KARYA TULIS ILMIAH

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

DI SUSUN OLEH:

FRANSISKUS LAVINA
E1514401020

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

KARYA TULIS ILMIAH

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

DI SUSUN OLEH:

FRANSISKUS LAVINA
E1514401020

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. "R" DENGAN 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 : Fransiskus Lavina
NIM : E1514401020

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

LEMBARAN PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Senin / 12 juni 2018
Pukul : 13.15 – 14.00 WITA
Tempat : Ruangan A

TIM PENGUJI :

1. Rosmina Situngkir, Ns. M. Kes. (.....)
2. Rosdewi, Skp. MSN. (.....)
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	: Fransiskus Lavina
Tempat tanggal lahir	: Merauke, 18 mei 1995
Jenis kelamin	: Laki – Laki
Agama	: Khatolik
Alamat	: JL. Maipa No. 19

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Christianus Lavina/ Maria
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Merauke, papua

III. Pendidikan Yang Telah Ditempu

SD Xaverius II Merauke	: 2002- 2007
SMP John Yoanes XXIII Merauke	: 2008 - 2010
SMA Negeri II Merauke	: 2011 - 2014
STIK Stella Maris Makassar Program D III	: 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehinnga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah (KTI) dengan judul " Asuhan keperawatan pada Ny. "R" dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang St. Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Selama penyusunan KTI ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehinga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar–besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si,.Ns,.M.Kes selaku Ketua Stik Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis menimbah ilmu di Stik Stella Maris.
2. Dr. Thomas Soeharto., MMR, selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris
3. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku program studi DIII Keperawatan Stik Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing I yang telah meluangkan waktu, memberikan bimbingan dan pengarahan serta masukan kepada penulis dalam penyusunan KTI ini.
4. Wirmando,S.Kep. Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan dalam penyusunan KTI ini.
5. Dosen dan Staf yang banyak memberikan ilmu dan pelayanan selama penulis menempuh pendidikan di Stik Stella Maris Makassar.
6. Kedua orang tua : Christianus dan Maria serta kelima saudaraku Nora, Petrus, Ferdi, Yohanes, dan Nikho yang telah banyak memberikan dukungan baik moril maupun materil.

7. Keluarga Ny. R dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang yekah bersedia memberiakn informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semiua.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL..... i
HALAMAN PERSETUJUAN..... ii
LEMBAR PENGESAHAN..... iii
RIWAYAT HIDUP..... iv
KATA PENGANTAR..... v
DAFTAR ISI..... vii
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 5
C. Manfaat Penulisan..... 5
D. Metode Penulisan..... 6
E. Sistematika Penulisan..... 7
BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 8
A. Konsep Dasar Medik..... 8
1. Pengertian..... 8
2. Klasifikasi..... 8
3. Anantomi Fisiologi..... 10
4. Etiologi..... 12
5. Patofisiologi..... 13
6. Manifestasi klinik..... 14
7. Pemeriksaan Diagnostik..... 16
8. Penatalaksanaan Medik..... 17
9. Komplikasi..... 20
B. Konsep Dasar Keperawatan..... 22
1. Pengkajian..... 22
2. Diagnosa Keperawatan..... 25
3. Perencanaan Keperawatan..... 26
4. Discharge Plannig..... 32
C. Patoflowdiagram..... 33

BAB III TINJAUAN KASUS..... 35
A. Pengkajian..... 36
B. Analisa Data..... 55
C. Diagnosa Keperawatan..... 58
D. Rencana Keperawatan..... 59
E. Pelaksanaan Keperawatan..... 64
F. Evaluasi..... 74
G. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien..... 80
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 88
A. Pengkajian..... 88
B. Diagnosa Keperawatan..... 90
C. Perencanaan Keperawatan..... 92
D. Pelaksanaan Keperawatan..... 93
E. Evaluasi Keperawatan..... 93
BAB V PENUTUP..... 94
A. Kesimpulan..... 94
B. Saran..... 97
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tercatat dari data WHO tahun 2013 merilis jumlah penderita diabetes mellitus (DM) saat ini naik menjadi 422 juta jiwa. *International Diabetes Federation* (IDF) menyebutkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus di dunia adalah 1,9% dan telah menjadikan DM sebagai penyebab kematian urutan ke tujuh di dunia sedangkan tahun 2012 angka kejadian diabetes melitus didunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dimana proporsi kejadian diabetes melitus tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes mellitus. Perkiraan jumlah pasien DM tipe 2 di dunia sebanyak 439 juta jiwa pada tahun 2030 dari total populasi dunia sebanyak 8,4 miliar jiwa (Sicre et al, dalam Rahayu, 2014).

