KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”T” DENGAN DIABETES MELITUS (DM) TIPE II DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

DEVI

E1514401011

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."T" DENGAN DIABETES MELITUS (DM) TIPE II DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa: Devi

NIM : E1514401011

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes)	(Wirmando.,S.Kep.,Ns)
NIDN. 0918087701	

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 14.45 – 15.30
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Mery Solon,S.Kep.,Ns.,M.kes (.....)
2. Martha Kadang Boro,S.Kep.,Ns (.....)
3. Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Devi
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 07 Desember 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Gunung Lompobattang no.9c

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Sande/Henny Dengen
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Pensiunan PNS/IRT
Alamat	: Gunung Lompobattang no.9c

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Sudirman III Makassar	: 2003-2009
SMPN 2 Makassar	: 2009-2012
SMA Kartika Wirabuana Makassar	: 2012-2015
STIK Stella Maris DIII Keperawatan	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn."M" dengan Tumor Hati di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi akhir Program DIII Keperawatan di Stik Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan KTI ini dan penulis juga banyak mendapat kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, dukungan dan motivasi dari berbagai pihak. Akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.SI.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua Skolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang selama ini telah memberi ilmu dan kesempatan kepada saya dalam menempuh pendidikan selama 3 tahun.

2. Dr. Thomas Soeharto, MMR, Selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta semua Staf dan Pegawai yang telah membantu dan mengizinkan kami untuk melaksanakan praktek Keperawatan khususnya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

3. Mery Solon, Ns.,M.Kes. Selaku Ketua Program DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan juga selaku pembimbing akademik yang selama 3 tahun ini telah membimbing kami dengan baik.

4. Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes. Selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya dalam memberikan pengarahan serta bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Wirmando, S.Kep.,Ns. Selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya dalam memberikan pengarahan serta bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Dosen dan staf yang banyak memberikan ilmu, bantuan dan pelayanan selama saya menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar

7. Teristimewa saya ucapkan banyak terima kasih kepada kedua orang tua saya untuk Doa, motivasi, dukungan dan kerja kerasnya selama ini dan juga semua keluarga yang telah memberi dukungan. Juga terkhusus buat seseorang yang selalu memberi dukungan dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, smoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dalam memberi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II

Makassar, Mei 2018

Penulis

Devi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi pankreas……. 6

Gambar 2.2 Patoflowdiagram…….. 29

Gambar 3.1 Genogram……. 34

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium..... 48
Tabel 3.2 Analisa Data..... 49
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 52
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 53
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan..... 57
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 85

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL **Hal**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN…… **i**

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN…….. **ii**

RIWAYAT HIDUP…….. **iii**

KATA PENGANTAR…….... iv

DAFTAR GAMBAR…….. vi

DAFTAR TABEL…….. vii

DAFTAR ISI…… viii

BAB I PENDAHULUAN…… 1

A. Latar Belakang……. 1

B. Tujuan Penulisan……. 2

C. Manfaat Penulisan……... 3

D. Metode Penulisan…… 4

E. Sistematika Penulisan……. 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS…… **6**

A. Konsep Dasar Medis……... 6

1. Pengertian……..... 6

2. Klasifikasi Diabetes Melitus…… 6

3. Anatomi dan fisiologi…… 7

4. Etiologi…… 10

5. Patofisiologi……... 11

6. Manifestasi Klinis…….. 12

7. Pemeriksaan Penunjang…….. 13

8. Penatalaksanaan Medik…….. 14

9. Komplikasi…….. 17

B. Konsep Dasar Keperawatan…….. 19

1. Pengkajian…… 19

2. Diagnosa Keperawatan…….. 22

3. Intervensi Keperawatan……... 22

4. *Discharge Planning*…….. 28

C. Patoflowdiagram…….. 29

BAB III PENGAMATAN KASUS……... 31

A. Pengkajian…… 32

B. Analisa Data…… 49

C. Diagnosa Keperawatan…….. 52

D. Intervensi Keperawatan…… 53

E. Implementasi Keperawatan…… 57

F. Evaluasi Keperawatan…… 80

G. Daftar obat…… 87

BAB IV PEMBAHASAN……. 91

A. Pengkajian……... 91

B. Diagnosa keperawatan……... 93

C. Intervensi keperawatan…….. 95

D. Implementasi keperawatan…… 95

E. Evaluasi……. 96

BAB V SIMPULAN DAN SARAN……. 97

A. Simpulan…… 97

B. Saran…….. 98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

mengalami penurunan pada umur 25 – 44 tahun (11,04%), dan umur 45 – 65 tahun (45,30%), dan di tahun 2017 mengalami peningkatan pada umur 25 – 44 tahun (10,39%) dan umur 45 – 65 tahun (89,60%). Diantara penderita diabetes melitus tersebut sebanyak 215 orang di tahun 2015 yang meninggal 21 orang dan pada tahun 2016 penderita diabetes melitus sebanyak 181 orang, yang meninggal sebanyak 26 orang. Di tahun 2017 penderita diabetes melitus sebanyak 279 orang dan yang meninggal sebanyak 23 orang

Data di atas menunjukkan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat mengancam kesehatan dan harus dicegah lebih dini. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan penyakit diabetes melitus.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II" DI RUANG PERAWATAN 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 Diabetes Melitus (DM) tipe II di ruang perawatan Bernadeth II B RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus (DM) tipe II yang mencakup:

a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan (DM) tipe II
b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan (DM) tipe II
c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan (DM) tipe II
d. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan (DM) tipe II
e. Membuat evaluasi keperawatan pada pasien dengan (DM) tipe II
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan (DM) tipe II

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi atau Rumah Sakit

Memberi gambaran mengenai angka kesakitan dan kematian pada pasien Diabetes Melitus tipe II sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkatkan mutu pelayanan dalam keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II

2. Bagi Institusi

Menjadi tolak ukur dalam mengevaluasi kemampuan mahasiswa dalam memahami ilmu yang telah diberikan atau dipelajari dan menerapkannya dalam proses keperawatan

3. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan, pengobatan yang efektif, merubah pola hidup sehat guna mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit

4. Bagi Mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan oleh penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu

1. Tinjauan Kepustakaan
   a. Memperoleh data dengan menggunakan referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat oleh penulis
   b. Memperoleh data melalui internet. Melalui internet penulis memperoleh informasi terbaru mengenai penyakit Diabetes Melitus
2. Tinjauan Kasus

   Metode ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

   a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien

b. Observasi, melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan
c. Pemeriksaan Fisik, dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
d. Dokumentasi, catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis, dan catatan perkembangan pasien

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini tersusun atas 5 bab yang terdiri dari: Bab I: Pendahuluan, bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II: Tinjauan Teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi , manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa, perencanaan, discharge planning dan patoflodiagram. Bab III: Pengamatan kasus, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV: Pembahasan Kasus, bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V: Simpulan dan Saran terdiri dari beberapa simpulan dan saran.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data dari badan organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah penderita diabetes melitus tipe II di Indonesia akan meningkat signifikan hingga 21,3 juta jiwa pada 2030 mendatang.

Sejumlah data tentang penyakit diabetes di Indonesia cukup mencengangkan, antara lain *Sample Registration Survey* 2014 menyatakan diabetes menjadi pembunuh nomor 3 di Indonesia. Sementara data *International Diabetes Federation* (IDF) Menunjukkan, jumlah penderita diabetes di Indonesia diperkirakan sebesar 10 juta dan menempati urutan ketujuh tertinggi di dunia.

Prevalensi diabetes di Indonesia cenderung meningkat, yaitu dari 5,7% tahun 2007, menjadi 6,9% tahun 2013. Lebih mencengangkan lagi, seperti dirilis Kementrian Kesehatan (Kemenkes), 2/3 diabetesi (sebutan untuk penderita diabetes) di Indonesia tidak mengetahui dirinya memiliki diabetes. Penyakit mematikan ini masih menjadi persoalan serius dunia, termaksuk Indonesia. Indonesia merupakan negara yang berada di urutan ke 4 dengan prevelansi diabetes tertinggi di dunia setelah India, China, dan Amerika Serikat. Bahkan jumlah pengidap diabetes terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.

Di Sulawesi Selatan khususnya di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, berdasarkan data dari unit Rekam Medis (MRO) RS Stella Maris yang didapatkan bahwa kasus diabetes melitus tipe II dari tahun ke tahun meningkat. Tahun 2015 jumlah kasus diabetes melitus tipe II sebanyak 215 dibagi mulai dari umur 25 – 44 tahun (13,2%) dan umur 45 – 65 tahun (86,97%). Pada tahun 2016

70-90% sel β hancur sebelum timbul gejala klinis. Pasien Diabetes Melitus tipe I harus menggunakan injeksi insulin dan menjalankan diet secara ketat.

b. Diabetes Melitus tipe II atau Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yaitu Diabetes Melitus yang tidak tergantung pada insulin. Diabetes Melitus ini terjadi akibat penurunan sensivitas (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin.

c. Diabetes Melitus sekunder

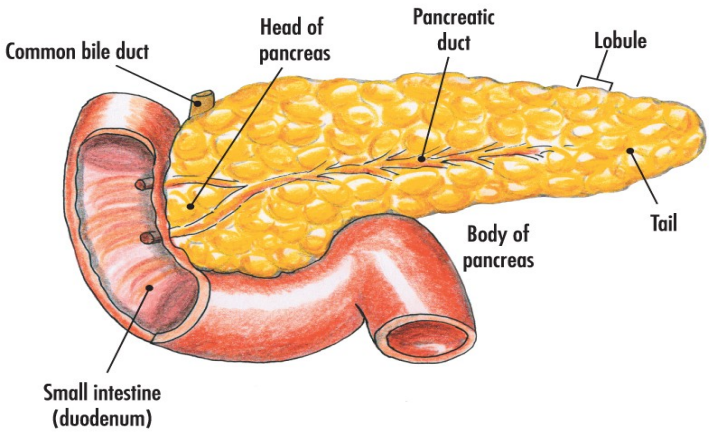
Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan penyakit tertentu atau sindrom lainnya misalnya penyakit pankreas dan penyakit hormonal.

d. Diabetes Melitus Gestational (DMG)

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

3. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Penampang Pankreas

Pankreas terletak di rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duoabdomen sampai limpa. Panjangnya kira-kira 12-15 cm dan beratnya 60-90 gram. Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar ludah, masing-masing kelenjar bersatu menjadi duktus pankreastitis dan duktus koleduktus.

