selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan pengambilan kasus untuk karya tulis ilmiah ini.dan terima kasih kepada pegawai di Sta.Bernadeth 2B terima kasih atas bantuan dan bimbingan-nya kepada penulis.

6. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan yang turut membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Elmiana Bonga Linggi S,Kep., Ns,.M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberikan pengarahan kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah.
8. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ny.”A” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini
10. Terima kasih kepada kedua orang tua tercinta, dari Merianti Karengke’ (Bapak Daniel Minggu dan Ibu Maria Sattu) dan Monika Tangki’ (Bapak Stanis Palayukan dan Ibu Yuliana Tangki’) yang telah memberikan dukungan serta bantuan, kasih sayang dan doa selama penulis menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
11. Teristimewa kepada bunda Erni, Kak Endi, Kak Lina, kak Ardi, Kak Kurnhy dan Ronaldo Dalton Beda yang selalu memberikan perhatian dan motivasi selama penyusunan karya tulis ini.
12. Terima kasih kepada Suster Hana SFIC, Suster Lusia SFIC, Novianti Palinoan, Emilia yang telah menjaga dan membantu, selama penulis menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
13. Terima kasih kepada saudara terkasih saya Yusni Palayukan, Imelda Palayukan, Sandra Palayukan dan kepada sahabat-sahabat tercinta atas perhatian dan kasih sayang serta dukungan doa dan perjuangannya selama ini sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas yang dianugrahkan kepada penulis.
14. Buat teman-teman mahasiswa/I program DIII keperawatan angkatan 2016 STIK Stella Maris Makassar.kelas B yang telah memberi masukan kepada penulis.

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

Makassar, April 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Pemeriksaan Urinalis 50
Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium darah rutin 51
Table 3.3 Pemeriksaan laboratorium 52
Tabel 3.4 Pemeriksaan glukosa darah 53
Tabel 3.5 Analisa Data 55
Tabel 3.6 Diagnosa Keperawatan 57
Tabel 3.7 Rencana Keperawatan..... 58
Tabel 3.8 Pelaksanaan Keperawatan 61
Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan 76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penampang pancreas 9
Gambar 2.2 Patoflowdiagram 31
Gambar 3.1 Genogram 35

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Hal
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN……	ii
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN…….	iii
RIWAYAT HIDUP…….	iv
KATA PENGANTAR……...	vi
DAFTAR TABEL……..	ix
DAFTAR GAMBAR……	x
DAFTAR ISI……..	xi
BAB I PENDAHULUAN……..	
A. Latar Belakang…….	1
B. Tujuan Penulisan…….	3
C. Manfaat Penulisan……...	3
D. Metode Penulisan……	4
E. Sistematika Penulisan…….	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS……	
A. Konsep Dasar Medis……...	7
1. Definisi…….....	7
2. Klasifikasi diabetes melitus…….	7
3. Anatomi dan fisiologi……	9
4. Etiologi……	12
5. Patofisiologi……...	13
6. Manifestasi Klinis……..	14
7. Pemeriksaan Diagnostik……..	16
8. Penatalaksanaan Medik……..	17
9. Komplikasi……..	20
B. Konsep Dasar Keperawatan……..	22
1. Pengkajian…….	22

2. Diagnosa Keperawatan…….. 23
3. Perencanaan Keperawatan…… 23
4. *Discharge Planning*…….. 28
5. Perawatan luka diabetik…… 29
BAB III TINJAUAN KASUS……...
A. Pengkajian…… 33
B. Analisa Data……. 55
C. Diagnosa Keperawatan…….. 57
D. Rencana Keperawatan……. 58
E. Pelaksanaan Keperawatan……. 61
F. Evaluasi Keperawatan…… 76
G. Daftar obat…… 82
BAB IV PEMBAHASAN…….
A. Pengkajian……..... 86
B. Diagnosa keperawatan……... 87
C. Rencana keperawatan……. 89
D. Implementasi keperawatan……. 90
E. Evaluasi……. 90
BAB V PENUTUP……..…….
A. Simpulan……. 92
B. Saran……. 93
DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organisation istilah "*Diabetes Melitus"* (DM) menggambarkan suatu kelainan metabolik dengan penyebab yang multipel, yang memiliki karakteristik hiperglikemia kronik dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebkan oleh kelainan pada sekresi insulin atau keduanya. Efek dari DM meliputi kerusakan, disfungsi dan kegagalan multipel organ dalam jangka panjang. Saat ini DM merupakan ancaman akademik global. Bukan saja sebagai penyebab kematian, namun juga sebagai penyebab terjadinya penyakit lain akibat komplikasi yang ditimbulkannya (Nursyamsi dkk,2017:186)

Menurut *Internasional of diabetic ferdaration* (idf, 2015) tingkat prevalensi penderita DM pada tahun 2013, 2014, dan 2015. Didapatkan total penderita DM pada tahun 2013 sebanyak 382 juta jiwa, dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 422 juta jiwa dan pada tahun 2015 sebanyak 387 juta jiwa. Di Indonesia menempati urutan ke 7 dengan penderita DM sejumlah 8,5 juta penderita, setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brasil, Rusia dan Mexiko (Hestiana, 2017:139)

Tercatat dari data WHO, pada tahun 2012 angka penderita DM di dunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dan mengalami peningkatan pada tahun 2013 yaitu sebanyak 422 juta jiwa. Dari angka penderita DM di atas telah menjadikan DM sebagai penyebab kematian urutan ketujuh di dunia. (Sicre et al, dalam Rahayu,2014).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018. Prevalensi DM pada penduduk umur $\geq$ 15 tahun berdasarkan penggolongan usia yang terbanyak adalah pada usia 55-74 tahun sebanyak 19,6%, usia > 75 tahun sebanyak 17,0%, usia 45-54 tahun sebanyak 14,4%, usia 35-44 tahun sebanyak 8,6%, usia 25-34 tahun

sebanyak 4,1% dan pada usia 15-24 tahun sebanyak 2,0%. Berdasarkan jenis kelamin penderita DM lebih banyak dialami oleh perempuan yaitu 12,7% dibanding laki-laki 9,0%. Dan revalensi DM berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut provinsi, 2018 Sulawesi Selatan menempati posisi ke 17. (Riskesdas,2018:75)

Berdasarkan data yang diambil dari data unit Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2016, 2017 dan 2018. Didapatkan total pasien yang dirawat di rumah sakit Stella Maris Makassar dengan DM tipe II yaitu, tahun 2016 sebanyak 455 jiwa. Dari jumlah penderita DM tipe II lebih banyak terjadi pada perempuan yaitu 251 jiwa dibandingkan dengan laki-laki yaitu 204 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun sebanyak 261 jiwa, usia 65 tahun keatas 167 jiwa, usia 25-44 tahun sebanyak 24 jiwa, usia 15-24 tahun sebanyak 2 jiwa, usia 5-14 tahun sebanyak 1 jiwa dan pada usia 0-4 tahun tidak ditemukan adanya penderita DM tipe II. Pada tahun 2017 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 480 jiwa. Lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 273 jiwa sedangkan laki-laki sebanyak 207 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun, sebayak 283, usia 65 tahun keatas sebanyak 171 jiwa, usia 25-44 tahun sebanyak 25 jiwa, usia 15-24 tahun sebanyak 0 jiwa, usia 5-14 tahun sebanyak 0 jiwa, usia 1-4 tahun sebanyak 1 jiwa, usia 0-6 hari sampai usia 28 hari-<1 tahun sebanyak 0 jiwa. Pada tahun 2018 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe II sebanyak 473 jiwa. Lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 263 jiwa sedangkan laki-laki sebanyak 210 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun, sebayak 262, usia 65 tahun keatas sebanyak 159 jiwa, usia 25-44 tahun sebanyak 49 jiwa, usia 15-24 tahun sebanyak 4 jiwa dan pada usia 0-14 tahun tidak ditemukan adanya penderita DM tipe II. Dari data di atas yang didapatkan dari MRO RS Stella Maris Makassar tiga tahun berturut-turut dari tahun 2016-2018 terjadi peningkatan dari tahun ke tahun bahwa

jumlah pasien yang keluar dari RS karena meninggal selalu meningkat setiap tahunnya, mulai dari tahun 2016 sebanyak 33 jiwa, dari tahun 2017 sebanyak 41 tahun, dan pada tahun 2018 sebanyak 54 tahun (MRO.2019).

Tingginya angka kejadian DM tipe II memerlukan perhatian dalam bidang keperawatan. Dasar inilah yang mencetuskan minat penulis untuk mengangkat Karya Tulis Ilmia dengan judul "Asuhan Keperawatan dengan *Diabetes Melitus* Tipe II Di Ruang Perawatan Sta. Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

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 Pasien dan Keluarga

Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit DM dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya, dianjurkan pada pasien dan keluarga mampu menjaga kondisi badan supaya tetap segar bugar dan menjaga daya tahan tubuh yang cukup, mengurangi mengomsumsi makanan yang tinggi karbohidrat dan gula dan rajin melakukan pemeriksaan pada pihak kesehatan serta

memahami tentang penyakit DM seperti penyebab tanda dan gejala serta pencegahan.

2. Bagi Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien DM.

3. Bagi institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan bagi institusi agar dapat memperbanyak buku-buku tentang DM dengan tahun terbitan baru, penulis mengalami kesulitan dalam mencari buku untuk membantu Karya Tulis Ilmiah, penulis juga berharap agar dapat menjadi perawat yang profesional bagi masyarakat.

4. Bagi Mahasiswa

   Penulis mengharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa lain untuk meningkatkan pemberian keperawatan terutama pada pasien DM, dan juga disiplin dalam melakukan praktek.

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 Pengetikan

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 klinik, penatalaksanaan, komplikasi,.Konsep dasar keperawatan yang terdiri dari : Pengkajian data, perencanaan, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi.

BABIII: Tinjauan kasus, membahas asuhan keperawatan pada klien Ny. "A" yang dirawat di ruang Bernadeth II 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: Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan : Merupakan intisari dari seluruh karya tulis ini.

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

BAB II
TUJUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Definisi

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

DM adalah sekumpulan gangguan metabolik yang di tandai dengan peningkatan kadar glukosa darah akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya
(Bunner & Suddart 2014)

Dari beberapa pengertian di atas pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa DM adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah yang melebibih batasan normal karena kekurangan insulin atau tidak bisa menggunakan insulin secara adekuat.

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

a. DM tipe I/insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM)

DM tipe I merupakan definisi insulin akibat kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan type HLA (human leucocyte antigen) spesifik, predisposisi pada insulitas fenomena autoimun (cenderung ketosis) dan terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak pulau-pulau Langerhans di pankreas. Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin.

Penderita DM tipe I (diabetes yang tergantung pada insulin) Penderita DM tipe I harus menggunakan suntikkan insulin secara teratur dan menjalankan diet yang ketat.

Diabetes melitus sebagian besar dijumpai pada anak-anak dan orang dewasa.

b. Diabetes melitus tipe II

Diabetes melitus tipe II adalah jenis yang paling sering didapatkan. Biasanya timbul pada usia diatas 40 tahun, namun bisa pula timbul pada usia di atas 20 tahun. 90 hingga 95% dari penderita diabetes adalah diabetes tipe II. Pada diabetes tipe II, pankreas masih bisa membuat insulin, tetapi kualitas insulinnya buruk dan tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga glukosa dalam darah meningkat. Pasien yang mengidap diabetes melitus tipe ini biasanya tidak perlu tambahan suntikan insulin dalam pengobatan, tetapi memerlukan obat yang bekerja untuk memperbaiki fungsi insulin, menurunkan glukosa, memperbaiki pengolahan gula di hati dan lain-lain.