Angka penderita diabetes di indonesia, Menurut *international of diabetik ferdaration* (Idf, 2015) tingkat prefalensi global penderita dm pada tahun 2014 sebanyak 8,3 % dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 387 juta kasus. Indonesia merupakan negara menempati urutan ke 7 dengan penderita DM sejumlah 8,5 juta penderita setelah Cina, India dan Amerika Serikat, Brazil, Rusia, Mexico. *World Health Organization* (WHO) memprediksi adanya peningkatan jumlah penyandang diabetes yang cukup besar pada tahun-tahun mendatang. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) melaporkan pada tahun 2013 terdapat 2,4% kejadian DM di Indonesia. Prevalensi berdasarkan diabetes yang terdiagnosis, tertinggi terdapat di Yogyakarta (2,6%), Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Prevalensi berdasarkan diabetes yang terdiagnosis dokter atau gejala, tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Nusa Tenggara Timur 3,3%. Sulawesi Selatan (3,4%) (Meloh Monika,

2015). Angka kejadian DM menurut data Riskesdas (2013) terjadi peningkatan dari 1,1 % di tahun 2007 meningkat menjadi 2,1 % di tahun 2013 dari keseluruhan penduduk sebanyak 250 juta jiwa. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2012, prevalensi DM tipe 2 pada tahun 2012 adalah sebesar 0,55 %. Prevalensi tertinggi adalah Kota Magelang sebesar 7,93%. Peningkatan prevalensi DM juga terjadi di Kabupaten Banyumas. Mengacu pada data Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas (2012) proporsi diabetes melitus tipe 2 menduduki peringkat ke- 6 dari total penyakit tidak menular di Wilayah Kabupaten Banyumas yakni sebesar 6,91% sedangkan diabetes melitus tipe 1 menduduki peringkat ke-10 yakni sebesar 1,14%. Kasus terbanyak penderita diabetes melitus tipe 2 terbanyak pada wanita dengan jumlah 755 kasus sedangkan pada laki-laki 604 kasus. (Rahayu, 2014). Jumlah penderita DM menurut Riskesdas mengalami peningkatan dari tahun 2007 sampai tahun 2013 sebesar 330.512 penderita (Kemenkes RI 2014 dalam Lathifah, 2017).

Meningkatnya insiden diabetes tipe 2 disebabkan perubahan gaya hidup (pola makan dan tingkat aktivitas) dan masalah obesitas (Sornoza *et al.,* 2011 dalam Febriana, 2014). Mengontrol glukosa darah secara intensif dapat mengurangi mortalitas diabetes dengan mengurangi komplikasi yang muncul (You dan Kim dalam Febriana, 2014). Kepatuhan dalam diit merupakan salah satu faktor untuk menstabilkan kadar gula dalam darah menjadi normal dan mencegah komplikasi. Adapun faktor yang mempengaruhi seseorang tidak patuh terhadap diit diabetes melitus adalah kurangnya pengetahuan terhadap penyakit diabetes melitus, keyakinan, dan kepercayaan terhadap penyakit dibetes melitus (Purwanto dalam Febriana, 2014). Ketidakpatuhan pasien dalam melakukan tatalaksana diabetes akan memberikan dampak negative yang sangat besar meliputi

peningkatan biaya kesehatan dan komplikasi diabetes (Soegondo, 2008 dikutip dari Aini *et al.,* 2011 dalam Febriana, 2014).

Menurut data statistik kota Makassar tahun 2017 jumlah penduduk kota Makassar sebanyak 1.769.920 jiwa sedangkan jumlah penduduk Sulawesi selatan tahun 2018 sebanyak 8771.970 jiwa (badan pusat statistic kota Makassar, 2018). Di kota Makassar, menurut data Dinas Kesehatan Kota Makassar pada tahun 2007 penyakit DM menempati peringkat lima dari sepuluh penyebab utama kematian yaitu sebanyak 65 kasus. Angka kejadian penyakit ini terus mengalami peningkatan yang cukup tajam. Pada tahun 2011 ditemukan sebanyak 5700 kasus dan melonjak pada tahun 2012 sebanyak 7000 kasus (Dinkes Kota Makassar 2012 dalam Haskas, 2017).