Bagian-bagian dari pankreas:

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

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ eksokrin dan endokrin:

1) Fungsi Eksokrin

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

Ada 3 jenis enzim pankreas yaitu:

a) Amilase : mengubah karbohidrat menjadi glukosa.
b) Lipase : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak.
c) Tripisin : mengubah protein menjadi asam amino.

2) Fungsi Endokrin

Fungsi endokrin yang membentuk pulau-pulau Langerhans yang terdiri dari 3 jenis sel yaitu:

a) Sel Alfa menghasilkan hormon glukagon.

Glukagon berfungsi meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

b) Sel Beta menghasilkan insulin

Insulin berfungsi untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah dengan cara memasukannya ke dalam sel sebagai sumber energi.

c) Sel Delta menghasilkan somastostatin.

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

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

1) Efek pada hepar
   a) Menurunkan ketogenesis dan pengeluaran glukosa.
   b) Meningkatkan sintesis protein, lemak dan glukosa.
2) Efek pada otot
   a) Meningkatkan masuknya glukosa dan sintesis glikogen
   b) Meningkatkan ambilan asam amino dan keton.

c) Menurunkan katabolisme protein dan asam amino.

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

4. Etiologi

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

a. Pola makan yang salah

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

b. Usia

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

c. Gaya hidup dan stress

   Gaya hidup yang salah dan juga stress dapat meningkatkan kerja metabolisme kebutuhan akan energi yang berakibat pada peningkatan kerja pangkreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak dan berakibat pada penurunan insulin.

d. Obesitas

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

e. Kelainan genetik atau keturunan

Adanya faktor keturunan atau kelainan genetik dalam keluarga.

5. Patofisiologi

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

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

Pada Diabetes Melitus tipe II tedapat dua masalah utama yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah iinsulin yang disekresi

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

6. Manifestasi Klinik

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

a. Poliuria (peningkatan pengeluaran urine)
   Sering kencing terjadi karena adanya diuresis dan hiperglikemia
b. Polidipsi (peningkatan rasa haus)
   Poliuria menyebabkan hilangnya glukosa dan elektrolit dalam tubuh sehingga terjadi peningkatan rasa haus pada pasien
c. Polipagia (peningkatan rasa lapar)
   Sel pada tubuh mengalami kekurangan energi karena glukosa tidak dapat masuk ke sel, akibatnya pasien sering merasa lapar
d. Kelemahan dan Keletihan
   Kurangnya cadangan energi menyebabkan pasien cepat lelah disebabkan metabolisme protein dan kehilangan kalium lewat urine

e. Penurunan berat badan

Disebabkan karena banyaknya kehilangan cairan, glikogen dan cadangan trigliserida serta massa otot

f. Kelainan pada mata (penglihatan kabur)

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

g. Infeksi kulit atau gatal

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

7. Pemeriksaan penunjang

Untuk menemukan penyakit Diabetes Melitus disamping mengkaji tanda dan gejala yang dialami pasien, perlu juga dilakukan pemeriksaan diagnostik sebagai berikut:

a. Pemeriksaan gula darah

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

1) GDS > 200 mg/dl (11,1 mmol/dl)
2) GDP > 140 mg/dl (7,8 mmol/dl)
3) PP 2 jam ≥ 200 mg/dl (< 140 Rasional/dl)

b. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Untuk mengukur presentasi glukosa yang melekat pada Hb dan menentukan kadar glukosa darah selama 3 bulan terakhir

c. Pemeriksaan keton urine

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

d. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigliserida
   Dapat meningkat karena ketidak adekuatan kontrol glikemik
e. Pemeriksaan angiografi, monofilamen, dopler pada luka gangren dan kultur jaringan pada luka gangrene

8. Penatalaksanaan Medik

Tujuan penatalaksanaan pada pasien Diabetes Melitus adalah:

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

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

1) Manajemen diet Diabetes Melitus
   Mengontrol nutrisi dan berat badan merupakan dasar untuk penanganan pasien Diabetes Melitus. Komposisi nutrisi pada diet Diabetes Melitus adalah kebutuhan kalori, karbohidrat, lemak, protein, serat
   a) Kebutuhan kalori
      Tergantung dari berat badan, jenis kelamin, usia dan aktivitas fisik
   b) Kebutuhan karbohidrat
      Karbohidrat merupakan komponen terbesar dari kebutuhan kalori tubuh yaitu 50-60%
   c) Kebutuhan protein
      Untuk adekuatnya cadangan protein, diperlukan kira-kira 10-20% dari kebutuhan kalori 0,8 g/kg perhari

d) Kebutuhan lemak

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

e) Lemak serat

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

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

Keterangan:

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

2) Latihan fisik

Latihan fisik dibutuhkan, karena pada saat latihan fisik energi yang dipakai adalah glukosa dan asam lemak bebas

Latihan fisik bertujuan untuk

a) Menurunkan tekanan darah

b) Meningkatkan sensitivitas insulin

c) Menurunkan BB dan mempertahankan BB normal

Jenis latihan fisik adalah olahraga seperti latihan aerobik, lari, jalan kaki, bersepeda, berenang.

3) Obat-obatan atau terapi insulin

a) Obat antidiabetik oral

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

Misalnya obat: Glibentklamid, Tolbutamid, Klorpropamid

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

Misalnya obat: Mitformin dan Glukophage

b) Pemberian hormon insulin

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

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

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

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

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

c.) Edukasi atau pendidikan kesehatan

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

(1) Penyakit Diabetes Melitus yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab, patofisiologi, dan tes diagnostik

(2) Diet

(3) Aktivitas sehari-hari termaksuk latihan atau olahraga

(4) Penatalaksanaan dan pencegahan terhadap komplikasi Diabetes Melitus

(5) Pemberian obat-obatan Diabetes Melitus dan cara injeksi insulin
(6) Monitoring gula darah secara mandiri

9.Komplikasi

Pasien Diabetes Melitus dapat beresiko terjadinnya komplikasi baik akut maupun kronik sebagai berikut:

a. Komplikasi akut
   1) Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi, biasanya terjadi pada NIDDM
   2) Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM
   3) Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak normal
b. Komplikasi kronik
   1) Mikroangiopati (kerusakan pada sel-sel parifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil seperti:
      a) Retinopati diabetik (kerusakan saraf retina dimata) sehingga mengakibatkan kebutaan
      b) Neuropati diabetik (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan gangguan sensori pada tubuh
      c) Nefropati diabetik (kelainan atau kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagl ginjal
   2) Makroangiopati
      a) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah
      b) Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke

3) Gangguan diabetik karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh

   Angka kematian dan kesakitan pada Diabetes Melitus terjadi karena komplikasi seperti hiperglikemia atau hipoglikemia, resiko meningkatnya infeksi, komplikasi neuropatik, komplikasi mikrovaskuler (retinopati dan nefropati) serta komplikasi makrovaskuler (jantung koroner dan stroke)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian 11 fungsi pola Gordon.

a. Pola Persepsi Dan Pemeliharaan Kesehatan

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

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

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

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

Data objektif : Penurunan berat badan, kulit kering atau bersisik,turgor kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar parotis, abdomen (inspeksi, auskultasi,ikterik,lesi)

c. Pola Eliminasi

Data subjektif : Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, dysuria, nokturia, rasa nyeri atau terbakar, kesulitan berkemih

dan infeksi) inkontinensia. Pola BAB frekuensi, warna

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

d. Pola Aktivitas dan Latihan

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

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

e. Pola Tidur dan Istirahat

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

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

f. Pola Persepsi Kognitif dan sensori

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

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

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

Data objektif : rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

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

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

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif : Gangguan fungsional alat reproduksi

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

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Stres

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

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

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

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

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

2. Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015-2017)

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

b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

c. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

d. Keletihan berhubungan dengan status penyakit (diabetes melitus)

e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral

3. Intervensi Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

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

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

Intervensi :

1) Melakukan pemeriksaan gula darah

R/ Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus

2) Berikan insulin sesuai dosis

R/ Untuk menjaga agar kadar glukosa darah pasien tetap stabil

3) Tekankan pentingnya pemeriksaan gula darah setiap hari

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

4) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanannya

   R/ Diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan

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

   R/ Informasi ini akan meningkatkan pengendalian terhadap diabetes melitus

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

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

b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Hasil yang diharapkan : Nyeri dapat berkurang

   Intervensi :

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

   R/ Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri

2) Ajarkan pasien cara menggunakan teknik relaksasi non farmakologis

   R/ Mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri

3) Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesik

   R/ Untuk membantu pengurangan nyeri pada pasien

4) Berikan lingkungan yang tenang

   R/ Menurunkan stimulasi dapat menurunkan ketegangan

5) Kaji faktor penyebab

R/ Agar pasien mengetahui faktor penyebab nyeri memberat

6) Berikan posisi yang nyaman

R/ Untuk menurunkan ketegangan

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

Hasil yang diharapkan : Integritas jaringan kulit dan membran mukosa adekuat

Intervensi :