Kemungkinan lain terjadinya diabetes melitus tipe II adalah sel-sel jaringan tubuh dan otot si pasien tidak peka atau sudah resisten terhadap insulin, yang dinamakan resitensi insulin atau insulin resistance akibatnya, insulin tidak bisa bekerja dengan baik dan glukosa akhirnya tertimbun dalam peredaran darah. Keadaan ini umumnya terjadi pada pasien yang gemuk atau obesitas.

c. Diabetes melitus yang lain

Ada pula yang tidak termasuk kelompok di atas, yaitu diabetes melitus yang terjadi sekunder atau akibat dari penyakit lain yang menggangu produksi insulin atau mempengaruhi kelenjar insulin. Contohnya adalah radang pankreas (pankreatitis), gangguan kelenjar adrenal atau hipofisis, penggunaan hormon kartikosteroid, pemakaian

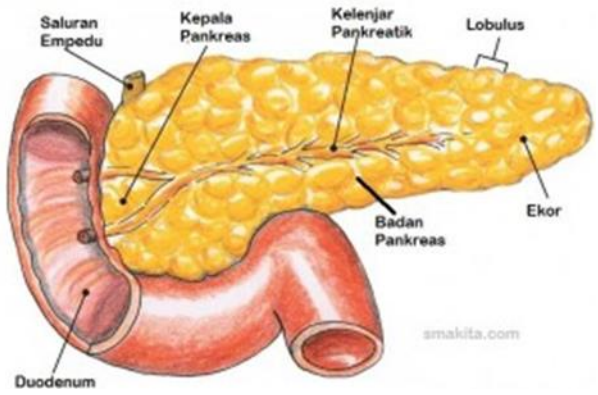
beberapa obat antihipertensi atau antikolesterol, malnutrisi, atau infeksi lain

d. Gastrointestinal Diabetes Melitus (GDM)

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

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi pankreas



Gambar 2.1 penampang pancreas

Sumber: (Http://2.bp.blogspot.com)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung atau retroperitoneal rongga abdomen atau terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum atas dan panjangnya kira-kira 15 cm, beratnya 60-90 gram. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau Langerhans berisi

sel beta yang mengeluarkan hormon insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung ± 100.000 pulau Langerhans dan tiap pulau berisi 100 sel beta. Disamping itu sel beta ada juga sel alfa yang memproduksi glukagon yang bekerja sebaliknya dari insulin yaitu meningkatkan kadar glukosa darah. Juga ada sel delta yang mengeluarkan somastostatin. Bagian-bagian dari pankreas yaitu :

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

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu:

1) Kelenjar eksokrin berkaitan dengan sistensis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat. Ada tiga jenis pankreas yaitu :
   a) Amilase : mengubah karbohidrat menjadi glukosa
   b) Lipase : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak
   c) Tripsin : mengubah protein menjadi asam amino
2) Kelenjar endokrin pankreas memproduksi dan melepaskan hormon insulin, dan glukagon. Hormon-hormon ini masing-masing diproduksi oleh sel-sel khusus yang berada di pankreas. Hormon insulin di lepaskan pada suatu tingkat oleh sel-sel beta pulau Langerhans, rangsangan utama

untuk pelepasan insulin adalah glukosa darah. Organ sasaran kedua hormon ini adalah hepar, otot dan jaringan lemak. Fungsi kedua hormon ini sangat bertolak belakang. Kalau secara umum insulin menurunkan kadar glukosa darah sebaliknya untuk glukagon meningkatkan kadar glukosa darah. Glukagon merangsang glukogenesis (pembentukan glikogen dan glukagon) dan meningkatkan transportasi asam amino darah dari otot serta meningkatkan glukogenesis (pembentukan glukosa yang bukan dari karbohidrat). Dalam metabolisme lemak, glukogen meningkatkan liposis atau pemecahan lemak. Dalam menurunkan kadar glukosa darah, insulin sebagai hormon anabolik terutama akan meningkatkan difusi glukosa membrane sel di jaringan. Efek anabolik penting lainnya dari hormon insulin adalah sebagai berikut:

(a). Efek pada hepar atau hati

(1). Meningkatkan sintesa dan penyimpangan glukosa

(2). Menghambat glikogenesis, glukogenesis

(3). Meningkatkan sintesa trigliserida dan asam lemak bebas di hepar.

(b). Efek pada otot

(1). Meningkatkan sintesa protein

(2). Meningkatkan transportasi asam amino

(3). Meningkatkan glukogenesis

(c). Efek pada jaringan

(1). Meningkatkan sintesa trigliserida dari asam lemak bebas

(2). Meningkatkan penyimpanan trigliserida

(3). Menurunkan liposis. (Safari. (2013)

4. Etiologi

DM Tipe ini di sebabkan karena terjadi resistensi insulin akibat beberapa faktor etiologi yang berperan, sebagai berikut:

a. Pola makan yang salah

Suka mengkonsumsi 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 DM.

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 pankreas. 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 dan keturunan

Adanya faktor keturunan atau kelainan genetik dalam keluarga.

5. Patofisiologi

DM merupakan kumpulan gejalah kronik yang ditandai dengan peningkatan gula darah atau hiperglikemia di sebabkan 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 pankreas. Insulin merupakan hormon ananbolik atau untuk menyimpan kalori. Apabila seseorang makan, sekresi insulin akan meningkat dan menggerakkan glukosa kedalam sel-sel otot, hati dan lemak.

Pada DM tipe 2 terdapat 2 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 DM tipe II ini banyak terjadi pada penderita berusia > 40 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung selama bertahun-tahun dan progresif, maka awitan DM 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 DM Tipe II. (Brunner & Suddarth; 2014)

6. Manifestasi klinis

a. Tanda dan gejala awal penderita Diabetes melitus antara lain

1) Poliuria (banyak kencing)

Hal ini di sebabkan dengan kadar gula yang tinggi di atas 160-180 mg/dL maka glukosa akan sampai ke urine tetapi jika ditambah tinggi lagi. Ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula itu bersifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

2) Polidipsia (banyak minum)

Di awali dengan banyaknya urine yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyimbangkannya yakni dengan banyak minum. Semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine semakin banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangsangan ke otak pada penderita dengan adanya rasa haus. Kondisi demikian terjadi karena saat glukosa darah melebihi batasan ambang ginjal maka glukosa yang berlebihan itu akan dikeluarkan melalui urine.

3) Polifagia (banyak makan)

Palofagia terjadi karena insulin yang bermasalah, pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentukpun kurang. Kadar glukosa yang tidak dapat masuk ke dalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita, akibatnya penderita semakin sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk ke dalam sel.

4) Adanya penurunan berat badan

Ini terjadi dalam jangka waktu relatif singkat disamping sering merasa lemas dan lelah. Hal ini 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 terasa kurus dan berat badan semakin menurun.

b. Gejala kronis

1) Gangguan penglihatan

Penderita Diabetes melitus awalnya sering mengeluh berupa pengelihatan yang menjadi kabur sehingga sering mengganti kacamata untuk dapat melihat dengan baik.

2) Gangguan saraf tepi/kesemutan

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

3) Gatal-gatal/bisul

Adanya rasa gatal pada kemaluan atau daerah lipitan kulit seperti ketiak dan di bawah payudara atau paha. Terkadang juga sering terjadi timbul bisul atau luka akibat hal sepele seperti lecet pada kaki dan meskipun kecil tetapi luka tersebut lama sembuh.

a) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum
b) Sering mengalami keram
c) Rasa tebal di kulit sehingga kalu berjalan seperti di atas bantal atau kasur

7. Tes diagnostik
    a. Pemeriksaan kadar gula darah, terdiri dari:
        1) Glukosa darah sewaktu
        2) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum
        3) Sering mengalami keram
        4) Rasa tebal di kulit sehingga kalu berjalan seperti di atas bental atau kasur.

            Kriteria diagnositik WHO untuk diabetes mellitus setidaknya 2 jam kali pemeriksaan:

            a) Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dL (11,1 mmol/L)
            b) Glukosa plasma puasa > 140 mg/dL (7,8 mmol/L)
            c) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkomsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post pradial (pp) > 200 mg/dL pada pemeriksaan gula darah pospandrial 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 Tolerenasi Glukosa Oral (TTGO)

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

    c. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

        Bertujuan untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama lebih dari 3 bulan belakang.

d. Elektrolit

1. Natrium : kemungkinan normal, meningkat atau menurun.
2. Kalium : normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler) selanjutnya akan menurun.
3. Gas darah arteri biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO3 (Asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

e. Urinalis pemeriksaan urine dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula dalam urin.

8. Penatalaksanaan medik

Tujuan utama terapi diabetes melitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah nomal. Ada lima komponen dalam pelatalaksanaan diabetes melitus:

a. Non farmakologi

1) Manajemen diet

Tujuan umum pelatalaksanaan diet pasien diabetes melitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati lemak, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal, mencegah komplikasi akut dan kronis serta meningkatkan kualitas hidup. Bagi pasien diabetes penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit diabetes mellitus. Standar yang makan dianjurkan untuk penderita diabetes adalah makanan dengan komposisi:

a) Karbohidrat : 60-70%
b) Protein : 10-15 %

c) Lemak : 20-25%

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani: Jumlah kalori basah/hari:

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

2) Latihan fisik

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

3) Pemantauan kadar glukosa darah

Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri memungkinkan untuk mendeteksi dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia yang pada akhirnya akan mengurangi komplikasi diabetik jangka panjang. Pemeriksaan ini sangat di anjurkan bagi pasien dengan penyakit diabetes melitus yang tidak stabil, kecenderungan untuk mengalami ketosis berat, hiperglikemia dan hipoglikemia tanpa gejala ringan. Beberapa hal yang harus dimonitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah serta keton urine.

b. Terapi farmakologi

1) Obat-obatan hiperglikemia oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya obat hiperglikemia oral dibagi menjadi 3 golongan yaitu :

a) Golongan sulfoniluria

Golongan obat ini bekerja merangsang sel beta pankreas untuk menghasilkan insulin, jadi sel beta utuh menghalangi peningkatan insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekankan pengeluaran glukagon.

b) Golongan biguanid

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

2) Insulin

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

a) Yang kerjanya cepat : RI (Regular insulin dengan massa kerja 2-4 jam misalnya Actrapid)

b) Yang kerjanya sedang NPH (Natural protamine hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya diberikan sesudah makan

c) Yang kerjanya lambat PZI (Protamin zinc insulin di gunakan terutama untuk mengendalikan kadar glukosa darah puasa, masa kerjanya 18-20 unit) di berikan sebelum makan pagi. Untuk pasien yang pertama kali akan mendapat insulin sebaiknya selalu dimulai dengan dosis rendah (8-20 unit) di sesuaikan dengan reaksi urine dan glukosa darah.

9. Komplikasi
    a. Komplikasi akut
        1) Hipoglikemia

            Hipoglikemia adalah suatu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah di bawah nilai normal. Ada 4 macam keadaan hipoglikemia yaitu :

            a) Hipoglikemia murni jika kadar glukosa darah kurang dari 50 mg/dL
            b) Reaksi hipoglikemia akibat menurunnya kadar glukosa darah secara mendadak
            c) Koma hipoglikemia akibat kadar glukosa darah yang sangat rendah
            d) Hipoglikemia relative jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan

        2) Koma hiperrosmoler Non Ketotik (KHNK) DM tipe II

            Gejala dari KHNK adalah dehidrasi yang berat. Hipotensi dan menimbulkan shock. Komplikasi ini diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak sehingga penderita tidak menunjukkan pernapasan yang cepat dan dalam (kusmaul). Pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa kadar glukosa penderita sangat tinggi, Ph darah normal, kadar natrium (Na) tinggi dan tidak ada ketonemia.