Data *Medical Record* (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2015, 2016 dan 2017. Didapatkan total pasien yang dirawat dirumah sakit Stella Maris Makassar dengan diabetes mellitus tipe 2 yaitu, tahun 2015 sebanyak 417 jiwa. Dari jumlah penderita DM tipe 2 lebih banyak terjadi pada perempuan yaitu 228 jiwa dibandingkan dengan laki-laki yaitu 189 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun sebanyak 232 jiwa,usia 65 tahun keatas 147 jiwa, usia 25-44 tahun 38 jiwa, usia 0,6 hari sampai umur 24 tahun tidak ditemukan adanya penderita DM tipe 2. Pada tahun 2016 didapatkan total pasien yang dirawat sebanyak 454 jiwa, dari jumlah penderita lebih banyak terjadi pada perempuan sebanyak 251 jiwa jika dibandingkan dengan laki-laki sebanyak 203 jiwa, Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 sebanyak 260 jiwa, usia 65 tahun keatas sebanyak 167 jiwa, usia 25-44 tahun sebanyak 24 jiwa, usia 15-24 tahun sebanyak 2 jiwa, usia 5-14 tahun sebanyak 1 jiwa, usia 0-6 hari sampai usia 14 tahun tidak ditemukan adanya penderita DM tipe 2. Pada tahun 2017 didapatkan total pasien yang menderita DM tipe 2 sebanyak 480 jiwa. lebih

banyak terjadi pada perempuan sebanyak 273 jiwa sedangkan laki-laki sebanyak 207 jiwa. Ditinjau dari segi umur, yang terbanyak adalah pada usia 45-64 tahun sebanyak 283, usia 65 tahun keatas sebanyak 171 jiwa, usia 25-44 tahun sebanyak 25 jiwa, usia 15-24 sebanyak 0 jiwa, usia 5-14 tahun sebanyak 0 jiwa, usia 1-4 tahun sebanyak 1 jiwa, usia 0-6 hari sampai usia < 1 tahun sebanyak 0 jiwa.

DM tipe 2 adalah salah satu penyakit kronis yang berhubungan dengan peningkatan risiko penurunan kognitif dan demensia. Bila gejala penurunan kognitif dapat dikenali lebih awal maka dapat dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan atau mempertahankan fungsi kognitif agar tak jatuh dalam keadaan demensia. Beberapa faktor utama yang mempengaruhi hubungan antara diabetes melitus dan disfungsi kognitif, antara lain: aterosklerosis, penyakit mikrovaskular, *advanced protein glycation* dan stres oksidatif akibat toksisitas glukosa; dan *insufficient insulin action* sedangkan faktor lain yang mempengaruhi adalah penuaan, genetik dan penyakit penyerta seperti hipertensi, dislipidemia. Gangguan glukosa darah, seperti hiperglikemia dan hipoglikemia menjadi penyebab utama terjadinya gangguan kognitif pada subyek diabetes. Selain hiperglikemia dan hipoglikemia, gangguan insulin seperti resistensi insulin dan insufisiensi insulin, telah terbukti menyebabkan penurunan fungsi kognitif (Meloh Monika, 2015).

Tingginya angka kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 memerlukan perhatian dalam bidang keperawawatan. Dasar inilah yang mencetuskan minat penulis untuk mengangkat judul Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem endokrin Diabetes Mellitus Tipe 2 di ruang Bernadeth 2 B Rumah sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Ruang Perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh gambaran dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 secara komprehensif yang mencakup:

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan DM Tipe II
   b. Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan DM tipe II
   c. Menyusun perencanaan pada pasien dengan DM tipe II
   d. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan DM tipe II
   e. Membuat evaluasi pada pasien dengan DM tipe II

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi institusi/pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

   Dapat digunakan sebagai masukkan bagi tenaga keperawatan serta sebagai bahan bacaan dan sumber informasi dalam pengembangan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II.

3. Bagi pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan menyadari pentingnya pengobatan serta mau berpartisipasi dalam program pengobatan dan mau melakukan perubahan pada pola makan untuk mencegah komplikasi.