1) Catat karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau

R/ Untuk mengetahui proses penyembuhan luka

2) Merawat luka dengan cara steril

R/ Tindakan yang steril dapat mengurangi infeksi

3) Ajarkan kepada pasien atau keluarga cara melakukan perawatan luka

R/ Agar pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka saat di rumah

4) Lakukan perubahan posisi tiap 2 jam sekali

R/ Perubahan posisi dapat melancarkan sirkulasi dan menurunkan tekanan pada kulit

5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat

R/ Untuk mencapai penyembuhan pasien

d. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

Hasil yang diharapkan : Infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital

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

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

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

3) Tingkat usaha pencegahan dengan mencuci tangan, memakai handscon, masker, dan kebersihan lingkungan

   R/ Meminimalkan invasif mikroorganisme

4) Pertahankan teknik antiseptik dan sirkulasi alat pada prosedur invasif

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

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

   R/ Menghindari kerusakan kulit yaitu iritasi dan infeksi pada sirkulasi perifer

6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan pemeriksaan laboratorium

e. Keletihan berhubungan dengan status penyakit(Diabetes Melitus)

Hasil yang diharapkan : Keletihan dapat teratasi

Intervensi :

1) Anjurkan pasien atau keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan di Rumah Sakit dan penyakit secara keseluruhan

   R/ Memudahkan cara pemecahan masalah

2) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya dimasa lalu

   R/ Pengetahuan gaya individu membantu untuk menentukan kebutuhan terhadap tujuan penanganan

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

4) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula setiap hari

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

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

   R/ Mengindikasikan tingkat pemenuhan energi dan tingkat aktivitasnya

6) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energi yang masuk

   R/ Aktivitas yang tidak sesuai dengan jumlah energi dapat meningkatkan kelelahan

f. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral

   Hasil yang diharapkan : Kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali

   Intervensi :

   1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai indikasi

      R/ Mengkaji pemasukkan makanan yang adekuat

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

      R/ Menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa

3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi

   R/ Meningkatkan partisipasi keluarga dan mengontrol masukkan nutrisi sesuai dengan kemampuan untuk menarik glukosa dalam sel

4) Observasi tanda-tanda hiperglikemia

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

5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick

   R/ Analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat dari pada memantau gula darah dalam urin

6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah

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

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

   R/ Insulin reguler memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan ke dalam sel. Pemberian melalui intravena merupakan rute pilihan utama karena absorbsi dari jaringan subcutan mungkin tidak terlalu menentu atau sangat lambat

8) Lakukan konsultasi dengan ahli gizi

   R/ Kebutuhan diet penderita harus disesuaikan dengan jumlah kalori karena kalau tidak terkontrol akan beresiko hiperglikemia

4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

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

a. Anjurkan kepada pasien untuk mengkomsumsi makanan rendah glukosa
b. Anjurkan untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter yaitu anjuran untuk makan makanan rendah glukosa
c. Anjurkan untuk meminum obat sesuai dosis dan indikasi
d. Anjurkan untuk rutin mengontrol kadar glukosa darah dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang diberikan
e. Anjurkan untuk lakukan latihan fisik atau olahraga yang ringan seperti jalan kaki pagi atau sore
f. Anjurkan untuk diet. Tujuan untuk mempertahankan berat badan ideal atau mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal dan mencegah komplikasi

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

   Diabetes melitus adalah penyakit gangguan metabolisme kronik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin (Tarwoto, 2012).

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

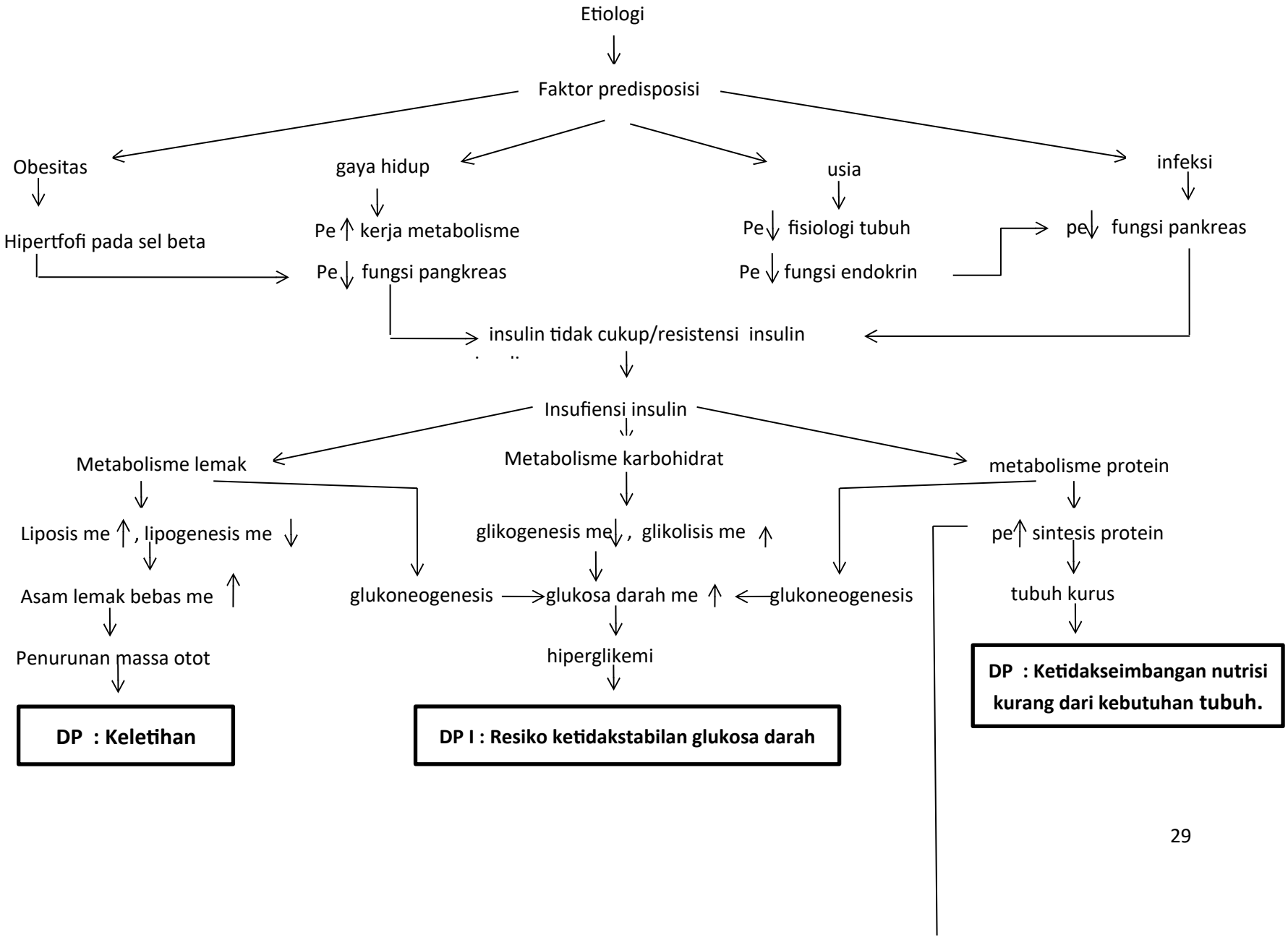
   Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah penyakit kronik atau penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin akibat kerusakan pada sekresi insulin atau kerja insulin.

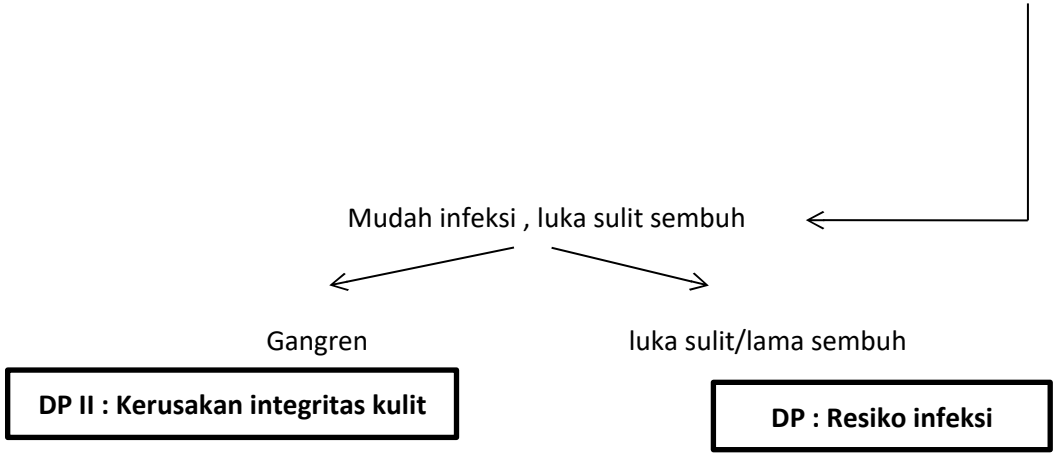
2. Klasifikasi Diabetes Melitus

   a. Diabetes Melitus tipe I atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM)

      Merupakan kondisi autoimun yang menyebabkan kerusakan sel β pankreas sehingga timbul defisiensi insulin absolut. Pada Diabetes Melitus tipe I sistem imun tubuh sendiri secara spesifik menyerang dan merusak sel-sel penghasil insulin yang terdapat pada pankreas. Belum diketahui hal apa yang memicu terjadinya kejadian autoimun ini, namun bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa faktor genetik dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam prosesnya. Sekitar

C. Patoflowdiagram




Mudah infeksi , luka sulit sembuh
Gangren
luka sulit/lama sembuh
DP II : Kerusakan integritas kulit
DP : Resiko infeksi

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Tn.”T” masuk Rumah Sakit pada tanggal 3 April 2018, dengan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II dengan keluhan luka yang tak kunjung sembuh. Pasien sudah berobat ke dokter tetapi tidak ada perubahan sehingga di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris

Saat pengkajian pasien mengatakan awalnya muncul bisul kecil di perut kiri bawah sejak ± 20 hari yang lalu, dan ± 16 hari yang lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil. Lalu sekitar ± 10 hari yang lalu luka tersebut semakin membesar. Pasien mengatakan skala nyeri 6 (0-10), nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul. Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri muncul. Tampak luka memerah dan basah dengan ukuran ±6cm. Tampak pasien terpasang infus NaCl 0,9% 16 tetes x/menit. Kesadaran pasien compos mentis dengan tanda-tanda vital, TD : 120/80 mmHg, N : 85 x/menit, S : 36,5°C, P : 18 x/menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC : 32.8 10^3/uL dan hasil GDS : 517 mg/dl. Terapi yang diberikan antara lain : moxifloxacin 400mg /24 jam/ iv drips, metronidazol 500mg /8jam/ iv drips, cefoperazone 1000mg /12 jam/ iv, keterolac 30mg /24 jam/ iv, novorapid 16-16-16 / subcutan, lantus 0-0-18 / subcutan.