        3) Koma lakto Assidosi

            Komplikasi ini diartikan sebagai suatu keadaan tubuh dengan asam laktat tidak dapat diubah menjadi bikarbonat. Akibatnya kadar asam laktat didalam darah meningkat (hiperlaktatemia) dan akhirnya menimbulkan koma keadaan ini dapat terjadi karena infeksi, gangguan

faal hepar, ginjal, diabetes melitus yang mendapat pengobatan dengan phenformin.

b. Komplikasi kronis diabetes melitus

1) Komplikasi spesifik

Komplikasi spesifik adalah komplikasi akibat kelainan pembuluh darah kecil atau mikro angiopati diabetik dan kelainan metabolisme dalam jaringan. Jenis-jenis komplikasi spesifik sebagai berikut :

a) Retinopati diabetik (RD), gejalanya pengelihatan mendadak buram seperti berkabut akibatnya harus sering mengganti kacamata
b) Nefrotik diabetika (ND), gejalanya ada protein dalam kencing, terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun
c) Neuropati diabetika (Neu.D), gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar di bagian ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, penglihatan kembar impotensi sementara, mengeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat
d) Diabetik foot (DDF) dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (dermatropi diabetik), adanya gelembung berisis cairan di bagian kulit (bulla diabetik), dan kulit mudah terinfeksi.

2) Komplikasi tak spesifik

Penyakit yang termaduk komplikasi tak spesifik dalam diabetes melitus sebagai berikut :

Kelainan pembuluh darah besar atau makroangiopati diabetika (Ma.DM).kelainan ini berupa timbunan zat

lemak didalam dan di bawah pembuluh darah (aterosklerosis).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemeliharaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi metabolik

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi

c. Pola eliminasi

Kebiasaan dalam BAK akan terjadi retensi bila dehidrasi karena panas yang menggigil, komsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Selain itu terjadi perubahan pola defekasi.

d. Pola aktivitas dan istirahat

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik

e. Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat peningkatan suhu tubuh gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

g. Pola persepsi konsep diri

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi hubungan dengan sesama serta mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Pada pola reproduksi dan seksualitas pada pasien yang telah menikah akan terjadi perubahan

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam menghadapi masalah/penyakit.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Timbulnya distress dalam spiritual pasien, sehingga pasien menjadi cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah.

2. Diagnosa keperawatan
   a. Resiko tinggi infeksi (sepsis) berhubungan dengan kadar glukosa tinggi
   b. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme/sirkulasi
   c. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes mellitus
   d. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus)
   e. Kekurangan volume cairan b/d kegagalan mekanisme
3. Intervensi keperawatan

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

   a. Resiko infeksi

      Hasil yang di harapkan : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol intervensi :

NOC : Integritas jaringan kulit & membran mukosa

1) Glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Urine glukosa dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

NOC : Manajemen Diri : Diabetes

1) Mengobati gejala hiperglikemia dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Mengikuti diet yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
3) Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

NOC : Status Nutrisi

1) Asupan gizi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Asupan cairan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
3) Hidrasi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4

NIC : Kontrol infeksi

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan dengan tepat
2) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
3) Ajarkan pasien untuk meminum antibiotik seperti yang disediakan

NIC : Perawat luka

1) Monitor karateristik luka, termasuk draiane, warna, ukuran dan bau
2) Periksa luka setiap kali perubahan balutan

3) Ajarkan pasien untuk meminum antibiotik seperti yang disediakan

b. kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme

Hasil yang di harapkan : kerusakan integritas jaringan

Intervensi :

NOC : Tingkat ketidaknyamanan

1) Suhu kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
2) Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4

NOC : Manajemen Diri : penyakit arteri perifer

1) Mengontrol kadar glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Memantau tanda dan gejala memberatnya penyakit arteri perifer dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

NIC : perawatan tirah baring

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan dengan tepat
2) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
3) Monitor karateristik luka, termasuk draiane, warna, ukuran dan bau
4) Oleskan salep yang sesuai dengan kulit/lesi
   Periksa luka setiap kali perubahan balutan

NIC : Manajemen Nutrisi

1) Atur diet yang diperlukan (yaitu : menyediakan makanan protein tinggi: menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam,

menyediakan pengganti gula: menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin, mineral atau suplemen).

2) Beri obat- obatan sebelum makan (misalnya,. Penghilang rasa sakit, antiemetik), jika diperlukan.
3) Anjurkan pasien mengenai modifikasi diet yang yang diperlukan (misalnya, NPO, cairan bening, cairan penuh, lembut, atau diet seperti toleransi).
4) Pastikan diet mencakup makanan tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi.
5) Monitor kalori dan asupan makanan.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetik hasil yang diharapkan: pasien dapat memahami mengenai kondisi.

Intervensi :

NOC : Kadar glukosa darah

1) Suhu kuli dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
2) Perfusi jaringan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5
3) Lesi mukosa dipertahankan ke skala 2 ditingkatkan ke skala 3

NIC : manajemen hiperglikemi

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan dengan tepat
2) Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi konsultasikan dengan dokter tanda dan gejala hiperglikemi yang menetap atau memburuk

3) Berikan bantuan untuk penyesuaian regimen pengobatan untuk mencegah atau merawat hiperglikemia (misalnya peningkatan insulin atau agen oral) sesuai indikasi
4) Kaji tingkat pengetahuan pasien mengenai diet yang di sarankan

d. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus)

Hasil yang di harapkan : keletihan dapat teratasi

Intervensi :

NOC : Tingkat keletihan

1) Kelelahan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skla 3
2) Gangguan konsentrasi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
3) Fungsi imun dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
4) Tingkat stres dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5

NIC :

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernafasan dengan tepat
2) Kaji bagaimana pasien telah mengalami masalahnya dimasa lalu.
3) Beri dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik posiitif sesuai dengan asuhan yang diberikan.
4) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energi dan yang masuk.

e. Kekurangan volume cairan b/d kegagalan mekanisme

Hasil yang diharapkan :

NOC : keseimbangan cairan

1) Tekanan darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
3) Turgor kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4
4) Kehausan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4

NIC : Monitor TTV

1) Pantau tanda-tanda vital
2) Kaji suhu dan kelembaban kulit
3) Kaji pola napas dan bau napas
4) Pantau intake dan output, catat berat jenis urine
5) Berikan terapi cairan sesuai indikasi

4. Discharge planning

a. Anjurkan pasien untuk mengkomsumsi makanan rendah gula.
b. Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter.
c. Anjurkan pada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatan
d. Anjurkan untuk mengontrol kadar glukosa satu kali dalam seminggu.
e. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang tentukan dan makan obat oral secara teratur.
f. Pendidikan kesehatan pada pasien Diabetes Melitus diperlukan karena pelatalaksanaan Diabetes melitus memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Pasien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak

tetapi juga harus memiliki perilaku praventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang.

5. Perawatan luka diabetik

Ulkus diabetes adalah suatu luka terbuka pada lapisan kulit ke dalam dermis yang biasanya terjadi di telapak kaki.

a. Perawatan umum

Regulasi glukosa darah perlu di lakukan, meskipun belum ada bukti adanya hubungan langsung antara regulasi glukosa darah dengan penyembuhan luka. Hal itu di sebabkan fungsi leukosit terganggu pada pasien dengan hiperglikemia kronik. Perawatan jantung koroner, obesitas, dan insufisiensi ginjal.

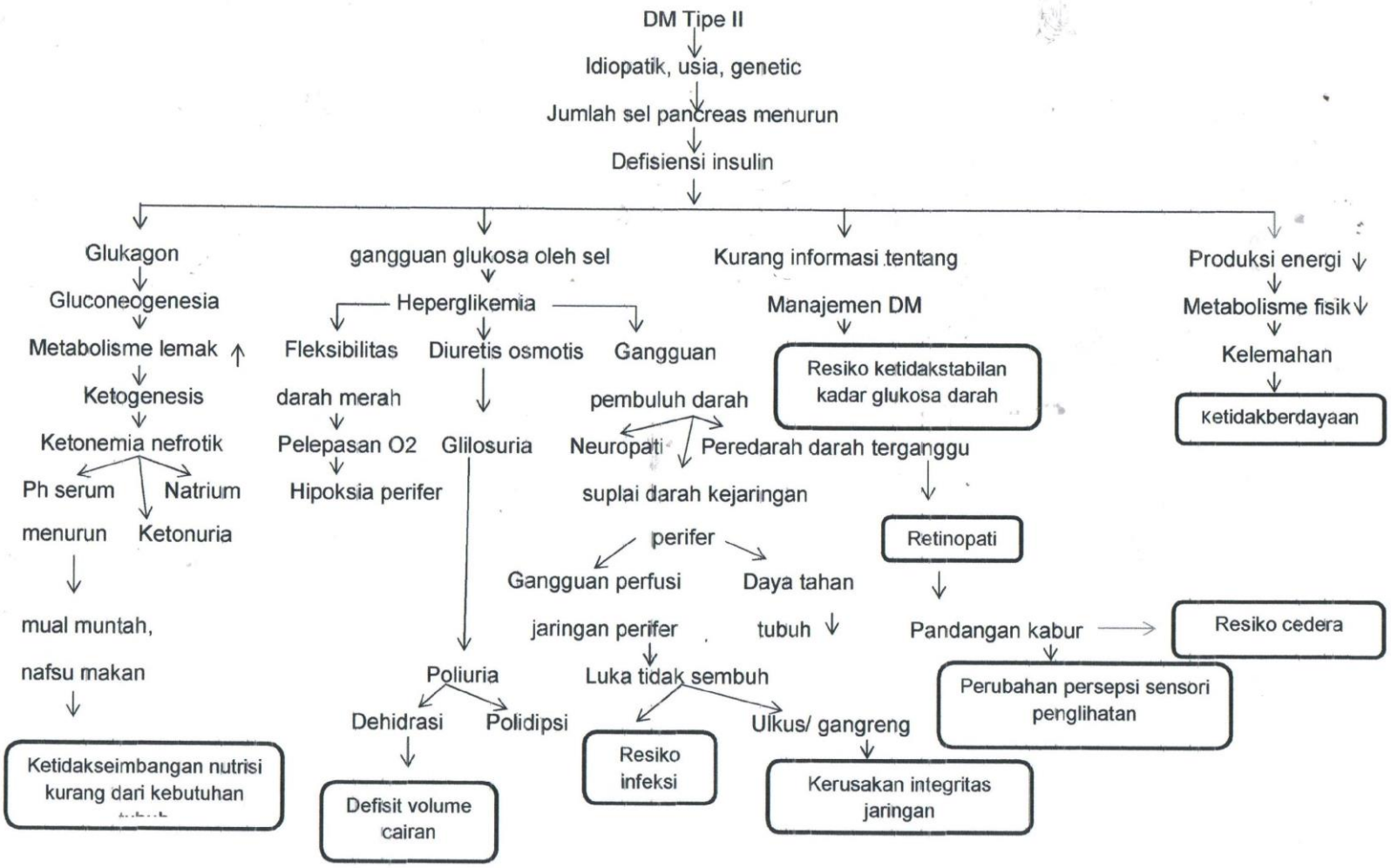
b. Debridement

Debridement menjadi salah satu tindakan yang terpenting dalam perawatan luka. Debridement adalah suatu tindakan untuk membuang jaringan nekrosis. Callus dan jaringan fibrotic. Jaringan mati yang dibuang sekitar 2-3 mm dari tepi luka ke jaringan sehat. Debridement meningkatkan pengeluaran faktor pertumbuhan yang membantu proses penyembuhan luka. Metode debridement yang sering dilakukan yaitu surgical (sharp),autolitik, enzimatik, kimia mekanis dan biologis.

Metode surgical, autolitik dan kimia hanya membuang jaringan nekrosis (debridement selektif) sedangkan metode mekanis membuang jaringan nekrosis dan jaringan hidup (debridement non selektif).

Surgical debridement merupakan standar baku pada ulkus diabetes dan metode yang paling efisien, khususnya pada luka yang banyak terdapat jaringan nekrosis atau terinfeksi. Pada kasus di mana infeksi telah merusak fungsi kaki atau membahayakan jiwa pasien, amputasi di perlukan untuk memungkinkan kontrol infeksi dan penutupan luka selanjutnya.