4. Penulis

Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Diabetes Mellitus Tipe 2 serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

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

1) Studi kepustakaan

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

2) Studi kasus, terdiri dari

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

a. Observasi

Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Diskusi

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

e. Studi Dokumentasi

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

E. Sistimatika Penulisan

Karya tulis ilmiah tersusun atas lima bab yang terdiri dari Bab I "pendahuluan", bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan. Bab II "tinjauan teoritis", bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan Keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa Keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflow diagram. Bab III, "pengamatan kasus", menguraikan tentang pengkajian. Analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "pembahasan kasus" yaitu bab ini membahas kesenjangan antara tori dan kasus nyata yang ditemukan dilapangan. Bab V "penutup", terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi
   a. Diabetes Melitus (DM) Adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa darah (gula sederhana) didalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat (Irianto,2015)
   b. DM merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah dalam darah atau hiperglikemia (Saferi,2013)
   c. Diabetes melitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula (glukosa) akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relative (Padila,2012)

   Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa DM adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah yang melebihi normal karena kekurangan insulin atau tubuh tidak bisa menggunakan insulin secara adekuat.
2. Klasifikasi Diabetes Melitus
   a. DM tipe I/Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM)

      DM tipe I merupakan defisiensi insulin akibat kekurangan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (Human leucocyte antingen) spesifik predisposisi pada insulitas fenomena autoimun (cenderung ketosis) dan terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak pulau-pulau langerhans dipankreas. Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin. Penderita diabetes melitus tipe I (diabetes yang tergantung kepada insulin) menghasilkan sedikit insulin atau sama sekali tidak

menghasilkan insulin. Penderita diabetes melitus tipe I harus menggunakan suntikkan insulin secara teratur dan menjalankan diet yang ketat. Diabetes melitus sebagian besar dijumpai pada anak-anak dan orang dewasa.

b. Diabetes Melitus tipe II/ Non Insulin Dependent Diabetes melitus (NIDDM)

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

c. Diabetes melitus tipe yang lain

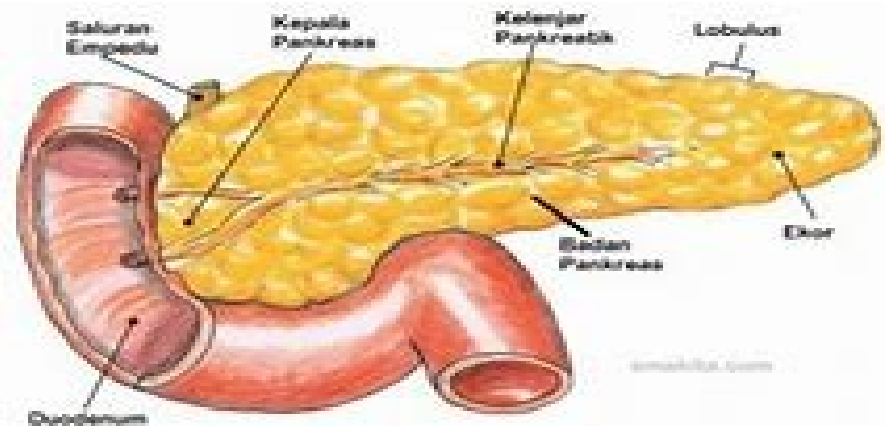
Diabetes tipe yang lain adalah Diabetes melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemia terjadi karena penyakit lain, penyakit pankreas, hormonal obat atau bahan kimia dan sindroma genetik tertentu.

d. Gastrointestinal Diabetes Melitus (GDM)

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

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi pankreas



Gambar.2.1 Penampang Pankreas

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak dibelakang lambung atau di retroperitoneal rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cicin duodenum sampai ke limpa. Panjangnya kira-kira 15 cm dan beratnya 60-90 gram. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta,karena itu disebut pulau-pulau langerhans berisi sel beta yang mengeluarkan hormon insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung lebih kurang 100,000 pulau Langerhans dan tiap pulau berisi 100 sel beta. Disamping itu sel beta ada juga sel alfa yang memproduksi glukagon yang bekerja sebaliknya dari insulin yaitu meningkatkan kadar glukosa darah. Juga ada sel delta yang mengeluarkan somatostatin. Bagian-bagian dari pankreas yaitu :

1) Kaput pankreas yang terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum.
2) Korpus pankreas adalah bagian utama pankreas letaknya di belakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.