Berdasarkan pengkajian di atas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Devi	NIM: E1514401011

Unit : Bernadeth II B Autoanamnese : ✓

Kamar : 715 Alloananmnese : ✓

Tgl masuk RS : 3 april 2018

Tgl pengkajian : 6 April 2018

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Tn.T
Umur	: 57 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status perkawinan	: menikah
Jumlah anak	: 8 orang
Agama/suku	: Islam / Enrekang
Warga Negara	: WNI
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: SWASTA
Alamat rumah	: Sukaria 2 no.2

b. Penanggung jawab

Nama	: Ny I
Umur	: 26 tahun
Alamat	: Sukaria 2 no.2
Hubungan dengan pasien	: Anak menantu

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Hiperglikemia + DM Tipe II + Abses abdomen

Saat pengkajian : DM Tipe II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang.

Alasan :Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak terpasang infus NaCl 0,9% 16 tetes x permenit di tangan sebelah kanan, tampak abses di perut bagian kiri bawah

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran: Compos mentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik :6

b) Respon bicara :5

c) Respon membuka mata:4

Jumlah :15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 120/80 mmHg

MAP : 93,3 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

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

4) Pernapasan :18 x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

Jenis : ☑ dada ☐ Perut

5) Nadi :85 x/menit

Irama ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

☑ Kuat ☐ Lemah

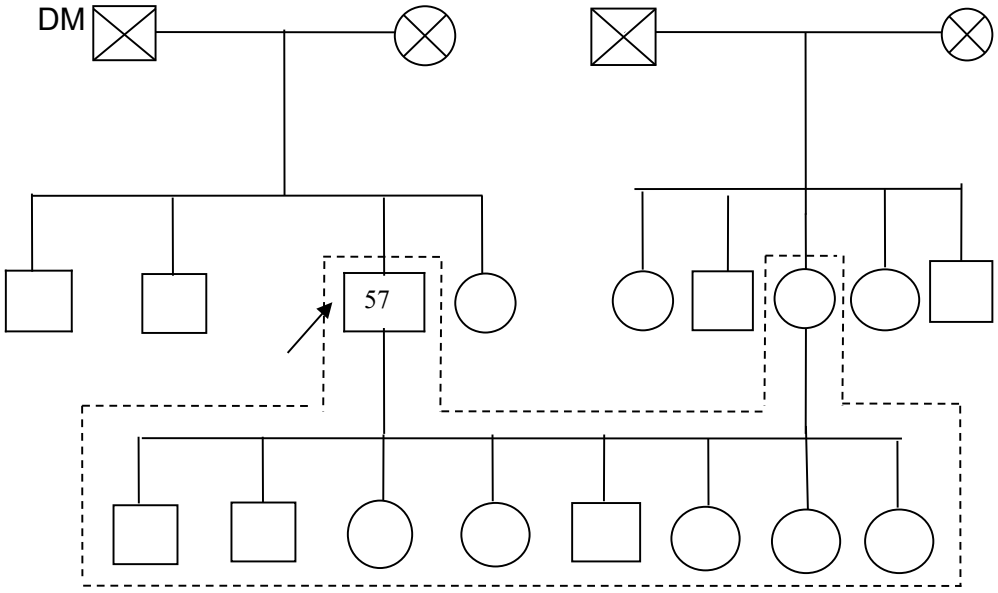
c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 26 cm
2. Tinggi badan :162 cm
3. Berat badan :64 kg

4. IMT :24,4 kg/m²

Kesimpulan :Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan :

: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sehat itu penting. Pasien mengatakan ia kadang-kadang sakit flu dan biasa membeli obat ke apotik. Pasien mengatakan jarang berolahraga.

2) Riwayat penyakit saat ini:
   a) Keluhan utama :
      Luka yang tak kunjung sembuh
   b) Riwayat keluhan utama :
      Pasien mengatakan awalnya muncul bisul kecil diperut kiri bawah sejak ± 20 hari yang lalu, dan ± 16 hari yang lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil. Lalu sekitar ± 10 hari yang lalu luka tersebut semakin membesar dan membuat pasien khawatir sehingga pasien memutuskan berobat ke dokter praktek lalu dokter praktek merujuk pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Saat pengkajian tampak luka dan abses pada abdomen kiri bawah, terasa nyeri, tampak luka memerah dan basah dengan ukuran ±6cm
3) Riwayat penyakit yang pernah dialami :
   Pasien mengatakan sudah mengetahui bahwa ia menderita penyakit gula sejak 2 tahun yang lalu. Anak pasien mengatakan sejak mengetahui pasien menderita penyakit gula pasien tetap tidak mengatur pola makannya dan tetap mengkomsumsi makanan yang bertentangan dengan penyakitnya seperti makanan yang banyak mengandung gula. Pasien mengatakan jika muncul luka kecil dibagian tubuhnya ia baru ke puskesmas dan diberi obat metformin. Pasien mengatakan jika obatnya habis ia tidak pergi lagi mengambil di puskesmas karena malas. Pasien mengatakan ia tidak teratur meminum obatnya dan tidak rutin mengontrol gulanya.
4) Riwayat kesehatan keluarga :
   Pasien mengatakan kedua orang tuanya sudah meninggal, ayah pasien meninggal ± 30 tahun yang lalu karena penyakit gula.

Pasien mengatakan saudara kandungnya juga menderita penyakit gula.

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

b. Pola nutrisi metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan makan 3x sehari tetapi kadang lebih dari 3x. Pasien mengatakan mampu menghabiskan 1 porsi makan setiap kali makan. Pasien mengatakan makan nasi, sayur, ikan, tempe, tahu, kadang-kadang daging. Pasien mengatakan sangat gemar makan kue, roti dan makanan yang manis-manis. Pasien mengatakan minum air putih ± 11 gelas perhari (2.420cc) karena pasien selalu merasa haus. Pasien mengatakan minum kopi 1 gelas perhari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan makan 3x sehari dan hanya menghabiskan 1-3 sendok dari makanannya dengan menu makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan suka makan kue, roti dan buah yang dibawah oleh keluarga. Pasien mengatakan sejak di rawat di rumah sakit biasa mengkomsumsi air putih ± 9 gelas perhari (1.980cc) dan tidak pernah mengkomsumsi minuman dari luar.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan 1-3 sendok dari makanannya

dengan menu makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Tampak pasien makan kue, roti dan buah yang di bawah oleh keluarganya. Tampak di atas meja pasien ada kue, roti dan buah papaya. Tampak pasien minum ± 9 gelas perhari (1.980cc).

4) Pemeriksaan fisik:
   a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan kotor
   b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak anemic/tidak edema
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tampak tidak ada peradangan
   f) Rongga mulut : Tampak kotor, tidak ada peradangan
      Gusi : Tidak ada peradangan
      Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
   g) Gigi : Tampak ompong
   h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
   i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan
   j) Pharing : Tidak ada peradangan
   k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
   l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
   m) Abdomen
      - Inspeksi : Tampak luka abses sebelah kiri
      - Auskultasi : 16× permenit
      - Perkusi: ☐ asites ☐ positif ☑ negatif

n) Kulit
- Edema : ☐ positif ☑ negatif
- Ikterik : ☐ positif ☑ negatif

o) Lesi: Tampak luka diabetik pada abdomen kiri bawah

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB 3x dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK ±10 kali dalam sehari berwarna kuning dengan jumlah urine ±150cc setiap kali BAK (1.500cc) per 24 jam

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BAB 3x dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK 8x perhari berwarna kuning. Pasien mengatakan jumlah urine ±150cc setiap kali BAK (1.200cc) per 24 jam

3) Observasi:

Tampak pasien BAK 8x perhari dengan jumlah urine ±150cc setiap BAK (1.200cc) per 24 jam berwarna kuning

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 16x permenit
b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☑ Negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji
e) Anus:
- Peradangan : Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit ia biasa membersihkan rumah dan mengantar cucunya pergi ke sekolah. Pasien mengatakan jarang berolahraga. Pasien mengatakan biasa menonton tv saat tidak ada kegiatan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak bisa lagi membersihkan rumah dan hanya bisa berbaring di tempat tidur karena luka abses di perut bawah sebelah kiri. Pasien mengatakan sebagian kebutuhan dibantu oleh keluarga

3) Observasi :

Tampak bentuk tubuh pasien tegak. Tampak tidak ada fiksasi. Tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur. Tampak sebagian kebutuhan dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Akitivitas harian :

- Makan : 0
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi ditempat tidur: 2