Debridemement enzimatis menggunakan agen topikal yang akan merusak jaringan nekrotik dengan enzim proteolitik seperti papain, collagenase, fibrinosilin-Dnase, papain-urea, streptokinase, dan tripsin. Agen topikal di berikan pada luka sehari sekali kemudian dibungkus dengan balutan tertutup. Penggunaan agen topikal tersebut tidak memberikan keuntungan tambahan dibandingkan dengan perawatan terapi standar. Oleh karena itu, penggunaanya terbatas dan secara umum di indikasikan untuk memperlambat ulserasi decubitus pada kaki dan pada luka dengan perfusi arteri terbatas. Debridement mekanis mengurangi dan membuang jaringan nekrotik pada dasar luka. Teknik debridement mekanis yang sederhana adalah pada aplikasi kasa basah- kering (wet-to-dry saline gauze). Setelah kain kasa basah dilekatkan pada dasar luka dan dibiarkan sampai mongering debris nekrotik menempel pada kasa dan secara mekanisakan terkelupas dari dasar luka ketika kasa di lepaskan.


DM Tipe II
Idiopatik, usia, genetic
Jumlah sel pancreas menurun
Defisiensi insulin
Glukagon
Gluconeogenesia
Metabolisme lemak
Ketogenesis
Ketonemia nefrotik
Ph serum menurun
Natrium
Ketonuria
mual muntah,
nafsu makan
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
gangguan glukosa oleh sel
Heperglikemia
Fleksibilitas darah merah
Pelepasan O2
Hipoksia perifer
Diuretis osmotis
Glilosuria
Poliuria
Dehidrasi
Polidipsi
Defisit volume cairan
Gangguan pembuluh darah
Neuropati
Peredarah darah terganggu
suplai darah kejaringan perifer
Gangguan perfusi jaringan perifer
Daya tahan tubuh
Luka tidak sembuh
Resiko infeksi
Ulkus/ gangreng
Kerusakan integritas jaringan
Kurang informasi tentang
Manajemen DM
Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
Retinopati
Pandangan kabur
Resiko cedera
Perubahan persepsi sensori penglihatan
Produksi energi
Metabolisme fisik
Kelemahan
Ketidakberdayaan

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny.”A” masuk Rumah Sakit pada tanggal 28/02/2019, dengan diagnosa medic DM tipe II dengan keluhan terdapat luka pada kaki kanan sejak 2 bulan yang lalu disertai dengan penurunan nafsu makan 4 hari yang lalu sebelum masuk RS sehingga membuat pasien menjadi lemas. Oleh karena itu keluarga membawah pasien berobat ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Saat pengkajian pasien mengatakan awal lukanya karena tergores sandal di kaki kanan sejak 2 bulan yang lalu, sehingga semakin hari luka pasien semakin membesar. Tampak pasien terpasang cairan infus 500 cc dengan 20 tetes/menit. Kesadaran compos mentis dengan tanda-tanda vital, TD: 170/100 mmHg, N: 90x/menit, P: 21x/menit, S: 38,9°C. Pada hasil pemeriksaan GDP: 199 mg/dl. Terapi obat yang diberikan antara lain: lantus 6 unit, apidra 6 unit, moxifloxacim 400 mg, metrodinazole 500 mg, cefotaxim 50 mg, paracetamol 50 mg, omeprazole 20 mg, dan amlodipine 5 mg.

pengkajian di atas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, Hipertermi berhubungan dengan penyakit, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :MERIANTI KARENGKE' NIM : E1614401072 MONIKA TANGKI' NIM : E1614401073

Unit : Bernadeth II B Autoanamnese : ✓

Kamar : 518 bed 1 Alloanamnese : ✓

Tgl masuk RS : 28 Februari 2019

Tgl pengkajian : 05 Maret 2019

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	:	Ny.“A”
Umur	:	53 tahun
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Status Perkawinan	:	Kawin
Jumlah Anak	:	4 0rang
Agama/suku	:	Protestan/ Toraja
Warga Negara	:	Indonesia
Bahasa yang digunakan	:	Bahasa Indonesia
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	IRT
Alamat rumah	:	Jl. H.Juanda 1 no.19

   b. Penanggung jawab

Nama	:	Nn.“R”
Umur	:	23 tahun
Alamat	:	Jln. H.Juanda 1 no.19
Hubungan dengan pasien	:	Anak

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Diabetic foot + ulkus abses/ pedis dextra

   Saat pengkajian : Diabetes militus tipeII + *ulkus diabetic*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan Sakit

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

      Alasan :

      Tampak pasien terbaring lemas, tampak hasil pemeriksaan GDP 199 g/dL. Tampak kaki kanan pasien di verban, tampak luka pasien berwarna merah kehitaman dan berbau, tampak pasien terpasang cairan RL 500 cc diberikan 20 tetes/ menit.

   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 : Tidak koma

      2) Tekanan darah : 170/100

         Posisi : Duduk ☐ Baring ☑

         Hipotensi ortostatik :

         MAP : 123 mmHg

         Kesimpulan : Fungsi ginjal memadai karena MAP diatas 70 mmHg

      3) Suhu : 38,9°C oral ☐ axilla ☑ Rectal ☐

      4) Pernapasan : 21×/ menit

Irama : teratur [√] kusmaul [ ] cheynes-stokes

Jenis : dada [√] perut [ ]

5) Nadi : 90×/menit

Irama : regular [√] irregular [ ]

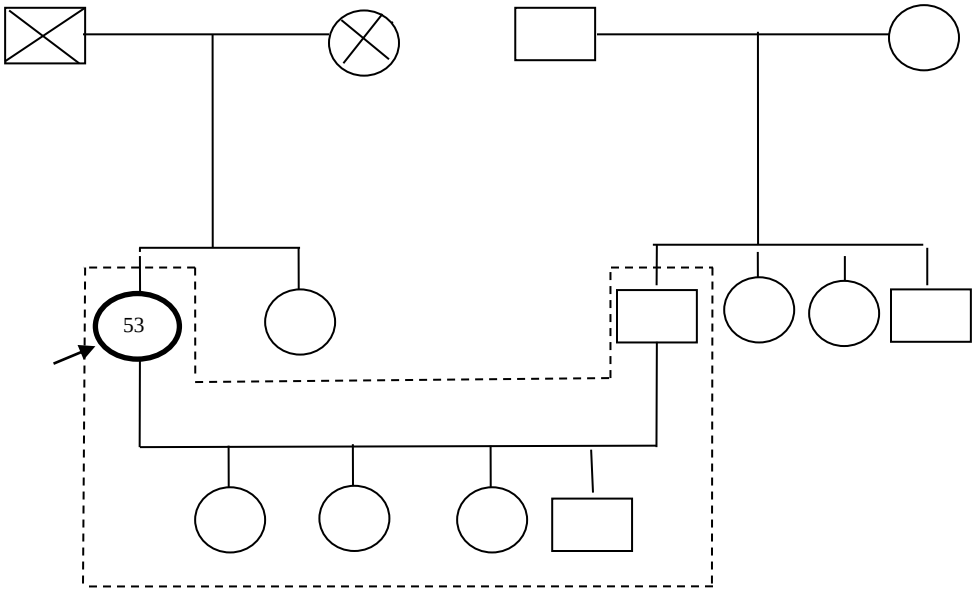
Kekuatan : kuat [√] lemah [ ]

c. Antropometri

1) Lingkar lengan : 28 cm
2) Tinggi badan : 160 cm
3) Berat badan : 58 kg
4) Indeks massa tubuh (IMT) : 22,65 kg

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan

: Laki-Laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

--------- : Tinggal serumah

4. Kajian Pola-Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting. Pasien mengatakan ia bekerja sebagai IRT. Pasien mengatakan jika sakit pasien jarang periksa ke dokter ataupun puskesmas tetapi hanya membeli obat di apotik, saat sakit pasien taat minum obat. Pasien juga mengatakan sudah 10 tahun terkena diabetes.

Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama :

Luka pada kaki sebelah kanan yang tidak kunjung sembuh

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki kanan 2 bulan yang lalu akibat gesekan sandal. Keluarga pasien mengatakan pada saat pasien mengalami luka pada kaki kanan semakin meluas atau parah akibat kurang diperhatikan/dirawat dengan baik karena pasien pulang ke kampung halamannya. Pada saat pasien pulang dari Toraja anaknya kaget melihat luka yang diderita pasien semakin membesar. Saat itu suami pasien ingin membawah pasien ke puskesmas untuk berobat tetapi pasien menolaknya karena takut kakinya akan diamputasi, karena menurut pasien jika mengalami luka dan mengidap panyakit gula maka kakinya akan diamputasi. Oleh karena itu pasien merawatnya sendiri tanpa memeriksanya ke puskesmas maupun ke dokter. Keluarga pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu pasien mengalami penurunan nafsu makan,

tampak pasien lemas maka, Pada tanggal 28-02-2019, keluarga pasien memutuskan untuk membawah pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar dan dilakukan pembedahan untuk membersihkan lukanya. Saat pengkajian pasien mengatakan luka semakin membesar yang tak kunjung sembuh dan demam naik turun semenjak masuk RS disertai pusing, tampak luka pada kaki kanan dengan ukuran 35×15cm,, luka tampak basah, bau menyengat dan berwarna merah kehitamaan, tampak hasil pemeriksaan GDS 130 mg/dl dengan tanda-tanda vital, TD: 170/100 mmHg, N: 90x/menit, P: 21x/menit, S: 38,9°C

2) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan bahwa belum pernah mengalami penyakit yang dialami saat ini, dan ini merupakan pertama kalinya pasien dirawat di RS.

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan bahwa ada penyakit keturunan dalam keluarganya yaitu DM.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Kebersihan rambut : Bersih
b) Kulit kepala : Bersih
c) Kebersihan kulit : Bersih
d) Higiene rongga mulut : Bersih
e) Kebersihan genetalia : Tidak di kaji karena pasien menolak.
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji karena pasien menolak.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan teratur 3 kali setiap hari dan mampu menghabiskan 1 porsi makan setip kali makan. Pasien mengatakan makan nasi, sayur, dan kadang makan daging. Pasien mengatakan sangat suka makan sayur kangkung tumis. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien kadang makan bakso atau coto yang lewat depan rumahnya. Pasien mengatakan minum air putih kurang lebih 8 gelas/hari dan mengurangi/membatasi minuman yang manis-manis.

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak mulai dirawat di RS pasien tidak mampu menghabiskan makanan yang disediakan RS, tetapi sejak 3 hari dirawat di RS nafsu makan pasien meningkat dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan RS dan keluarga pasien mengatakan minum 4-6 gelas/hari atau 400-600 cc.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan dengan menu yang disediakan oleh RS.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Keadaan rambut : Tampak hitam dan pendek
b) Hidrasi kulit : Tidak tampak dehidrasi
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak tampak edema/tidak tampak anemis.
d) Sclera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung : Tampak simetris, septum berada di tengah dan tidak ada polip.
f) Rongga mulut : Tampak bersih
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh dan tidak ada caries
gigi palsu : Tidak ada

i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah dengan keras

j) Lidah : Bersih dan tidak ada peradangan

k) Pharing : Tidak ada pembesaran

l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

m)Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

n) Abdomen

- Inspeksi : Simetris dan tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : Peristaltik usus 6 x/mnt

  Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Timpani

n) Kulit:

- Edema : Positif [-] Negatif [√]
- Icterik : Positif [-] Negatif [√]
- Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada

o) Lesi : Tampak tidak ada pada kulit

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali setiap hari,dengan konsistensi lunak, berwarna kecoklatan, pasien mengatakan BAK ± 10 kali dalam sehari berwarna kuning dengan jumlah urine ± 150 cc setiap kali BAK (1.500cc) per 24 jam.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak masuk RS dari tanggal 28/02/2019-05/03/ 2019 hanya 1 kali BAB dengan frekuensi cair, berwarna kuning. Pasien mengatakan BAK 8 kali dalam sehari, berwarna kuning. Pasien mengatakan jumlah urine ±150 cc setiap kali BAK(1.200cc) per 24 jam

Observsi

Tampak pasien memakai pempres

3) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus :16 x/menit

b) Palpasi kandung kemih: Penuh [-] Kosong [√]

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif [-] Negatif [√]

d) Mulut uretra : Tidak di kaji karena pasien menolak

e) Anus :

Peradangan : Tidak di kaji karena pasien menolak

Hemoroid : Tidak di kaji karena pasien menolak

Fistula : Tidak di kaji karena pasien menolak

d. Pola aktifitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasein mengatakan aktivitasnya di rumah memasak dan membersihkan halaman rumah, dan tidak pernah berolahraga dan kadang jika kesepian di rumah tinggal sendiri karena suami dan anaknya pergi kerja, kadang pasien kerumah-rumah tetangganya untuk cerita.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hanya berbaring lemah di tempat tidur saja dan tidak mampu melakukan aktivitas dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

1) Aktivitas harian

(1) Makan : 2

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 2

(4) Kerapihan : 2

(5) Buang air besar : 3

(6) Buang air kecil : 3

(7) Mobilisasi di tempat tidur : 0

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

2) Postur tubuh : Tidak di kaji karena pasien tidak mampu berdiri.