3) Ekor pankreas,bagian runcing di sebelah kiri menyentuh limpa.

b. Fisiologi

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

1) Amilase : mengubah karbonhidrat menjadi glukosa
2) Lipase : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak
3) Tripsin : mengubah protein menjadi asam Amino

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

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

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

4. Etiologi

Mekanisme yang tepat menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Faktor-faktor pada Dm tipe II antara lain :

a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun
b. Obesitas
c. Riwayat keluarga
d. Pola hidup
e. Faktor inveksi virus
f. Faktor imunologi
g. Kelompok etnik

5. Patofisiologi

Patofisiolgi Diabetes Melitus menurut Brunner dan Suddarth (2008) adalah sebagai berikut : Pada diabetes melitus tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut terjadinya suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan pada penderita yang toleransi glukosanya terganggu. Keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian jika sel sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin maka kadar glukosa akan meningkat terjadi diabetes tipe II. Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (Konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180) mg 100 Ml). Akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosa ini akan mengakibatkan diuresis osmotic yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potassium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi akibat glukosa yang keluar bersama urin maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta sehingga terjadinya polifagi. Akibat yang lain Astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan berkurangnya atau hilangnya protien tubuh dan juga berkurangnya penggunaan

karbonhidrat untuk energi hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer ini akan memudahkan terjadinya gangren pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa yang normal, atau toleransi glukosa sesudah makan karbonhidrat, jika hiperglikeminya parah dan melebihi ambang ginjal, maka timbul glukosuria. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkat mengeluarkan kemih (poliuria), harus tetimulanya akibatnya pasien maka pasien akan banyak minum dalam jumlah banyak karena glukosa hilang bersama kemih,maka pasien mengalami keseimbangan kalori negatif dan berat badan berkurang, Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) timbul sebagai akibat kekurangan kalori, (Price, 2007)

6. Manifestasi klinis
   a. Gejala dan tanda awal penederita Diabetes Melitus antara lain
      1) Poliuria (banyak kencing)

         Hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urin tetapi jika ditambah tinggi lagi ginjal akan membuang air tambahan untuk mengecerkan sejumlah besar glukosa yang hilang gula itu berisifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

      2) Polidipsia (banyak minum)

         Diawali dengan banyak urin yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkannya yakni dengan banyak minum semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine semakin banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangasangan otak pada penderita dengan adanya rasa haus. Kondisi demikian terjadi karena saat glukosa darah

melebihi batas ambang ginjal maka glukosa yang berlebihan itu akan dikeluarkan melalui urine.

3) Polifagia (banyak makan)

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

4) Adanya penurunan berat badan

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

b. Gejala kronis

1) Gangguan penglihatan

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

2) Gangguan saraf tepi

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

c. Gatal-gatal/bisul

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

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

7. Test Dignostik

Pemerikasaan gula darah terdiri dari :

a. Glukosa darah sewaktu
b. Glukosa darah puasa
c. Test toleransi glukosa
d. Gula darah 2 jam pp

Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes melitus sedikitnya 2 kali pememriksaan :

a. Glukosa plasma sewaktu > 200mg/dl (11.1 mmol/L)
b. Glukosa plasma puasa > 140mg/dl (7.8 mmoIL)
c. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbonhidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dl pada pemeriksaan gula darah postpandrial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode penggambilan darah tepi dan darah vena namun cara yang paling sering digunakan di Rumah sakit pengambilan darah tepi.

a. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

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

b. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

Bertujuan untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb dan untuk menentukan bagaimana menggontrol gula darah selama lebih dari 3 bulan belakangan.

c. Elektrolit

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

d. Urinalisis

Pemeriksaan urine dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula dalam urin.

8. Penatalaksanaan medik

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

a. Non Farmakologi

1) Manajement diet

Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien diabetes melitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas

hidup. Bagi pasien obesitas penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit diabetes melitus standar yang makanan dianjurkan untuk penderita diabetes adalah makanan dengan komposisi :

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

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya sters akut dan kegiatan jasmani jumlah kalori basal/hari :

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

2) Latihan fisik

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

3) Pemantauan kadar gula darah

Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri memungkinkan untuk mendeteksi dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia yang pada akhir akan mengurangi komplikasi diabetik jangka panjang. Pemeriksaan ini sangat dianjurkan bagi pasien dengan penyakit diabetes melitus yang tidak stabil, kecenderungan untuk mengalami ketosis berat,

hiperglikemia dan hipoglikemia tanpa gejala ringan. Beberapa hal yang harus dimonitor secara berkala adalah glukosa darah,glukosa urine, keton darah serta keton urine.