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

b) Postur tubuh : Tegak

c) Gaya jalan : Pada saat pengkajian gaya jalan pasien tampak tegak

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Tracheostomi : Tidak ada
g) JVP : 5-2 cmH2O
Kesimpulan : Pemompaan vertikel memadai
h) Perfusi perifer pembuluh kuku : Kembali ≤ 3 detik
i) Thorax dan pernapasan
-Inspeksi :
Bentuk thorax : Tampak simetris
Sianosis : Tidak ada
Stridor : Tidak ada
-Palpasi :
Vocal fremitus : Getaran paru kiri dan kanan sama
-Perkusi : ☑ sonor ☐ redup ☐ pekak
Lokasi : batas paru hepar teraba pada ICS 4 llinea sternalis sinistra
-Auskultasi :
Suara napas : Terdengar vesicular
Suara ucapan : Sama kuat kedua lapang dada
Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

d) Jantung
- Inspeksi
  Ictus cordis : Tidak tampak
- Palpasi
  Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid clavicularis sinistra
- Perkusi
  Batas atas jantung : ICS 2
  Batas kanan jantung : Linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

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

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

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

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

HR : 88× permenit

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

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

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

	Kiri	kanan
Tangan :	5	5
Kaki :	5	5

- Babinski, Kiri : ☐ positif ☑ negatif

  Kanan : ☐ positif ☑ negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak tampak clubbing jari-jari
- Varises tungkai : Tidak tampak varises tungkai

f) Columna vertebralis

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

g) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur malam 6-8jam perhari, tidur siang ±3jam. Pasien mengatakan selalu merasa segar setiap bangun. Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam tidur dan istirahat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidur malam ±7jam, tidur siang ±3jam. Pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien mengatakan sering terbangun malam hari karena nyeri pada luka abses. Pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun pagi.

3) Observasi :

Tampak pasien tidur malam ±7jam sejak dirawat di rumah sakit, tampak pasien tidur siang ±3jam

Ekspresi wajah mengantuk : positif ☑ negatif ☐

Banyak menguap : positif ☐ negatif ☑

Palpebra inferior berwarna gelap : positif ☐ negativ ☑

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan. Pasien mengatakan mudah untuk mempelajari sesuatu. Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pengecapan, penciuman, dan perabaan.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan pandangan sudah mulai kabur. Pasien juga mengatakan nyeri pada daerah lukanya, rasanya seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan memberat saat bergerak, skala nyeri 6(0-10) dengan durasi ±15-30 menit

3) Observasi :

   Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri muncul

4) Pemeriksaan fisik :

   a) penglihatan

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

   b) Pendengaran

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

g. Pola persepsi dan konsep diri

   1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol pada dirinya. Pasien mengatakan dirinya biasa-biasa saja. Pasien mengatakan kadang merasa putus asa bila menghadapi masalah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sering memikirkan lukanya. Pasien mengatakan kadang khawatir jika lukanya bertambah besar. Pasien mengatakan kadang merasa merepotkan anaknya yang menjaganya.

3) Observasi :

Pada saat pengkajian pasien tampak di temani anaknya

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

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak ada lesi di perut kiri bawah

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga dalam rumah tangganya. Pasien mengatakan ia merasa puas dengan perannya sebagai ayah dan kepala keluarga. Pasien mengatakan sering bergaul di tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan dalam perannya sebagai ayah dan kepala keluarga dalam rumah tangganya. Pasien mengatakan hubungan dengan tetangganya baik.

3) Observasi :

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

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sudah lama tidak ingin mempunyai anak. Pasien mengatakan sudah memiliki 8 orang anak dari hasil perkawinannya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sudah lama tidak ingin memiliki anak. Pasien mengatakan gairah seksnya sudah menurun sejak sakit.

3) Observasi :

Tampak tidak ada prilaku penyimpangan seks

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika ia tidak didengarkan anaknya ia biasa marah, pasien mengatakan biasa memarahi anaknya, pasien mengatakan jika ada masalah ia biasa berdiskusi dengan istrinya.

2) Keadaan sejak sakit :

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

3) Observasi :

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

k) Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan beragama islam, pasien mengatakan sebelum sakit rajin sholat di masjid, pasien mengatakan biasa ikut pengajian.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit jarang sholat di masjid, pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan agama lagi.

3) Observasi :

Tampak tidak ada Al-Qur’an di samping pasien

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Darah rutin

Tanggal : 03 April 2018

Jenis/ tes pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	32.8	4.8 – 10.8	10^3/uL
RBC	3.5	4.7 – 6.1	10^6/uL
HGB	9.6	14 – 18	g/dL
HCT	27.10	42 – 52	%
MCV	77.9	80 – 99	fL
NEUT%	90.2	40 – 74	%
LYM%	6.4	19 – 48	%
MXD%	3.4	4 – 18	%
NEUT#	29.6	1.5 – 7	10^3/uL

b. Pemeriksaan kadar glukosa

Tanggal:

3 April 2018 : GDS = 517

4 April 2018 : GDP = 225

5 April 2018 : GDP = 300

6 April 2018 : GDP = 207

7. Terapi obat

1. Moxifloxacin 400mg / 24 jam / iv drips
2. Metronidazol 500mg / 8 jam / iv drips
3. Novorapid 16-16-16 / subcutan
4. Lantus 0-0-18 / subcutan
5. Cefoperazone 1000mg / 12 jam / iv
6. Ketorolac 30mg / 24 jam / iv

B. Analisa Data

Nama / Umur : Tn.T / 57 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : - Pasien mengatakan suka makan kue, roti dan buah yang di bawah oleh keluarganya - Pasien mengatakan jika obatnya habis ia tidak pergi lagi mengambil di puskesmas karena malas - Pasien mengatakan ia tidak teratur meminum obatnya dan tidak rutin mengontrol gulanya - Anak pasien mengatakan sejak mengetahui pasien menderita penyakit gula pasien tetap tidak mengatur pola makannya dan tetap mengkomsumsi makanan yang bertentangan dengan penyakitnya seperti makanan yang banyak	Kurang kepatuhan rencana manajemen diabetes	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

	mengandung gula DO : - Tampak pasien makan kue, roti dan buah yang di bawah oleh keluarganya - Tampak dimeja pasien terdapat kue, roti dan buah - 3 April 2018 : GDS = 517 - 4 April 2018 : GDP = 225 - 5 April 2018 : GDP = 300 - 6 April 2018 : GDP= 207		
2.	DS : - Pasien mengatakan awalnya muncul bisul kecil di perut kiri bawah sejak ±20 hari yang lalu, dan ±16 hari yang lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil, lalu sekitar ±10 hari yang lalu luka tersebut semakin membesar - Anak pasien mengatakan sejak mengetahui pasien menderita penyakit gula pasien tetap tidak mengatur pola makannya dan tetap mengkomsumsi	gangguan metabolisme	Kerusakan integritas kulit

	makanan yang bertentangan dengan penyakitnya seperti makanan yang banyak mengandung gula DO : - Tampak luka abses di perut kiri bawah - Tampak luka memerah dan basah - Tampak ukuran luka ±6cm - WBC = 32.8		
3.	DS: - Pasien mengatakan nyeri pada daerah lukanya - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan memberat saat bergerak - Pasien mengatakan skala nyeri 6(0-10) DO: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri muncul - Tampak luka abses di perut kiri bawah	agen cedera biologis	Nyeri akut

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Tn.T / 57 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

No	Diagnosa
I	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
II	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme
III	Nyeri akut b/d agen cedera biologis

D. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. “T” / 57 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

No	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcomes Clasification (NOC)/ Hasil yang diharapkan	Nursing Intervention Clasification (NIC) Rencana, Tindakan mandiri, Observasi, Penyuluhan . Kolaborasi
1	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajem diabetes	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil: 1.Prilaku patuh: Diet yang disarankan -Pasien mampu memantau glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	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 sesuai resep
		2.Manajem diri : Diabetes	3.Pengajaran

		-Pasien mampu memantau glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	-Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang
2.	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapakan tercapai penyembuhan luka dengan kriteria hasil :	1.Monitor Tanda-tanda vital -Monitor TD,N,S,P
		1. Penyembuhan luka sekunder -Peradangan luka dipertahankan	2.Perawatan luka -Monitor karakteristik luka,

		pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 -Lubang pada luka dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 Keterangan : 1. Sangat besar 2. Besar 3. Sedang 4. Terbatas 5. Tidak ada	termasuk drainase, warna, ukuran dan bau - Melakukan perawatan luka secara steril -Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi -Berikan terapi antibiotik yang sesuai
3.	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan pasien mampu	1.Monitor Tanda-tanda vital -Monitor TD,N,S,P 2.Pemberian analgetik

		mengontrol nyeri dengan kriteria hasil: 1. Kontrol nyeri -Pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 -Pasien mampu menggunakan tindakan pengurangan(nyeri) tanpa analgetik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	-Berikan analgetik 3.Manajemen nyeri -Lakukan pengkajian nyeri -Berikan teknik distraksi 4.Terapi relaksasi -Ciptakan lingkungan yang tenang -Berikan pasien posisi yang nyaman -Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn. “T” / 57 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

Tanggal	Waktu	DP	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
7 April 2018	07:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: - Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	07:20	III	Menciptakan lingkungan yang tenang H/: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan tenang yang dibuat oleh perawat	Devi
	07:50	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Pasien saat ini berbaring dengan posisi terlentang	Devi

	08:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: - Metronidazole 500mg / IV drips	Devi
	08:35	I	Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang H/: - Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis-manis - Tampak pasien memakan kue yang dibawa oleh keluarganya	Devi
	10:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 140/90mmHg N : 88x permenit S : 36,5 °C P : 20x permenit	Devi

	10:45	II	Melakukan perawatan luka secara steril H/: - Perawat melakukan perawatan luka dengan menggunakan handscon steril - Perawat menggunakan kassa steril untuk membalut luka - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCl - Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan nanah dan darah didalam luka - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa yang telah disiram cairan NaCl - Tampak balutan bersih	Devi
	11:00	I	Memonitor karakteristik luka H/: - Tampak luka dipermukaan berwarna kemerahan - Tampak luka abses pasien ada nanah dan darah	Devi