3) Gaya jalan : Tidak di kaji karena pasien tidak mampu berjalan

4) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

5) Fiksasi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 170/100 mmHg

Duduk : Tidak di kaji

Berdiri : Tidak di kaji

Kesimpulan : hipotensi ortostatik : positif [-] negatif [√]

b) HR : 80 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan vertikel memadai

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

f) Thoraks dan pernapasan

(1) Inspeksi

Bentuk thoraks : Simetris kiri dan kanan

Retraksi Interkostal : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak di kaji karena pasien tidak mampu duduk.

Krepitasi : Tidak ada

(3) Perkusi : Sonor [√] Redup [-] Pekak [-]

Lokasi : ICS 5 linea Mid Clavicularis Sinistra

(4) Auskultasi

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri.

Suara tambahan: Tidak ada

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : ICS 3 Linea Sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Batas kanan jantung : ICS 3 Linea Sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Axilaris Anterior Sinistra.

(4) Auskultasi:

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 Linea Sternalis Dextra.

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 2 Linea Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 Linea Sternalis Sinistra.

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 Linea Mid Clavicularis Sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A.Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif

Rentang gerak : Terbatas

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parase : Tubuh sebelah kiri

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot : kanan kiri

Tangan	5	3
kaki	5	3

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain.

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan kekuatan.

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh.

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot ada sedikit garakan.

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologis : Biceps + triceps + patela + achiles tidak dilakukan karena pasien tidak mampu duduk maupun berdiri.

Refleks patologi : Tidak tampak

Babinski, kiri : Positif [-] Negatif [√]

Kanan : Positif [-] Negatif [√]

Clubing jari-jari : Tidak tampak

Varises tungkai : Tidak tampak

i) Columna vetebralis :

Inspeksi : Lordosis [-] Kifosis [-] Skoliosis [-]

Palpasi : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk.

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola istirahat dan tidur

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan tidur, pada siang hari ia kadang tidur dari jam 15.00-16.00 dan pada malam hari tidur dari jam 21.00-05.00.pasien mengatakan pasien sebelum tidur biasanya menonnton TV.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien kebanyakan tidur, pasien sering mengantuk. Pasien tidur siang mulai dari 13.00-17.00 dan tidur malam 8 jam mulai sari jam 10.00-06.00.

3) Observasi:

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 mampu mendengar dengan baik seperti mendengar perawat berbicara kepadanya. Pasien mengatakan mampu mendengarkan gesekan jari perawat ditelinganya, pasien mengatakan mampu merasakan panas dan dingin, pasien mengatakan mampu membaca tulisan dengan huruf yang besar.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sakit tidak ada masalah dalam penglihatan, pengecapan, pendengaran, penghiduan, dan perabaan. Pasien mengatakan masih mengingat dengan peristiwa yang telah terjadi.

3) Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun alat bantu penglihatan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Cornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan.
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Bersih kiri dan kanan
- Membran timpani : Utuh dan dapat memancarkan cahaya Polipser.

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Lengan dan tungkai bagian kiri sulit digerakkan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang ibu yang memiliki 4 orang anak, pasien mengatakan dia menyukai semua bagian tubuhnya, pasien memiliki rasa percaya diri kuat yang membuatnya biasa menjalani peran yang baik dalam keluarga maupun masyarakat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak biasa berbuat apa-apa dengan kondisinya sekarang, pasien merasa tidak berdaya karena tidak dapat lagi seperti dahulu, akibat perubahan pada salah satu bentuk tubuhnya yaitu kaki yang hanya membuatnya hanya bisa berbaring di atas tempat tidur dan merasa tidak percaya diri dengan keadaannya saat ini. Namun demikian pasien berharap untuk sembuh demi penyakitnya.

3) Observasi :

Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur

Kontak mata : Ada

Rentang perhatian : Penuh

Suara dan cara bicara : Pelan dan kata-kata yang diucapkan jelas.

Postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.

2) Pemeriksaan fisik

Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.

Kulit : Bersih dan berwarna sawo matang.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dia tinggal bersama anak dan suaminya, dimana dia berperan sebagai IRT dan pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik dengan keluarga maupun sesama.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan saat sakit hubungan dengan keluarga berjalan dengan baik maupun orang lain, pasien juga menjalin hubungan yang baik dengan perawat.

3) Observasi :

Tampak keluarga pasien dating menjaga pasien di RS

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Tidak dikaji karena pasien menolak

2) Keadaan sejak sakit :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

3) Observasi :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji karena pasien menolak.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan bila mengalami masalah ia bisa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suaminya, dan anaknya. Pasien mengatakan ia biasanya menonton televisi dan mengendalikan pikiranya dengan baik dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas

memikirkan penyakitnya dan hanya bisa pasrah kepada tuhan yang maha esa.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah dan sedih.

k. Pola sistem dan nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering mengikuti ibadah di gereja maupun ibadah rumah tangga.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak pernah lagi mengikuti ibadah-ibadah yang biasa dilakukan sebelum sakit.

3) Observasi :

Tampak pasien bersama keluarga dan rekan kerjanya berdoa untuk kesembuhan pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I : Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. N II : Pasien tidak mampu membaca dengan jarak 30 cm dengan ukuran 12 font

c. N III,IV,VI : Pasien mampu menggerakan bola mata kesegala arah.

d. N V : Sensorik : Pasien dapat merasakan sentuhan kapas.
Motorik : Pasien mampu menggigit dengan kuat.

e. N VII : Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis dari gula pasir
Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, tersenyum dan meringis.

f. N VIII : Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri
Acusticus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat.

g. N IX : Uvula berada di tengah

h. N X : Pasien mampu menelan

i. N XI : Pasien mampu mengangkat bahu kanan tetapi bahu kiri sulit diangkat.

j. N XII : Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah.

6. Pemeriksaan penunjang

a. urinalisis

Tanggal cek hasil : 03 Maret 2019 Jam cetak : 10:03

Nama pasien : Ny.“A”

Tgl. Lahir : 14-04-1965

Test/Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Urin rutin				
SG	5,5			
pH	1.005			
LEUKOSIT	+25*	NEGATIF	/uL	
NITRIT	NEGATIF	NEGATIF		
PROTEIN	NEGATIF	NEGATIF	g/L	
GLUKOSA	NORMAL	NORMAL	mmol/L	
KETON	NEGATIF	NEGATIF	mmol/L	
UROBILIN	NORMAL	NORMAL	umol/L	
BILIRUBIN	NEGATIF	NEGATIF	umol/L	
ERYTROSIT	NEGATIF	NEGATIF	/uL	
SEDIMEN URINE				
Urine Rutin				
Sedimen Urine				
ERYTROSIT	0-1	0-1	/LPB	
LEUKOSIT	14-15	4-5	/LPB	
EPITEL	+	+		
COLOR	KUNING			
CLARITY	AGAK KERUH			

b. Darah Rutin

Nama : Ny.”A” Tanggal : 28/02/2019

Umur : 53 tahun Jam : 21:49

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
RUTIN			
Darah rutin			
WBC	**26 ***	4.8 – 10.8	10^3/ul
RBC	**3.95 ***	4.7 – 6.1	10^6/ul
HGB	**10.9 ***	12-16	g/dl
HCT	**30 ***	37-47	%
MCV	**75.9***	81-99	fl
MCH	27.6	27-31	pg
MCHC	36.3	33-37	g/dl
PLT	268	150-450	10^3/UL
RDW-CV	14.3	11.5-14.5	%
PDW	12.2	9-13	fl
MPV	10	7.2-11.1	fl
P-LCR	**25.7 ***	15-25	%
NEUTRIFIL%	**89.3 ***	40-74	%
LIMPHOSIT%	**5.8 ***	19-48	%
MXD%	4.9	4-18	%
NEUTROFIL#	**23.2 ***	1.5-7	10^3/UL
LYMPHHOSIT#	1.5	1-3.7	10^3/UL
MXD#	**1.3 ***	0-1.2	10^3/UL
LED/ 1 JAM	**95 ***	0-20	mm/jam
LED/ 2 JAM	**115 ***	0-20	mm/jam

c. Fungsi Ginjal

Nama : Ny.”A” Tanggal : 28/02/2019

Umur : 53 tahun Jam : 20:50

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	specimen keterangan
UREUM	48.0	10 – 50	mg/dL	
CREATINE	0.4	< 1.1	mg/dL	

d. Pemeriksaan GDS

Nama pasien : Ny.”A”

Umur : 53 Tahun

Tanggal	Waktu	Jenis pemeriksaan	Hasil
01/03/2019	06.00	PP2 JAM	229
02/03/2019	06.00	PP2 JAM	139
05/03/2019	06.00	GDP	199
06/03/2019	06.00	GDP	125
07/03/2019	06.00	GDP	112
08/03/2019	06.00	GDP	113
09/03/2019	06.00	GDP PP2 JAM	167 285
05/03/2019	13.00	GDS	130
07/03/2019	13.00	GDS	126

7. Terapi

a. Lantus 6 unit/ subcutan
b. Apidra 6 unit/ subcutan
c. Omeperazol 40 mg/ Iv
d. Metrodinazole 500 ml/ Iv
e. Paracetamol 50 mg/ Iv
f. Cefotaxim 50 mg/ Iv
g. Moxifloxacim 400 mg/ Iv
h. Amplodipine 5mg/ oral

B. Analisa Data

Nama : Ny. “ A” Unit : Bernadeth 2 B
Umur : 53 tahun kamar : 518 bed 2

NO	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : – Pasien mengatakan ia mengetahui menderita penyakit DM 10 tahun yang lalu – Pasien mengatakan sering jajan / makan mie bakso yang lewat didepan rumahnya – Pasien memgatakan mengalami luka pada kaki kanan dan tidak diperiksakan kedokter DO. - Keadaan umum pasien lemah - Hasil GDP: 5/3/19 = 199 mg/dL 6/3/19 = 125 mg/dL 7/3/19 = 112 mg/dL 8/3/19 = 113 mg/dL - Hasil GDS: 5/3/19 = 130 mg/dL - Tampak luka pada kaki kanan dengan ukuran 35×15cm, warna kehitaman	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	DS. - Pasien mengatakan demam naik turun sejak masuk RS - Pasien mengatakan demam disertai pusing DO. - Keadaan umum pasien lemah - Badan terasa hangat - Tampak ada luka pada kaki kanan - TTv: Td : 170/100 Mmhg Nadi: 90 ×/ menit Suhu: 38,9°C Pernapasa: 21×/m	penyakit	Hipertermi