4) Terapi farmakologi

a) Obat-obatan hiperglikemia oral (OHO)

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

(1) Golongan Sulfoniluria

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

(2) Golongan biguanid

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

b) Insulin

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

(1) Yang kerjanya cepat : RI (Reguler Insulin dengan masa kerja 2-4 jam misalnya Actrapid)

(2) Yang kerjanya sedang NPH (Neutral protamin hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya diberikan sesudah makan.

(3) Yang kerjanya lambat PZI (Protamin Zinc Insulin). Digunakan terutama untuk menggendalikan kadar glukosa darah puasa, masa kerjanya 18-20 unit) diberikan sebelum makan pagi. Untuk pasien yang

pertama kali akan mendapat insulin sebaiknya selalu dimulai dengan dosis rendah (8-20 Unit) disesuaikan dengan reduksi urine dan glukosa darah.

5) Pendidkan kesehatan

Pendidkan kesehatan pada pasien Diabetes Melitus diperlukan karena penatalaksanaan Diabetes melitus memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Pasien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak tetapi juga harus memiliki perilaku yang preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang.

9. Komplikasi

a. Komplikasi akut

1) Hipoglikemia adalah suatu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah dibawah nilai normal. Ada 4 macam keadaan hipoglikemia yaitu :

a) Hipoglikemia murni jika kadar glukosa darah kurang dari 50 mg/dl

b) Reaksi hipoglikemia akibat menurunnya kadar glukosa darah secara mendadak

c) Koma hipoglikemia akibat kadar glukosa darah yang sangat rendah

d) Hipoglikemia relative jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan.

2) Koma Hiperrosmoler Non Ketotik (KHNK) DM Tipe II

Gejala dari KHNK adalah dehidrasi yang berat, hipotensi dan menimbulkan shock. Komplikasi ini diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak

sehingga penderita tidak menunjukkan pernapasan yang cepat dan dalam (kusmaul).

Pemeriksaan dilaboratorium menunjukkan kadar glukosa penderita sangat tinggi Ph darah normal, Kadar natrium (Na) tinggi dan tidak ada ketonemia.

3) Koma lakto Assidosis

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

b. Komplikasi kronis Diabetes Melitus

1) Komplikasi spesifik

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

a) Retinopati diabetik (RD), gejalanya penglihatan mendadak buram seperti berkabut. Akibatnya harus sering mengganti kacamata
b) Nefrotik Diabetika (ND), gejalanya ada protein dalam kencing,terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun
c) Neuropati Diabetika (Neu. D), gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar dibagian ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta rasa terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, penglihatan kembar, impotensi sementara,

menggeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat.

d) Diabetik foot (DF) dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (dermatopi diabetik), adanya gelembung berisi cairan dibagian kulit (bullae diabetik) dan kulit mudah terinfeksi.

2) Komplikasi tak spesifik

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

a) Kelainan pembuluh darah besar atau makroangiopati diabetika (Ma. DM). Kelainan ini berupa timbunan zat lemak di dalam dan dibawah pembuluh darah (aterosklerosis)

b) Kekeruhan pada lensa mata (Kataraktalentis)

c) Adanya infeksi seperti infeksi saluran kencing dan tubercolosis (TBC) paru.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

DS : 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.

DO : Kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genetalia dan anus

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

DS : Jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setiap hari, Jenis dan jumlah minuman, nafsu makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis

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

DO : Jumlah intake dan output, pemerikasaan fisik seperti Keadaan rambut, hidrasi kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar pharotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, ikterik, lesi)

c. Pola Eliminasi

DS : Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguri, anuria, disuria, noturia, Rasa nyeri/ terbakar kesulitan berkemih, infeksi inkontinesia, pola BAB, frekuensi, karakteristik, dan warna.

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

d. Pola Aktivitas dan Latihan

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

DO : Postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takpinea pada keadaan istirahat atau beraktivitas, letargi/disorientasi, koma, penurunan kekuatn otot.

e. Pola Istirahat dan Tidur

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

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

f. Pola Persepsi Kognitif

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

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

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

DS : Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri) Kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah finansial yang berhubunga dengan kondisi.

DO : Rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik Meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung prostesa.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

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

DO : Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau Orang lain (Kooperatif).

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

DS : Hubungan penyakit dengan masalah seksualitas. Gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan organisme).

DO : Terapi yang berhubungab dengan reproduksi seksualitas.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap sters

DS : Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap Dirinya, penyesuaian diri terhadap sters.