			- Ukuran luka ±6cm - Tampak luka tidak berbau - Tampak darah masih merembes dibalutan	
	11:35	II	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi H/: - Perawat memberitahukan pasien agar tidak membasahi luka - Perawat memberitahukan keluarga menjaga agar luka tetap kering - Tampak pasien dan keluarga mengerti	Devi
	12:00	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	13:20	III	Menciptakan lingkungan yang tenang H/: Pasien merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang	Devi

	13:55	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Pasien saat ini berbaring dengan posisi terlentang - Tampak pasien susah untuk mika miki karena merasa nyeri pada lukanya	Devi
	16:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 150/90mmHg N : 84x permenit S : 36,2°C P : 20x permenit	Deriani
	16:00	III	Memberikan analgesik H/: Ketorolac 30mg / IV	Deriani
	16:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: - Cefoperazone 1000mg/IV - Metronidazol 500mg / IV drips	Deriani
	17:25	I	Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang	Deriani

			H/: - Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis-manis - Tampak pasien masih memakan kue	
	17:58	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Deriani
	19:00	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Tampak pasien berbaring dengan posisi terlentang - Tampak pasien tidak bisa mika miki karena merasa nyeri pada lukanya	Deriani
	20:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Moxifloxacin 400mg / IV drips	Deriani
	20:30	III	Menciptakan lingkungan yang tenang H/:	Deriani

			Pasien merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang	
	22:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 150/80mmHg N : 85x permenit S : 36,2°C P : 19x permenit	Perawat Hendra
	22:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Lantus 18 unit / subcutan	Perawat Hendra
8 April 2018	24:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Metronidazol 500mg/IV drips	Perawat Hendra
	04:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Cefoperazone 1000mg/IV	Perawat Hendra

	06:30	III	Melakukan pengkajian nyeri H/: - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka abses - Pasien mengatakan nyeri masih seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri berlangsung ±15-20 menit - Pasien mengatakan nyeri muncul saat sedang bergerak - Pasien mengatakan nyeri sudah skala 5 - Pasien mengatakan nyeri hanya di sekitar luka abses - Tampak ekspresi wajah pasien masih meringis	Devi
	06:40	III	Menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi pada klien H/: Tampak klien memperhatikan perawat yang melakukan teknik relaksasi	Devi

	06:48	III	Memberikan teknik distraksi H/:	Devi

			Pasien tampak teralihkan dengan pembicaraan perawat	
	06:55	I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: - GDP : 248	Devi
8 April 2018	07:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	07:15	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Perawat membantu pasien untuk mika miki - Tampak pasien mika miki	Devi
	08:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Metronidazol 500mg / IV drips	Devi
	08:30	II	Melakukan perawatan luka secara steril	Devi

			H/: - Perawat melakukan perawatan luka dengan menggunakan handscon steril - Perawat menggunakan kassa steril untuk membalut luka - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCl - Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan nanah dan darah didalam luka - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa yang telah disiram cairan NaCl - Tampak balutan bersih	
	08:50	II	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau H/: - Tampak luka abses dipermukaan kehitaman - Tampak darah masih merembes dibalutan	Devi

			- Pasien mengatakan luka dipermukaan berwarna kehitaman - Tampak luka abses tidak berbau - Ukuran luka ±6cm	
	09:35	II	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi H/: - Perawat memberitahukan pasien agar tidak membasahi luka - Perawat memberitahukan keluarga agar menjaga luka tetap kering - Tampak pasien dan keluarga mengerti	Devi
	10:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 140/80mmHg N : 81x permenit S : 36,1°C P : 19x permenit	Devi
	10:15	III	Menciptakan lingkungan yang tenang	Devi

			H/: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan tenang yang dibuat oleh perawat	
	11:00	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Perawat membantu pasien untuk mika miki - Tampak pasien mika miki	Devi
	12:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	13:40	III	Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang H/: - Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis-manis	Devi
	16:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/:	Perawat Riska

			TD : 120/90mmHg N : 81x permenit S : 36°C P : 20x permenit	
	16:00	III	Memberikan analgetik H/: Ketorolac 30mg/IV	Perawat Riska
	16:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: - Cefoperazone 1000mg / IV - Metronidazol 500mg / IV drips	Perawat Riska
	18:00	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Perawat Riska
	20:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Moxifloxacin 400mg/IV drips	Perawat Riska
	22:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/:	Perawat Hendra

			TD : 130/90mmHg N : 80x permenit S : 36,1°C P : 19x permenit	
	22:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Lantus 18 unit / subcutan	Perawat Hendra
9 April 2018	24:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Metronidazol 500mg / IV drips	Perawat Hendra
	04:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Cefoperazone 1000mg / IV	Perawat Hendra
	05:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 140/90mmHg N : 82x permenit S : 36°C P : 20x permenit	Perawat Hendra
	06:30	III	Melakukan pengkajian yang komprehensif	Devi

			H/: - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka abses ketika ia ingin duduk tetapi saat mika miki nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sekarang seperti teriris-iris pisau, tetapi nyeri sudah berkurang sudah tidak sama waktu awal dirawat - Pasien mengatakan nyeri berlangsung 5-10 menit - Pasien mengatakan nyeri muncul saat ingin duduk tetapi jika mika miki nyeri sudah berkurang, jika nyeri muncul pasien kadang-kadang melakukan teknik relaksasi - Pasien mengatakan nyeri sekarang sudah skala 4 - Tampak pasien masih kadang-kadang menunjukkan ekspresi wajah meringis	
	06:40	III	Menunjukkan dan mempraktikkan teknik	Devi

			relaksasi pada klien H/: Tampak klien memperhatikan perawat yang melakukan teknik relaksasi	
	06:45	I,II,III	Memberikan teknik distraksi H/: Pasien tampak teralihkan dengan pembicaraan perawat	Devi
	06:55	I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDP : 302	Devi
9 April 2018	07:00	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	07:20	III	Menciptakan lingkungan yang tenang H/: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan tenang yang dibuat oleh perawat	Devi
	07:30	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman	Devi

			H/: - Membantu pasien duduk di atas tempat tidur - Tampak pasien duduk di atas tempat tidur dan menyandar ditembok	
	08:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Metronidazole 500mg / IV drips	Devi
	10:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 140/80mmHg N : 80x permenit S : 36,3°C P : 19x permenit	Devi
	10:30	II	Melakukan perawatan luka secara steril H/: - Perawat melakukan perawatan luka memakai handscon steril dan kassa steril - Perawat menggunakan kassa steril untuk membalut	Devi

			luka - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCl - Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan nanah dan darah dalam luka - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa steril yang disiram NaCl - Tampak balutan bersih	
	10:55	II	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau H/: - Tampak luka dipermukaan berwarna kehitaman - Tampak darah masih merembes dibalutan - Tampak luka tidak berbau - Tampak ukuran luka masih sama dengan ±6cm - Pasien mengatakan luka berwarna kehitaman	Devi
	11:35	II	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana	Devi

			menghindari infeksi H/: - Perawat memberitahukan pasien agar tidak membasahi luka - Perawat memberitahukan keluarga menjaga agar luka tetap kering - Tampak pasien dan keluarga mengerti	
	11:58	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Devi
	12:50	III	Memberikan pasien posisi yang nyaman H/: - Perawat membantu pasien untuk duduk - Tampak pasien duduk di atas tempat tidur dan menyandar di tembok	Devi
	13:30	III	Menciptakan lingkungan yang tenang	Devi

			H/: Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan tenang yang dibuat oleh perawat	
	16:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 120/90mmHg N : 81x permenit S : 36°C P : 20x permenit	Perawat Novi
	16:00	III	Memberikan analgetik H/: Keterolac 30mg/IV	Perawat Novi
	16:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: - Cefoperazone 1000mg/IV - Metronidazol 500mg / IV drips	Perawat Novi
	18:00	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep H/: Novorapid 16 unit / subcutan	Perawat Novi
	20:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai	Perawat Novi

			H/: Moxifloxacin 400mg/IV drips	
	22:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/: TD : 130/80mmHg N : 80x permenit S : 36°C P : 20x permenit	Perawat Wahyu
	22:00	I	Memberikan insulin sesuai resep H/: Lantus 18 unit / subcutan	Perawat Wahyu
10 April 2018	24:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Metronidazol 500mg / IV drips	Perawat Wahyu
	04:00	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai H/: Cefoperazone 1000mg / IV	Perawat Wahyu
	05:00	I,II,III	Memonitor TD,N,S,P H/:	Perawat Wahyu

			TD : 130/90mmHg N : 82x permenit S : 36°C P : 20x permenit	
	06:30	III	Melakukan pengkajian yang komprehensif H/: - Pasien mengatakan nyeri masih seperti teriris - Pasien mengatakan nyeri masih berlangsung sekitar 5-10 menit - Pasien mengatakan saat duduk nyeri sudah berkurang tetapi kadang-kadang nyerinya muncul lagi - Pasien mengatakan jika nyeri muncul ia mengontrol dengan teknik relaksasi - Pasien mengatakan nyeri sudah skala 3 - Tampak ekspresi wajah meringis sudah jarang ditunjukkan	Devi
	06:43	III	Menunjukkan dan mempraktikkan teknik	Devi

			relaksasi pada klien H/: Tampak klien memperhatikan perawat yang melakukan teknik relaksasi	
	06:47	III	Memberikan teknik distraksi H/: Pasien tampak teralihkan dengan pembicaraan perawat	Devi
	06:59	I	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi H/: GDP : 188	Devi