3.	- Hasil pemeriksaan laboratorium WBC: 26 10^3/ul DS. - Pasien mengatakan dia menderita penyakit DM sejak 10 tahun yang lalu - Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki kanan 2 bulan DO. - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka berwarna hitam kemerahan - Tampak luka berukuran 35×15 cm dan berbau - Hasil pemeriksaan laboratorium WBC: 26 10^3/ul RBC: 3,95 10^6/ul HBG: 10,9 g/dl	Gangguan metabolisme	Kerusakan integritas jaringan

C. Diagnosa Keperawatan

Nama : Ny.“A” Unit : BernadethII B
Umur : 53 tahun kamar : 518 bed 1

NO	Diagnosa
I	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
II	Hipertermi berhubungan dengan penyakit
III	Kerusakan integritas jaringan berhubugan dengan gangguan metabolisme

D. Rencana Keperawatan

Nama : Ny. “ A” Unit : Bernadeth II B
Umur : 53 tahun kamar : 518 bed 1

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC	RASIONAL
Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan factor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. DS : – Pasien mengatakan ia mengetahui menderita penyakit DM 10 tahun yang lalu – Pasien mengatakan sering jajan / makan mie bakso yang lewat didepan rumahnya – Pasien memgatakan mengalami luka pada kaki kanan dan tidak diperiksakan kedokter DO. - Keadaan umum pasien lemah - Hasil GDP:	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa pasien dapat teratasi dengan Kreiteria hasil: 1. Perilaku patuh - Memilih makanan dan cairan yang sesuai dengan diet yang ditentukan - Menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet 2. Manajemen diri: Diabetes - Memantau glukosa darah - Melakukan tindakan pencegahan dengan perawatan kaki	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah 1. Monitor tanda-tanda vital - Monitor TD, N, S, P 2. Manajemen hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi - Berikan insulin resep 3. Pengajaran - Instruksikan pasien untuk menghindari	1. Meningkatnya tekanan darah mempengaruhi kadar gula 2. Untuk membantu klien dalam upaya menghindari komplikasi 3. Makanan tersebut menyebabkan peningkatan glukosa darah yang lebih lambat dan pelepasan insulin yang lebih stabil

5/3/19 = 199 mg/dL 6/3/19 = 125 mg/dL 7/3/19 = 112 mg/dL 8/3/19 = 113 mg/dL - Hasil GDS: 5/3/19 = 130 mg/dL - Tampak luka pada kaki kanan dengan ukuran 35×15cm, warna kehitaman		makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat	
Hipertermi berhubungan dengan penyakit DS. - Pasien mengatakan demam naik turun sejak masuk RS - Pasien mengatakan demam disertai pusing DO. - Keadaan umum pasien lemah - Badan terasa hangat - Tampak ada luka pada kaki kanan - TTV	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan termogulasi, tidak ada gangguan dengan kriteria hasil: - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan - Badan pasien tidak teraba hangat lagi - Suhu tubuh pasien kembali normal: 36-37,5ºC	Pengaturan suhu 1. Pantau suhu minimal setiap 2 jam 2. Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan 3. Pantau status hidrasi 4. Gunakan waslap hangat di kening, katiak, tengkuk, dan lipatan pahan.	1. Suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi 2. Adanya peningkatan suhu meningkatkan peningkatan nadi 3. Membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis menunjukkan status hidrasi pasien yang buruk

TD : 170/100 MmHg N : 90 ×/ menit S : 38,9°c P : 21×/menit - Hasil pemeriksaan laboratorium WBC: 26 10^3/ul		5. Anjurkan asupan cairan oral, sedikitnya 2 liter sehari, dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan atau aktivitas sedang dalam cuaca panas 6. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat 7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotic/antipiretik	4. Meningkatkan vasodilatasi udara sehingga menurunkan suhu tubuh pasien
Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolism DS. - Pasien mengatakan dia menderita	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan banyak penyembuhan luka dengan kriteria hasil:	Perlindungan infeksi 1. Kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman,	1. Untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi dan dapat mencegah

penyakit DM sejak 10 tahun yang lalu - Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki kanan 2 bulan DO. - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka berwarna hitam kemerahan - Tampak luka berukuran 35×15 cm dan berbau - Hasil pemeriksaan laboratorium WBC: 26 10^3/ul	- Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka pasien - GDS: 80-180mg/Dl Luka mulai sembuh dan banyak pertumbuhan jaringan baru	eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau 2. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi 3. Lakukan perawatan luka 4. Ubah posisi pasien secara sering 5. Lakukan masase di area sekitar luka untuk merangsang sirkulasi 6. Bersikan setiap area luka 7. Inspeksi luka pada setiap mengganti balutan	terjadinya komplikasi lebih lanjut 2. Untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi secara mendetai l 3. Untuk mencegah serta membasmi perkembangbiakan kuman dan bakteri (Doenges Merilynn E. dan dkk, 2014)

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama : Ny “A” Unit : Bernadeth II B
Umur : 53 tahun kamar : 518 bed 1

Tanggal	No. Dx	Waktu	Pelaksanaan	Perawat
Rabu, 06/03/2019	I	06.00	Memonitor kadar glukosa, sesuai indikasi Hasil: Tampak hasil pemeriksaan GDP 125 mg/dL	Perawat Fani
	I,II,III	07.00	Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan obat Apidra 6 unit (subcutan)	Perawat Fani
	I,II,III	08.00	Memberikan terapi injeksi Hasil: Tampak pasien diberikan obat Omeprasole 20 mg/ iv	Perawat Nika
	I	08.15	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya.	Perawat Nika
	II	08.30	Mengganti cairan infus Hasil: Tampak terpasang Cairan RL 500 ml dengan 20 tetes/menit	Perawat Nika

	III	08.45	Menginspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi hasil: tampak luka berwarna hitam kemerahan dengan luas luka 35 × 15 cm	Perawat Novi
	III	09.05	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan Formyco salep dan luka dibalut dengan kasa steril	Perawat Novi
	I,II	09.30	Memonitor tekanan darah ,nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 150/90 mmHg N : 88 x/menit S : 38,7°C P : 20 x/menit	Perawat Novi
	II	09.45	Memberikan kompres hangat kepada pasien Hasil: Tampak pasien dikompres dengan air hangat	Keluarga Pasien
	II	10.15	Mendorong pasien untuk mengambil posisi yang nyaman Hasil: Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	Perawat Novi
	I,II,III	11.05	Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan	Perawat Novi

			obat Cefotaxim 50 mg/iv dan Apidra 6 unit (subcutan)	
	II	11.30	Memantau suhu setiap 2 jam Hasil: tampak suhu pasien S : 38°C	Perawat Novi
	I,II,III	12.00	Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan obat moxifloxacin 400mg/ iv	Perawat Nika
	I	12.15	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya. - Tampak pasien belum mengikuti instruksi perawat.	Perawat Nika
	I,II	16.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 160/100 mmHg N : 92 x/menit S : 38,5°C P : 20 x/menit	Merianti & Monika
	II	16.30	Mendorong komsumsi cairan misalnya air putih Hasil: pasien mengatakan	Merianti & Monika

			mengikuti instruksi perawat Tampak pasien minum air sedikit-sedikit sekitar ½ gelas	
	I,II,III	17.30	yang berisi 250 cc Memberikan terapi obat Hasil:	Merianti & Monika
	II	18.00	Tampak pasien diberikan obat apidra 6 unit (subcutan) Memantau suhu pasien setiap 2 jam Hasil:	Merianti & Monika
	I,II,III	20.00	Pasien mengatakan badan masih teraba panas, tampak suhu pasien :38,2°C Memberikan terapi obat Hasil:	Merianti & Monika
	III	20.10	tampak pasien diberikan Cefotaxim 40mg/iv dan Omeprasole 20 mg/iv Mengkaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman,eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau Hasil: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh. Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, tampak jaringan yang	Perawat Wahyu,Merianti & Monika

			nekrosis, ukuran luka 35x15cm	
	III	20.15	dan masih bau menyengat. Menginspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi hasil: tampak luka berwarna hitam kemerahan,dengan luas	Perawat Wahyu, Merianti & Monika
	III	20.30	luka 35 × 15 cm Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan Formyco salep dan menggunakan kasa steril tampak	Perawat Wahyu, Merianti & Monika
	I,II	21.30	luka dibalut dengan kasa steril Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 38°C	Merianti & Monika
	I,II,III	22.00	P : 20 x/menit Memberikan terapi obat Hasil: tampak pasien diberikan	Perawat Andin
	I,II,III	03.00	obat lantus 6 unit(subcutan) Memberikan terapi obat Hasil:tampak terpasang obat	Perawat Andin
	I,II,III	04.00	Paracetamol 50 mg/ iv Memberikan terapi obat	Perawat Andin

	I,II	05.00	Hasil: Tampak pasien diberikan obat cefotaxim 50 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 140/80 mmHg N : 86 x/menit S : 38,2°C	Perawat Andin
	I	06. 00	P : 20 x/menit Memonitor kadar glukosa, sesuai indikasi Hasil: Tampak hasil pemeriksaan	Perawat Andin
Kamis, 07/03/2019	I,II,III	07.00	GDP 112 mg/dL Memberikan terapi obat	Merianti
	I	07.15	Hasil: tampak pasien di berikan obat apidra 6 unit (subcutan) Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya.	Merianti
	II	07.45	Menganjurkan asupan cairan oral, sedikitnya 2 liter sehari, dengan tambahan cairan selama	Merianti

			aktifitas yang berlebihan atau aktifitas sedang dalam cuaca panas	
	I,II,III	08.00	Hasil: Tampak pasien minum air putih 200cc Memberikan terapi obat	Perawat Selfi, Merianti
	I,II	09.00	Hasil: Omeprazole 20 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 130/80 mmHg N : 86 x/menit S : 38,4°C	Merianti
	II	09.15	P : 20 x/menit Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat Hasil: Tampak pasien melakukan anjuran perawat seperti memakai	Merianti
	I,II,III	10.00	pakaian yang tipis Memberikan obat	Merianti
	III	10.15	Hasil: tampak pasien di berikan obat Varsartan 80 mg/ oral Mengkaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman,eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau Hasil: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh. Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan, tampak luka	Perawat Selfi, Merianti

			semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm	
	III	10.30	dan masih bau menyengat. Melakukan perawatan luka	Perawat Selfi Merianti
	III	10.50	Hasil: Tampak perawat membersihan luka pasien. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan Formyco salep dan menggunakan kasa steril tampak	Perawat Selfi, Merianti
	II	11.00	luka dibalut dengan kasa steril Memantau suhu minimal dua jam,	Merianti
	II	11.15	Hasil: Tampak Suhu pasien 38°C Menganjurkan kompres air hangat Hasil: Tampak pasien mengikuti	Merianti
	II	11.45	anjuran perawat Mengganti cairan infus pasien Hasil: Tampak terpasang cairan	Merianti
	I,II,III	11.55	RL 500cc Memberikan terapi obat Hasil: tampak pasien diberikan	Merianti
	I,II,III	12.00	obat Apidra 6 unit (subcutan) Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien di berikan	Merianti

	I	13.00	obat Cefotaxim 50 mg/ iv Memonitor kadar glukosa, sesuai indikasi Hasil: Tampak hasil pemeriksaan GDS	Merianti
	II	13.05	126 mg/dL Memantau suhu minimal dua jam, Hasil: Tampak Suhu pasien	Merianti
	I,II,III	13.15	38,5°C Memberikan terapi obat Hasil: Tampak terpasang	Monika
	I	14. 20	paracetamol 50 mg Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya. - Tampak pasien belum	Monika
	II	15.00	mengikuti instruksi perawat. Memantau suhu minimal dua jam Hasil: Tampak Suhu pasien	Monika
	II	15.35	37,8°C Menganjurkan pasien minum air putih	Monika