DO : Ansietas dan peka ransangan

k. Pola Sistem Kepercayaan

DS : Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan

DO : Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko kekurangan volume cairan
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Ketidakcukupan insulin atau penurunan masukkan oral
c. Risiko tinggi infeksi (sepsis)
d. Kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme/sirkulasi
e. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus.
f. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus).

3. Intervensi Keperawatan

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

a. Risiko kekurangan volume cairan

Hasil yang diharapkan : Kebutuhan volume cairan dapat terpenuhi kembali

Intervensi :

1) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah.

R/ Penurunan volume cairan darah (hipovolemik) akibat diaresis osmotik dapat dimanifestasikan oleh hipotensi, takikardi, nadi teraba lemah.

2) Kaji suhu, warna dan kelembaban kulit

R/ Demam dengan kulit kemerahan kering mungkin gambarab dari dehidrasi.

3) Kaji pola napas dan bau napas

R/ Paru-paru mengeluarkan asam karbonhidrat melalui pernapsan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratori.

4) Intake dan output,catat berat jenis urine

R/ Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan ketidakefektifan adrinterapi yang diberikan.

5) Pertahankan intake dan output, catat berat jenis urine

R/ Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan ketidakefektifan dari terapi yang diberikan.

6) Berikan terapi cairan sesuai indikasi

R/ Tipe dan jumlah dari cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan an respon pasien secara individual.

7) Pertahankan untuk memberikan cairan paling kurang 2.500 ml/hari
   R/ Mempertahankan hidrasi atau volume sirkulasi.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral
   Hasi yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali
   Intervensi :
   1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai indikasi
      R/ Mengkaji pemasukka makanan yang adekuat
   2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki
      R/ Menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampun sel untuk menggambil glukosa.
   3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi
      R/ Meningkatkan partisipasi keluarga dan menggontrol masukan nutrisi sesuai dengan kemampuan untuk menarik glukosa dalam sel.
   4) Observasi tanda-tanda hiperglikemia
      R/ Karena metabolisme karbonhidrat mulai terjadi gula akan berkurang dan sementara pasien diberikan insulin maka hipoglikemia dapat terjadi.
   5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick
      R/ Analisa ditempat tidur terhadap gula darah lebih akurat dari pada memantau gula darah dalam urine.
   6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah
      Gula darah akan menurunkan perlahan dengan menggunakan terapi insulin kontrol.

R/ Dengan pemberian dosis optimal, glukosa dapat masuk kedalam sel dan digunakan untuk sumber kalori.

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

R/ Insulen reguler memiliki cepat dan karenanya dapat membatu memindahkan dalam sel.Pemberian melalui intravena merupakan rute pilihan utama karena absorbi dari jaringan utama subkutan mungkin tidak terlalu menentu/sangat lambat.

8) Lakukan konsultasi dengan ahli gizi

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

c. Risiko tinggi infeksi

Hasil yang diharapkan : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital

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

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

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

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

R/ Meminimalkan invasive mikroorganisme.

4) Pertahankan teknik antiseptik dan sirkulasi alat pada prosedur invasive

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

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

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

6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan pemeriksaan laboratorium.

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

   Hasil yang diharapkan : kerusakan integritas berkurang

   Intervensi :

   1) Kaji kondisi luka pada jaringan pasien (terutama area kedua telapak kaki).

      R/ Mengidentifikasi tingkat metabolisme jaringan dan tingkat disentegritas.

   2) Rawat luka tenik steril dan kaji area luka setiap kali mengganti balutan.

      R/ Mencegah peningkatan mikroorganisme akibat kelainan metabolik (glukosa tinggi dan memberikan informasi tentang efektifitas.

   3) Balut luka dengan kasa steril.

      R/ Menjaga kebersihan luka atau meminimalkan kontaminasi silang.

   4) Berikan 15 unit insulin humulan N, SC pada siang hari setelah darah harian diambil.

R/ Mengobati disfungsi metabolik yang mendasari menurunkan hiperglikemia dan meningkatkan penyembuhan.

e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes.

Hasil yang diharapakan : pasien dapat memahami mengenal kondisi dan peneganan mengenai penyakitnya.

Intervensi :

1) Melakukan pemeriksaan gula darah.
   R/ Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus.
2) Jelaskan tentang penyakit dan cara penanganan diabetes melitus
   R/ Pasien dapat mengerti penyakit dan cara penanganan diabetes melitus.
3) Tekan pentinnya 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 makannya.
   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 apa yang terjadi membantu pasien untuk lebih konsisten terhadap perawatan dalam mencegah komplikasi jangka panjang.

f. Keletihan b/d status penyakit (Diabetes melitus)

Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi

Intervensi :

1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatannya di rumah sakit dan penyakit secara keseluruhan.