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / Umur : Tn.”T” / 57 tahun

Ruang / Kamar: Bernadeth II B / 715

Tanggal	Evaluasi	Perawat
8 April 2018	DP I : Resiko ketidakstabilan glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan cepat lapar - Pasien mengatakan tidak mengikuti instruksi perawat O : - GDP : 248 mmol / dl - Tampak pasien masih memakan kue - Tampak di atas meja pasien ada kue A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran	Devi

	DP II : Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : Pasien mengatakan lukanya masih tampak kemerahan O : - Tampak luka abses pasien masih berdarah dan merembes dibalutan - Tampak luka abses dipermukaan masih memerah A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Perawatan luka	Devi
	DP III : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : -Pasien mengatakan nyeri hanya sekitar luka abses -Pasien mengatakan nyeri masih seperti tertusuk-tusuk -Pasien mengatakan nyeri berlangsung ±15-20 menit -Pasien mengatakan nyeri sudah skala 5 O : Tampak ekspresi wajah pasien masih meringis	Devi

	A : Nyeri belum terkontrol P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Pemberian analgetik 3. Manajemen nyeri 4. Terapi relaksasi	
9 April 2018	DP I : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan kemarin sore memakan kue sepotong O : - GDP : 302 mmol/dl - Tampak di atas meja pasien ada kue, roti dan buah A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran	Devi

	DP II : Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : Pasien mengatakan luka dipermukaan berwarna biru kemerahan O : - Tampak luka abses dipermukaan berwarna biru kemerahan - Tampak darah masih merembes dibalutan A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Perawatan luka	Devi
	DP III : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri hanya sekitar luka abses - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan seperti teriris-iris pisau - Pasien mengatakan nyeri muncul saat ingin duduk tetapi jika mika miki nyeri sudah berkurang, jika nyeri muncul pasien kadang-kadang menggunakan teknik relaksasi - Pasien mengatakan nyeri sekarang sudah skala 4	Devi

	O : Tampak pasien masih kadang-kadang menunjukkan ekspresi wajah meringis A : Nyeri belum terkontrol P : Lanjutkan intervensi : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Pemberian analgetik 3. Manajemen nyeri 4. Terapi relaksasi	
10 April 2018	DP I : Resiko ketidakstabilan glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : Pasien mengatakan sudah tidak lagi memakan kue dan roti O : - GDP : 188 mmol/dl - Tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis A : Kadar gula darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital	Devi

	2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran DP II : Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : Pasien mengatakan luka dipermukaan berwarna biru kemerahan O : - Tampak luka abses dipermukaan berwarna biru kemerahan - Tampak darah masih merembes dibalutan - Tampak ukuran luka masih ±6cm A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan : Nic 1. Monitor Tanda-tanda vital 2. Perawatan luka DP III : Nyeri akut b/d agen cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri hanya sekitar luka abses - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan masih seperti teriris	Devi Devi

	- Pasien mengatakan saat duduk nyeri sudah berkurang tetapi kadang-kadang nyeri muncul lagi - Pasien mengatakan jika nyeri muncul ia mengontrol dengan teknik relaksasi - Pasien mengatakan nyeri sudah skala 3 O : Tampak ekspresi wajah meringis sudah jarang ditunjukkan A : Nyeri masih ada tetapi pasien sudah mampu mengenali kapan nyeri terjadi dan pasien juga sudah mampu menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgetik P : Stop intervensi	

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Moxifloxacin
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik kuinolon
   b. Dosis umum dewasa untuk infeksi kulit atau infeksi jaringan lunak : 400mg IV drips setiap 24 jam
   c. Dosis untuk pasien : 400 mg / 24 jam / IV drips
   d. Cara pemberian obat : oral atau IV drips
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri. Untuk mengobati berbagai infeksi bakteri
   f. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami infeksi jaringan lunak
   g. Kontra indikasi : Harus dihindari pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap moksifloksasina (moxifloxacin)
   h. Efek samping : gangguan pencernaan, mual, sesak napas, pembengkakan mata dan bibir

2. Metronidazol
   a. Klasifikasi / golongan obat : Antimikroba
   b. Dosis umum : untuk tablet 250mg dan 500mg
   c. Dosis untuk pasien : 500mg / 8 jam / IV drips
   d. Cara pemberian obat : Oral atau IV drips
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Dengan menghentikan pertumbuhan bakteri dan protozoa. Untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri
   f. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami infeksi pada luka
   g. Kontra indikasi : Harus dihindari pada pasien yang pernah mengalami alergi terhadap antibiotik metronidazole
   h. Efek samping : Diare, pusing, mual dan muntah, alergi

3. Lantus
   a. Klasifikasi / golongan obat : Anti diabetika parenteral
   b. Dosis umum : 18 unit
   c. Dosis untuk pasien : 18 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. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami hiperglikemia
   g. Kontra indikasi : Hipersensitivitas
   h. Efek samping obat : Hipoglikemia

4. Novorapid
   a. Klasifikasi / golongan obat : Anti diabetika parenteral
   b. Dosis umum : 24 unit / kg / BB / hari
   c. Dosis untuk pasien : 16 unit (pagi, siang, malam sebelum makan)
   d. Cara pemberian obat : Injeksi subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merupakan insulin reaksi cepat yang akan langsung bekerja 5-15 menit setelah masuk ke dalam tubuh pasien. Memiliki tingkat reaksi maksimal selama 30-90 menit dan pengaruhnya akan segera menghilang 3-5 jam kemudian.
   f. Alasan pemberian obat : Pasien mengalami hiperglikemia
   g. Kontra indikasi : Hipoglikemia
   h. Efek samping obat : Hipoglikemia

5. Cefoperazone
   a. Klasifikasi/golongan : Antibiotik
   b. Dosis umum : dewasa dan anak-anak >12 tahun 1-2 gram sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi. Dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gram .
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1000mg / 12 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Cefoperazone diabsorbsi setelah pemberian intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi kedalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, konsentrasi bakterisidal menetap selam 24 jam, 80-90%.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi
   g. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap antibiotic golongan sefalosforin, pada penderita alergi panicilin, kemungkinan reaksi alergi harus dipikirkan.
   h. Efek samping :
      1) Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis
      2) Reaksi kulit eksterna, dermatitis alergi dan gatal

6. Ketorolac
   a. Klasifikasi/golongan : Antiinflamasi nonsteroid(NSAID)
   b. Dosis umum : IV: 30 mg setiap 6 jam, IM: 60 mg setiap 6 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30mg / 24 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : menghambat sintesis prostaglandin dan dapat di anggap sebagai analgesic yang bekerja perifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiate.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : meredakan nyeri

g. Kontraindikasi : hipersensitifitas pada ulkus peptikum, diatesisi hemoragik, gangguan hemostatis, gangguan ginjal derajat,kehamilan, persalinan,menyusui
h. Efek samping : Perut tidak enak, konstipasi, diare, dyspepsia, pendarahan saluran cerna, mual, tukak lambung, stomatitis, melena, esophagitis, kemampuan penglihatan dan perasa yang tidak normal, konvulsi, mulut kering, rasa haus, mengantuk, sakit kepala, hyperkinesia, insomnia, berkeringat, vertigo, gagal ginjal akut, hiponatremia, retensi urine, flushing, purpura, palpitasi, asma, udem paru.

menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia, didukung dengan faktor usia, pada umumnya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun keatas. Penurunan ini akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

Pada pasien juga ditemukan kebiasaan kadang-kadang lebih dari 3 kali, juga pada pasien ditemukan banyak minum dan banyak buang air kecil. Sel pada tubuh mengalami kekurangan energi karena glukosa tidak dapat masuk ke sel, akibatnya pasien sering merasa lapar. Kadar gula tinggi didalam darah, namun sel-sel mengalami kekurangan glukosa akibat insulin yang tidak mencukupi atau adanya kerusakan reseptor insulin pada sel, yang beresiko pada munculnya gejala poliuria. Hal ini terjadi karena keterbatasan kemampuan fitrasi ginjal, untuk mempermudah pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air yang menyebabkan dehidrasi dan merangsang rasa haus.

Pada pasien juga ditemukan keluhan kelainan pada mata atau penglihatan kabur. Keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa

Sedangkan data menurut teori adalah bahwa pada pasien DM tipe II kemungkinan akan ditemukan data-data sebagai berikut :

1. Poliuria (peningkatan pengeluaran urine)
2. Polidipsi (peningkatan rasa haus)
3. Polipagia (peningkatan rasa lapar)
4. Kelemahan dan Keletihan
5. Penurunan berat badan
6. Kelainan pada mata (penglihatan kabur)
7. Infeksi kulit atau gatal pada kelamin

Pada pasien tidak ditemukan keluhan mudah lemah dan letih karena pasien sendiri malas bergerak dan membatasi dirinya untuk beraktivitas banyak. Aktivitas pasien saat sebelum sakit hanya membersihkan rumah dan mengantar cucunya ke sekolah, selebihnya pasien hanya menonton tv di rumah.

Pada pasien juga tidak ditemukan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan karena kebiasaan makan banyak pasien masih mampu mentoleransi kebutuhan tubuhnya. Selain itu pasien juga suka makan kue sebagai makanan selingannya. Data di atas didukung dengan hasil IMT pasien yaitu 24,4 kg/m² (normal).