	II	15.50	Hasil: Tampak pasien mengikuti anjuran perawat Memantau hidrasi misalnya turgor kulit, kelembapan, membrane mukosa Hasil: Pasien mengatakan badannya masih teraba hangat,	Monika
	I,II,III	16.00	suhu tubuh 37,8°C Memberikan terapi obat	Monika, Perawat Vinsen
	I,II	16.07	Hasil:tampak pasien diberikan obat Metrodinazole 500 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 150/100 mmHg N : 87 x/menit S : 38,1°C	Monika
	I,II,III	17.20	P : 20 x/menit Memberikan terapi obat	Monika
	I,II,III	20.00	Hasil: Apidra 6 unit (subcutan) Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan obat Cefotaxim 50 mg/ iv dan	Monika
	III	20.10	Omeprasole 20 mg/ iv Mengkaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman,eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau Hasil: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh. Tampak masih ada luka diabetic	Perawat Wahyu&Monika

			pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm	
	III	20.25	dan masih bau menyengat. Melakukan perawatan luka	Perawat Wahyu&Monika
	III	20.55	Hasil: Tampak perawat membersihan luka pasien. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan Formyco salep dan menggunakan kasa steril tampak	Perawat Wahyu&Monika
	I,II	21.00	luka dibalut dengan kasa steril Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 130/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,9° C	Septianus
	I,II,III	22.00	P : 20 x/menit Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan	Septianus
	I,II,III	24.00	obat Lantus 6 unit (subcutan) Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan obat Paracetamol 50 mg/ IV,	Modestus

	I,II,III	04.00	Moxifloxacim 400 mg/ iv, dan Metrodinazole 500mg/ iv Memberikan terapi obat	Modestus
	I,II	05.00	Hasil: Tampak pasien di berikan obat Cefotaxim 50 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan	Septianus
	I	06.00	Hasil: tampak hasil observasi TD : 130/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37,6°C P : 20 x/menit Memonitor kadar glukosa, sesuai indikasi	Septianus
	I,II,III	06.10	Hasil: Tampak hasil pemeriksaan GDP 113 g/dL Memberikan terapi obat	Modestus
	I,II,III	06.30	Hasil: Tampak pasien diberikan obat amplodipin 5 mg/ oral Memberikan terapi obat	Monika
Jumat, 08/03/2019	I,II,III	08.00	Hasil: Tampakpasien di berikan obat apidra 6 unit(subcutan) Memberikan terapi obat	Monika
	I,II	10.00	Hasil: Tampak pasien di berikan obat cefotaxim 50 mg/ iv dan Metronidazole 500 mg/iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: Tampak hasil observasi TD : 160/90 mmHg N : 92 x/menit S : 37° C	Monika

	III	11.00	P : 20 x/menit Mengkaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman,eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau Hasil: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh. Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm dan masih bau menyengat.	Monika
	III	11.15	Melakukan perawatan luka Hasil: Tampak perawat membersihan luka pasien.	Monika
	III	11.50	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan Formyco salep dan menggunakan kasa steril tampak luka dibalut dengan kasa steril	Monika
	I,II,III	12.00	Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien di berikan obat Apidra 6 unit(subcutan)	Monika
	I,II	12.35	Memantau suhu badan pasien	Monika

	I,II,III	12.40	Hasil: tampak suhu pasien 38° C Memberikan terapi injeksi	Merianti
	I,II,III	16.00	Hasil: tampak terpasang parecetamol infus 50mg/iv Memberikan terapi obat	Merianti
	I	17.30	Hasil: Tampak pasien diberikan obat metrodinazole 500 mg/ iv Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat - Anak pasien mengatakan kadang pasien patuh pada dietnya. - Tampak pasien sudah mengikuti.	Merianti
	I,II,III	18:00	Memberikan terapi obat	
	I,II,III	20.00	Hasil: Tampak pasien diberikan obat Apidra 6 unit(subcutan) Memberikan terapi obat	Rista
	I,II	22.05	Hasil: Tampak pasien diberikan obat omeprazole 20 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 160/90 mmHg N : 92 x/menit S : 39,3° C	Rista

	I,II,III	22.00	P : 20 x/menit Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan	Rista
	I,II,III	24.00	obat Lantus 6 unit(subcutan) Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan obat Metrodinazole 500mg/iv, Cefotaxim 50 mg/iv dan	Rikardus
	I,II,III	04.00	Moxifloxasim 400mg/iv Memberikan terapi obat Hasil: Tampak pasien diberikan	Rikardus
	I,II	05.00	obat Cefotaxim 50 mg/ iv Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Hasil: tampak hasil observasi TD : 140/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,5° C	Rista
	I,II	07:00	P : 20 x/menit Memantau suhu badan pasien Hasil:pasien mengatakan sudah tidak demam, tampak suhu pasien 37,3° C	Rista

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny.”A” / 53 tahun
Ruang / kamar : St. Bernadeth II B / 518[1]

TANGGAL	EVALUASI KEPERAWATA	PERAWAT
Rabu, 06/03/19	DP I: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. S: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya. O: - Tampak pasien belum mengikuti instruksi perawat TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 38°C P : 20 x/menit - Tampak hasil pemeriksaan GDP 125 g/dL A: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah stabil P: Lanjutkan intervensi : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran DP.II: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan badan masih teraba panas O: Tampak hasil observasi TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 38°C P : 20 x/menit A: Hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 8. Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan 9. Pantau status hidrasi	Merianti & Monika Merianti & Monika

	DP III: Kerusakan integritas jaringan berhubugan dengan gangguan metabolisme S: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh O: - Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, - Tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm dan masih bau menyengat. A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 8. Kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman, eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau 9. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi	Merianti & Monika

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny.”A” / 53 tahun
Ruang / kamar : St. Bernadeth II B / 518[1]

TANGGAL	EVALUASI KEPERAWATA	PERAWAT
Kamis, 07/03/19	DP.I: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. S: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya. O: - Tampak klien belum mengikuti instruksi perawat - Tampak hasil observasi TD : 130/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,9°C P : 20 x/menit - Tampak hasil pemeriksaan GDP 125 g/dL A: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah stabil P: Lanjutkan intervensi : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran DP.II: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: - Pasien mengatakan badan masih teraba panas O: Tampak hasil observasi TD : 130/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,9°C P : 20 x/menit A: Hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan	Merianti & Monika Merianti & Monika

	pernapasan 2. Pantau status hidrasi DP III: Kerusakan integritas jaringan berhubugan dengan gangguan metabolisme S: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh O: - Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, - Tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm dan masih bau menyengat. A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman, eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau 2. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi	Merianti & Monika

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny.”A” / 53 tahun
Ruang / kamar : St. Bernadeth II B / 518[1]

TANGGAL	EVALUASI KEPERAWATA	PERAWAT
Jumat, 07/03/19	DP.I: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. S: - Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat, tetapi kadang- kadang melanggarnya. - Anak pasien mengatakan kadang pasien tidak patuh pada dietnya. O: - Tampak pasien mengikuti instruksi perawat - Tampak hasil observasi TD : 140/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,3°C P : 20 x/menit - Tampak hasil pemeriksaan GDP 113 mg/dL A: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah stabil P: Lanjutkan intervensi : 4. Monitor tanda-tanda vital 5. Manajemen hiperglikemia 6. Pengajaran DP.II: Hipertermi berhubungan dengan penyakit S: Pasien mengatakan sudah tidak demam O: tampak hasil observasi TD : 140/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,3°C P : 20 x/menit A: Hipertermi sudah teratasi teratasi P: Lanjutkan intervensi	Merianti & Monika Merianti & Monika

	1. Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan 2. Pantau status hidrasi DP III: Kerusakan integritas jaringan berhubugan dengan gangguan metabolisme S: Pasien mengatakan masih bengkak pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh O: - Tampak masih ada luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah-merahan, - Tampak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 35x15cm dan masih bau menyengat. A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman, eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau 2. Inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi	Merianti & Monika

G. Daftar Obat

1. LANTUS
   a. Klasifikasi / golongan : Anti diabetika parenteral
   b. Dosis umum : 6 unit
   c. Dosis untuk pasien : 6 unit (malam)
   d. Cara pemberian obat : injeksi subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang yaitu 24 jam. Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari.
   f. Kontra indikasi : Hipersenstivitas
   g. Efek samping : hpoglikemia

2. APIDRA
   a. Klasifikasi / golongan : Anti diabetika
   b. Dosis umum : 6 unit
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 6 unit
   d. Cara pemberian : injeksi subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : setelah diinjeksi akan disekresikan kedalam sirkulasi darah bentuk bebas, kemudian menuju ke sel target. Dimana insulin bekerja sebagai transportasi glukosa ke sel.
   f. Kontra indikasi : pasien dengan hiperglikemia
   g. Efek samping : reaksi hipersensitif kamungkinan terjadi selama perawatan yang menggunakan insulin.

3. OMEPRAZOLE
   a. Klasifikasi / golongan : Antiemetik dan analgetik
   b. Dosis umum: 40 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 vial/12 jam

d. Cara pemberian obat : IV
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : pengobatan jangka pendek tukak lambung, refluks esophagitis yang erosis. Pengobatan jangka panjang sindrom zollinger-Ellison
f. Kontra indikasi : penderita yang hipersensitif/ alergi terhadap tiamfenikol. Penderita depresi sumsum tulang diskrasia darah, wanita hamil dan menyusui.
g. Efek samping : reaksi hipersensitif/ alergi, gangguan saluran pencernaan (mual,muntah, diare), sariawan, glositis, depresi, mental, sakit kepala, otot oksisitas

4. METRODINAZOLE
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 500 ml
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 ml
   d. Cara pemberian : intravena
   e. Mekanisme kerja dan dan fungsi obat : sebagai obat antibiotik untuk membunuh bakteri yang ada pada luka.
   f. Kontra indikasi : jangan digunakan pada pasien yang memiliki hipersensitif pada golongan metrodinazole
   g. Efek samping : perasaan mual, penurunan nafsu makan, efek samping yang berat menimbulkan kejang.

5. PARACETAMOL
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antipeuretik
   b. Dosis umum : IV 50 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
   d. Cara pemberian : intravena
   e. Mekanisme kerja dan dan fungsi obat : sebagai penurun demam dan penghilang rasa sakit

f. Kontra indikasi : gangguan fungsi hati, Gangguan fungsi ginjal serius, Shock 0oerdosis acetaminophen
g. Efek samping : hipotensi, kerusakan hati, ginjal, ketika diambil pada dosis tinggi lebih tinggi dari yang direkomendasikan. (overdosis).

6. CEFOTAXIME
   a. Nama obat: cefotaxime
   b. Klasifikasi/ golongan obat: Antibiotik
   c. Dosis umum: 1-2 gram/ 12 jam
   d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 50 mg/12 jam
   e. Cara pemberian obat: Intravena
   f. Mekanisme dan fungsi obat:
   g. Kontra indikasi: Hipersensivitas terhadap sefalosporin, kerusakan ginjal
   h. Efek samping obat: Mual, muntah,diare ruam, utrika

7. MOXIFLOXACIM
   a. Nama obat: moxifloxacin
   b. Klasifikasi/ golongan obat: Antibiotik kuinolon
   c. Dosis umum: 400 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien: 400 mg/ iv
   e. Cara pemberian obat: intravena
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja gengan menghentikan pertumbuhan bakteri. Untuk mengobati berbagai infeksi bakteri
   g. Kontra indikasi: Harus diindari pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap moksifloksasina
   h. Efek samping obat: Gangguan pencernaan, mual, sesak napas, pembengkakan mata dan bibir

8. AMPLODIPINE
   a. Nama obat: Amplodipine
   b. Klasifikasi/ golonga obat: Antagonis kalsium
   c. Dosis umum: 1×5 mg/ oral
   d. Dosis untuk pasien:1×5 mg/ oral
   e. Cara pemberian obat: Oral
   f. Mekanisme kerja dan funsi obat: Menghambat pengangkutan kalsium ke miokard dan sel otak polos vaskuler, mengakibatkan inbisi rangkaian eksitasi- kontraksi dan kontraksi berikutnya
   g. Kontra indikasi: Kerusakan hati yang parah atau pasien lansia (dianjurkan pengurangan dosis), kehamilan, laktasi, atau anak-anak
   h. Efek samping obat: sakit kepala, mengantuk, kelemahan, keletihan,termor,vertigo

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus nyata dari penerapan praktek Asuhan Keperawatan pada Ny.”A” yang berusia 53 tahun, dengan kasus DM tipe II, di ruang perawatan Bernadeth II B di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama tiga hari, yaitu dari tangga 6-8 Maret 2019.