Pada pasien juga tidak ditemukan infeksi kulit atau gatal pada daerah kelamin karena pasien menjaga kebersihan genetalianya, menjaga kelembapan dan menjaga sekitar daerah kelamin agar tetap kering

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Tn.”T” yaitu :

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

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena data yang mendukung yang dialami oleh pasien diantaranya poliuria, polidipsi, polifagia, hasil GDS : 517. Ketidakpatuhan pola makan sangat mendukung diagnosa ini.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena data yang mendukung yang dialami oleh pasien yaitu pasien mengatakan awalnya muncul bisul kecil di perut kiri bawah sejak ± 20 hari yang lalu, dan ± 16 hari yang lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil. Lalu sekitar ± 10 hari yang lalu luka tersebut semakin membesar Saat pengkajian tampak luka dan

abses pada abdomen kiri bawah, terasa nyeri, tampak luka memerah dan basah dengan ukuran ±6cm.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Penulis mengangkat diagnosa ini karena data yang mendukung yang dialami oleh pasien diantaranya pasien mengatakan nyeri pada luka absesnya, nyeri skala 6 (0-10), nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dan memberat saat bergerak, tampak ekspresi wajah pasien meringis.

Bila dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus nyata yaitu:

1. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien sudah mengalami infeksi pada luka absesnya, ditandai dengan hasil pemeriksaan darah rutin (WBC) yaitu 32.8. Penanda infeksi seperti abses dan pus juga terjadi pada luka pasien.

2. Keletihan berhubungan dengan status penyakit (Diabetes Melitus)

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti badan terasa lemah dan mudah capek karena pasien sendiri membatasi untuk tidak beraktivitas banyak saat berada di rumah.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral.

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami penurunan berat badan, pasien mengalami cepat lapar (peningkatan pola makan) dan pasien juga suka makan kue sebagai makanan selingannya, juga ditandai dengan hasil IMT pasien yaitu 24,4 kg/m².

C. Intervensi Keperawatan

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

Untuk masalah ini intervensi yang diangkat yaitu : monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkomsumsi makanan yang diperbolehkan

2.Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

Untuk masalah ini intervensi yang diangkat yaitu : monitor tanda-tanda vital, monitor karakteristik luka termasuk drainase, warna ukuran dan bau, pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat, ajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi, berikan terapi antibiotik yang sesuai

3.Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

Untuk masalah ini intervensi yang diangkat yaitu : monitor tanda-tanda vital, berikan analgetik, lakukan pengkajian komprehensif, berikan teknik distraksi, ciptakan lingkungan yang tenang, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi pada klien

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacuh pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu penulis menjelaskan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes semua

intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis semua intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme semua intervensi yang ada telah dilakukan.

E. Evaluasi

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

1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Untuk masalah ini sudah mulai teratasi karena pasien mengatakan Pasien mengatakan sudah tidak lagi memakan kue dan roti, hasil GDP juga sudah menurun yaitu : 188 mmol/dl
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme. Untuk masalah ini belum teratasi pasien mengatakan luka dipermukaan berwarna biru kemerahan, tampak luka abses dipermukaan berwarna biru kemerahan, tampak darah masih merembes dibalutan, Ukuran luka masih ±6cm
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Untuk masalah ini juga mulai teratasi pasien mengatakan jika nyeri muncul ia mengontrol dengan teknik relaksasi, pasien mengatakan nyeri sudah skala 3, tampak ekspresi wajah meringis sudah jarang ditunjukkan

BAB IV
PEMBAHASAN

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dari penerapan praktek Asuhan Keperawatan pada Tn.”T” yang berusia 57 tahun dengan kasus Diabetes Melitus tipe II di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari yaitu dari tanggal 7 – 9 April 2018

Proses keperawatan yang dilaksanakan dalam asuhan keperawatan meliputi 5 tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Tn.”T” berumur 57 tahun yang masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 3 April 2018

Pasien masuk dengan keluhan nyeri pada bisul di perut kiri bawah dan riwayat keluhan utama pasien mengatakan awalnya muncul bisul kecil diperut kiri bawah sejak ± 20 hari yang lalu, dan ± 16 hari yang lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil. Lalu sekitar ± 10 hari yang lalu luka tersebut semakin membesar dan membuat pasien khawatir sehingga pasien memutuskan berobat ke dokter praktek lalu dokter praktek merujuk pasien ke rumah sakit Stella Maris Makassar. Saat pengkajian tampak luka dan abses pada abdomen kiri bawah, terasa nyeri, tampak luka memerah dan basah dengan ukuran ±6cm. Pemeriksaan GDS pada saat masuk dengan hasil 517 mg/dl.

Berdasarkan pengkajian di atas ditemukan faktor resiko penyakit Diabetes Melitus tipe II yaitu dari hasil pemeriksaan GDS 517 mg/dl yang

pasien tidak lagi memakan kue dan roti, pasien sudah membatasi makan makanan yang manis-manis, hasil GDP sudah menurun. Sedangkan pada diagnosa nyeri akut juga mulai terkendali ditandai dengan skala nyeri pasien sudah skala 3, pasien sudah mampu mengenali kapan nyeri terjadi dan pasien sudah mampu menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgetik sedangkan pada diagnosa terakhir yaitu kerusakan integritas kulit belum teratasi ditandai dengan darah masih merembes dibalutan dan luka dipermukaan masih berwarna biru kemerahan

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus, maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta dapat bermanfaat bagi semua pihak

1. Pasien dan keluarga

   Dari faktor predisposisi dan penyebab penyakit Diabetes Melitus pada pasien, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan pada pasien dalam melakukan perubahan pola hidup sehat khususnya pada pola makan mengurangi makanan yang tinggi glukosa dan melakukan olahraga ringan

2. Bagi Rumah Sakit

   Dengan semakin meningkatnya angka kematian penyebab penyakit Diabetes Melitus maka penulis mengharapkan agar Rumah Sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam penyuluhan dan tindakan kuratif serta kolaborasi antar tenaga kesehatan. Untuk perawat diharapkan dapat meningkatkan mutu pengetahuan dan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien Diabetes Melitus

3. Bagi Institusi

   Penulis mengharapkan agar institusi dapat meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang profesional. Dalam hal ini penulis mengharapkan agar institusi selalu menyediakan buku-buku yang berkaitan dengan Diabetes Melitus sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi

4. Bagi Mahasiswa

   Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan dan mengikuti perkembangan terbaru di dunia dalam bidang keperawatan

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. T , maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

1. Penyebab dari Diabetes Melitus tipe II pada kasus Tn.”T” adalah faktor pola makan yang tidak dikontrol dan juga adanya faktor riwayat genetik penyakit Diabetes Melitus pada anggota keluarga yaitu dari ayah pasien yang meninggal karena penyakit Diabetes Melitus. Berdasarkan pengkajian juga penulis menemukan data dari pasien antara lain : terdapat bisul kecil di perut kiri bawah, lalu bisul tersebut pecah dan meninggalkan luka kecil. Lalu luka tersebut semakin membesar dan pasien merasakan nyeri pada lukanya. Ditemukan hasil GDS pada waktu masuk yaitu : 517 mg/dl
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn.”T” masalah yang ditemukan adalah Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme
3. Dari perencanaan atau intervensi berdasarkan tinjauan teoritis, prinsipnya tidak jauh berbeda. Sebagian intervensi yang penulis buat tidak ada dalam teori. Hal ini disebabkan karena intervensi keperawatan yang dibuat disesuaikan dengan kondisi pasien
4. Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dan pada hari terakhir penulis menemukan bahwa masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa sudah mulai teratasi ditandai dengan

LEMBAR KONSUL

Nama : Devi

NIM : E1514401011

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.”T” dengan *Diabetes Melitus(DM) tipe II* di Ruang Perawatan St.Bernadeth II.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar

PEMBIMBING II : Wirmando,S.Kep.,Ns

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Maha siswa	Paraf Pembim bing
1.	Kamis/ 5 April 2018	BAB III - Judul kasus - Pengkaj ian	- Pola gordon - Analisa data - Diagnosa - Intervensi		
2.	Selasa/ 10 April 2018	- Diagnos a BAB III - Pengkaj ian	- Implementa si - Pola gordon - Analisa data - Diagnosa - Intervensi		
3.	Rabu/ 25 April 2018	BAB III - Pengkaj ian	- Implementa si - Evaluasi -Pola gordon -Analisa data -Diagnosa		

			○ Intervensi ○ Implementasi		

4.	Senin/ 14 Mei 2018	BAB III ○ Pengkajian	○ Pola Gordon ○ Analisa data ○ Intervensi ○ Implementasi ○ Evaluasi		
5.	Selasa/ 22 Mei 2018	BAB III ○ Pengkajian ○ Tinjauan Kasus	○ Pola gordon ○ Tinjauan kasus ○ Implementasi ○ Evaluasi		
6.	Rabu/ 30 Mei 2018	BAB III ○ Pengkajian ○ Tinjauan Kasus	○ Pengetikan		
7.	Selasa/ 5 Juni 2018	BAB III	○ Pengetikan		
8.	Rabu/ 6 Juni 2018	○ Implementasi ○ Evaluasi BAB III	ACC BAB III		

LEMBAR KONSUL

Nama : Devi

NIM : E1514401011

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.”T” dengan *Diabetes Melitus(DM) tipe II* di Ruang Perawatan St.Bernadeth II.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar

PEMBIMBING I : Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Maha siswa	Paraf Pembim bing
1.	Kamis/ 3 Mei 2018	BAB I	- Latar belakang - Data MRO - Tujuan penulisan - Perbaiki pengetikan		
2.	Selasa/ 8 Mei 2018	BAB II	- Defenisi - Perbaiki pengetikan (rata kira-kanan) - Patoflowdiagram		
3.	Rabu/ 9 Mei 2018	BAB IV	-Pengkajian -Diagnosa -Perencanaan Keperawatan		
4.	Senin/ 14 Mei 2018	BAB I	ACC BAB I		

5	Selasa/ 22 Mei 2018	BAB VI	- Perbaiki pengetikan - Simpulan - Saran		
6.	Rabu/ 30 Mei 2018	BAB II	- ACC BAB II - Perbaiki patoflowdiagram		
7.	Selasa/ 5 Juni 2018	BAB IV Dan BAB V	- ACC BAB IV - ACC BAB V		