Proses perawatan yang dilaksanakan dalam asuhan keperawatan meliputi 5 tahap, yaitu: Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan DM tipe II. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Ny.”A” berumur 53 tahun yang masuk RS Stella Maris pada tanggal 28/02/2019.

Pasien masuk dengan keluhan luka pada kaki sebelah kanan dan riwayat keluhan utama yaitu, pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki kanan 2 bulan yang lalu akibat gesekan sandal dan keluarga pasien mengatakan sejak 4 hari yang lalu pasien mengalami penurunan nafsu makan, tampak pasien lemas maka, Pada tanggal 28-02-2019, keluarga pasien memutuskan untuk membawah pasien ke IGD RS Stella Maris Makassar dan saat pengkajian tampak luka pada kaki kanan, luka tampak basah, bau menyengat dan berwarna merah kehitamaan. Dan didapatkan pemeriksaan GDP 199 mg/dl, observasi TTD: TD: 170/100 mmHg, N: 90x/menit, P: 21x/menit, S: 38,9° C.

Berdasarkan pengkajian di atas ditemukan faktor resiko penyakit DM tipe II, yaitu dari hasil pemeriksaan GDP ditemukan

hasil 199 mg/dl. Pada umumnya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun ke atas. Penurunan ini akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pangkreas untuk memproduksi insulin.

Pada pasien juga ditemukan keluhan badan terasa lemas yang dihubungkan dengan gangguan metabolisme glukosa. Kadar gula tinggi di dalam darah, namun sel-sel mengalami kekurangan glukosa akibat insulin yang tidak mencukupi atau adanya kerusakan reseptor insulin pada sel yang beresiko pada munculnya gejala (polyuria). Hal ini terjadi karena keterbatasan kemampuan filtrasi ginjal, untuk mempermudah pengeluaran glukosa, maka diperlukan banyak air yang menyebabkan dehidrasi dan merangsang rasa haus (polidipsi). Peningkatan rasa lapar (polifagia) terjadi karena meningkatkan metabolisme, pemecahan glikogen untuk energi menyebabkan cadangan energy berkurang, keadaan ini menstimulasi pusat lapar.

Pada pemeriksaan didapatkan kesan glukouria pada pemeriksaan urine rutin glukosa dan pemeriksaan glukosa pp dua jam 229 mg/dl dan GDS=199 mg/dl.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Ny.”A”, yaitu:

1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena data yang mendukung dialami oleh pasien diantaranya polyuria, polidipsi, dan pilifagia, hasil GDP 199 mg/dl dan pp 2 jam 229 mg/dl. Ketidakpatuhan pola makan sangat mendukung diagnosa ini.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan sejak masuk RS, pasien demam naik turun, kulit terabah hangat, hasil pemeriksaan laboratorium WBC 26 10^3/Ul, suhu 38,9°C.

3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan ia menderita penyakit DM 10 tahun lalu. Sebelum luka pada kaki bagian kanan hanya luka lecet, pasien mengatakan luka pada kaki sebelah kanan sejak 2 bulan yang lalu, luka mulai kehitaman dan berbau, keadaan umum pasien tampak pasien sakit sedang, tampak ada luka genggran diabetic pada kaki sebelah kanan berwarna merah kehitaman, tampak ada pus, berbau, dan hasil GDP: 199 mg/dl.

   Dari 5 diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori ada 3 diagnosa yang tidak diangkat, yaitu:

   a) Resiko tinggi infeksi (sepsis) berhubungan kadar glukosa tinggi

      Alasan: Ketika masalah kerusakan integritas jaringan sudah teratasi, maka sudah tidak ada tanda infeksi.

   b) Keletihan berhubungan dengan status penyakit (DM)

      Alasan: Karena data-data yang kami dapatkan dari pasien kurang mendukung.

   c) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

      Alasan: Tampak tidak ada tanda-tanda kekurangan volume cairan.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah. Perumusan suatu intervensi keperawatan disusun sesuai dengan perioritas tinjauan teoritis. Pada rencana tindakan, intervensi yang disusun mencakup: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan dan tindakan kolaborasi. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan, yaitu:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Monitor TD, N, S, P, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin resep, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

   Pantau suhu minimal setiap 2 jam, pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, pantau status hidrasi, gunakan waslap hangat di kening, katiak, tengkuk, dan lipatan pahan, anjurkan asupan cairan oral, sedikitnya 2 liter sehari, dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan atau aktivitas sedang dalam cuaca panas, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik/antipiretik.

3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

   Kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman, eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau, inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi, lakukan

perawatan luka, ubah posisi pasien secara sering, lakukan masase di area sekitar luka untuk merangsang sirkulasi, bersikan setiap area luka, inspeksi luka pada setiap mengganti balutan.

D. Implementasi Keperawatan

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

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (6-8/02/2019) sebagai berikut:

1. ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Hasil evaluasi: masalah teratasi karena kadar glukosa pasien selalu menurun, dengan hasil terakhir GDP 113 mg/dl.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit..

   Hasil evaluasi: Masalah ini sudah teratasi, dengan alasan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, suhu tubuh dalam batas normal, yaitu 37,3°C.

3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

   Hasil evaluasi: Masalah ini belum teratasi dengan alasan masih tampak terdapat jaringan nekrotik berwarna merah-merahan dengan ukuran 35x15 cm.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny.”A” dengan diagnosa DM Tipe II di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian, didapatkan data pasien mengatakan luka semakin membesar yang tak kunjung sembuh, tampak luka pada kaki kanan, luka tampak basah, bau menyengat dan berwarna merah kehitamaan dengan tanda-tanda vital, TD: 170/100 mmHg, N: 90x/menit, P: 21x/menit, S: 38,9°C, tampak hasil pemeriksaan GDS: 130 mg/dl, GDP 199 gr/dl, tampak hasil laboratorium: WBC 26, RBC 3,95 dan HBG 10,9.
2. Diagnosa Keperawatan yang diangkat
   a. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
   b. Hipertermi berhubungan dengan penyakit
   c. Kerusakan integritas jaringan berhubugan dengan gangguan metabolisme
3. Perencanaan tindakan keperawatan meliputi, Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah: perilaku patuh: Monitor tanda-tanda vital, monitor TD, N, S, P, manajemen hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin resep, pengajaran, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan, Hipertermi berhubungan dengan

penyakit, Pantau suhu minimal setiap 2 jam, Pantau tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, pantau status hidrasi, gunakan waslap hangat di kening, katiak, tengkuk, dan lipatan pahan, anjurkan asupan cairan oral, sedikitnya 2 liter sehari, dengan tambahan cairan selama aktivitas yang berlebihan atau aktivitas sedang dalam cuaca panas, anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotic/antipiretik, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme, kaji luka terhadap karakteristik lokasi, luas dan kedalaman, eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau, inspeksi adanya kemerahan, pembengkakan, tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka, ubah posisi pasien secarasering, lakukan masase di area sekitar luka untuk merangsang sirkulasi, bersikan setiap area luka, inspeksi luka pada setiap mengganti balutan.

4. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny.”A” meliputi: Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes stabil, Hipertermi berhubungan dengan penyakit sudah teratasi, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolism belum teratasi karena membutuhkan waktu yang cukup lama.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian-uraian diatas, maka penulis akan mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan, antara lain:

1. Bagi Pasien dan Keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit DM dan gangguan psikologis pada pasien dalam menerima keadaannya, dianjurkan pada pasien dan keluarga mampu menjaga kondisi badan supaya tetap segar bugar dan menjaga daya tahan tubuh yang cukup, mengurangi mengomsumsi makanan yang tinggi karbohidrat dan gula dan rajin melakukan pemeriksaan pada pihak kesehatan serta memahami tentang penyakit DM seperti penyebab tanda dan gejala serta pencegahan.

2. Bagi Rumah Sakit

   Pihak RS diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien DM.

3. Bagi institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan bagi institusi agar dapat memperbanyak buku-buku tentang *Diabetes Melitus* dengan tahun terbitan baru, agar penulis juga berharap agar dapat menjadi perawat yang profesional bagi masyarakat.

4. Bagi Mahasiswa

   Penulis mengharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa lain untuk meningkatkan pemberian keperawatan terutama pada pasien DM, dan juga disiplin dalam melakukan praktek.

DAFTAR PUSTAKA

Bulechek M. Gloria. 2013 *Nursing Interventions Clasification (NIC).* Jakarta: Mocomedia.

Brunner & Suddarth; 2014. *Buku ajar keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8, Penerbit Buku Kedokteran EGD.

Doenges Marilynn E. dan dkk. 2014 *Manual Diagnosis Keperawatan*, edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGD.

Hestiana Dita Wahyu. 2017 faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dalam pengelolaan diet pada pasien rawat jalan diabetes mellitus tipe II kota Semarang, *Jurnal Of Healt Education.vol.2no.2*

Irianto. 2015 *Memahami Berbagai Penyakit. Bandung*, penerbit Alfabeta

Nursyamsi dan dkk. 2017 prevalensi retinopati diabetik mengancam penglihatan dan tidak terdiagnosa di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo, *JST Kesehatan*.vol.7 no.2.

Margaretha. 2016 *Diagnosa Keperawatan* Edisi 10. Jakarta : EGC. Volume 2. Jakarta: EGC

Medical Record.2019, RS. Stella Maris Makassar

Moorhead Sue. 2013 *Nursing Outcames Clasification (NOC).* Jakarta: Mocomedia.

Rahayu E. 2014 Pengaruh Program Diabetes Self Manajement Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Wilayah Puskesmas II Baturraden.

Riskesdas. 2018 prevalensi diabetes mellitus pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik.

https://demampanas.com/demam-pada-penderita-diabetes akses pada tanggal 29 Maret 2019 jam 10.00

http://penanganandiabetes.com/penanganan-diabetes-di-rumah-sakit/ diakses pada tanggal 30 maret 2019 jam 09.00

file:///C:/Users/USER/Downloads/4781-19432-2-PB.pdf akses pada tanggal 30 maret 2019 jam 15:00

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : - Merianti karengke' (E1614401072)
- Monika Tangki' (E1614401073)

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan *Diabetes Mellitus* (DM Tipe II di ruang perawat St.Bernadeth II.B Rumah Sakit Stella Maris

Pembimbing I :Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 14-03-2019	- Bab III Pengkajian	- Bab III lengkapi riwayat keluhan utama, pola nutrisi dan *metabolik, pola* eliminasi	
2.	Rabu 10-04-2019	Bab I & Bab II	- Bab I latar belakang Tambahkan riskesdes 2018, perbaiki Data statistik kota makassar - Bab II Fisiologi Perbaiki *susunan kalimat*	
3.	Senin 15-04-2019	Bab III	- Bab III Tambahkan	

			hasil LAB pada analisa data - Perbaiki susunan kalimat pada SOAP	
4	Kamis, 18-04-2019	Bab II	- Bab II teoritis diperbaiki susunan *kalimat.*	
5	Senin, 29-04-2019	Bab I	Bab I Latar belakang diperbaiki susunan kalimatnya	
6	Selasa, 30-04-2019	Bab I, II,,III, IV	Perbaiki pengetikan	
7	Sabtu, 04-05-2019	Bab V	Bab V Perbaiki saran	
8	Selasa, 15-05-2019	Kata pengantar, Daftar pustaka	Lengkapi penerbit pada daftar pustaka	