   R/ Memudahkan cara pemecahan masalah.

2) Kaji bagaimana pasien telah menaganani masalahnya di masa lalu.

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

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

   R/ Meningkatkan perasaan kontrol terhadap situasi

4) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula setiap hari

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

5) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

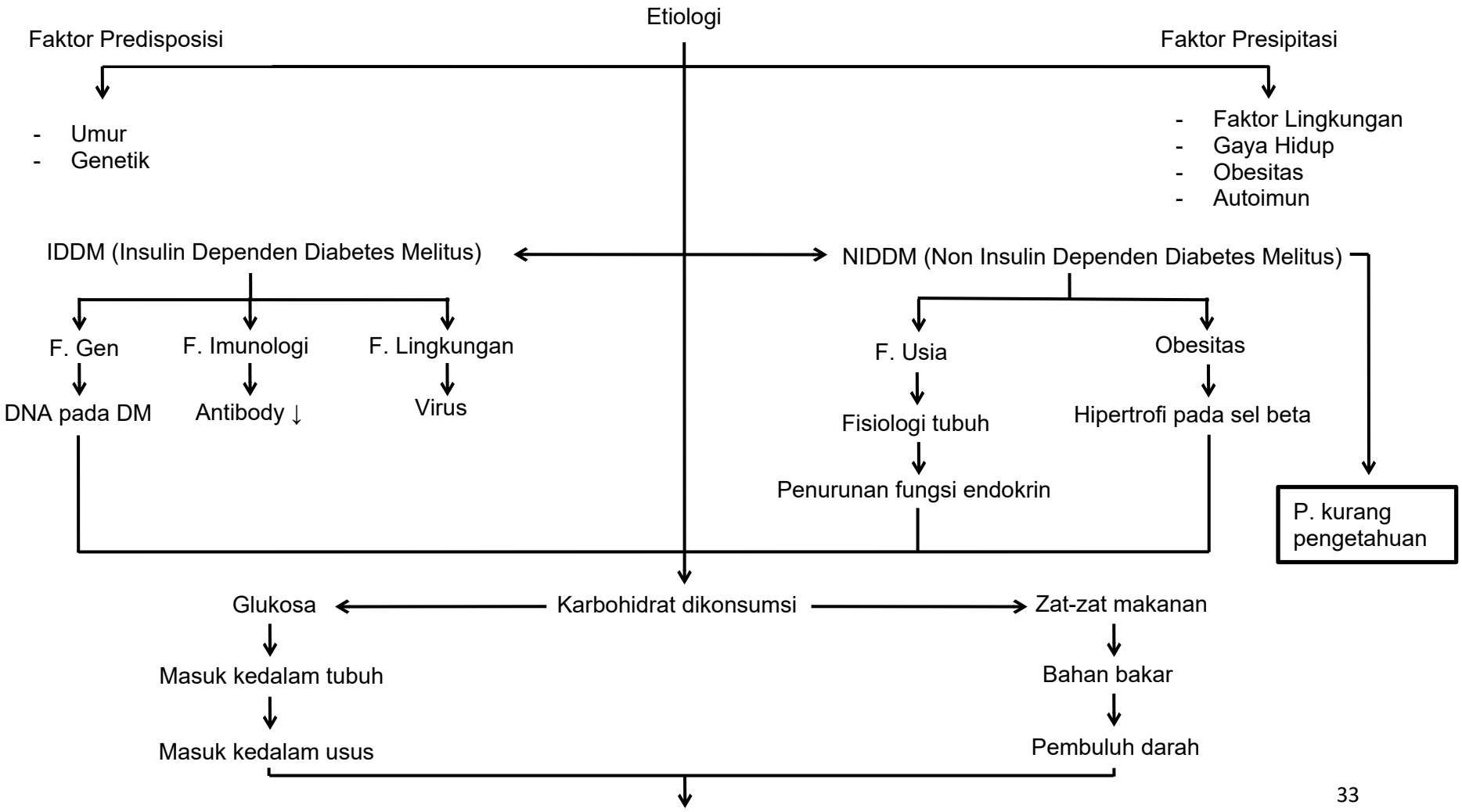
   R/ Mengindikasikan tingkat pemenuhan energi dan tingkat aktivitas

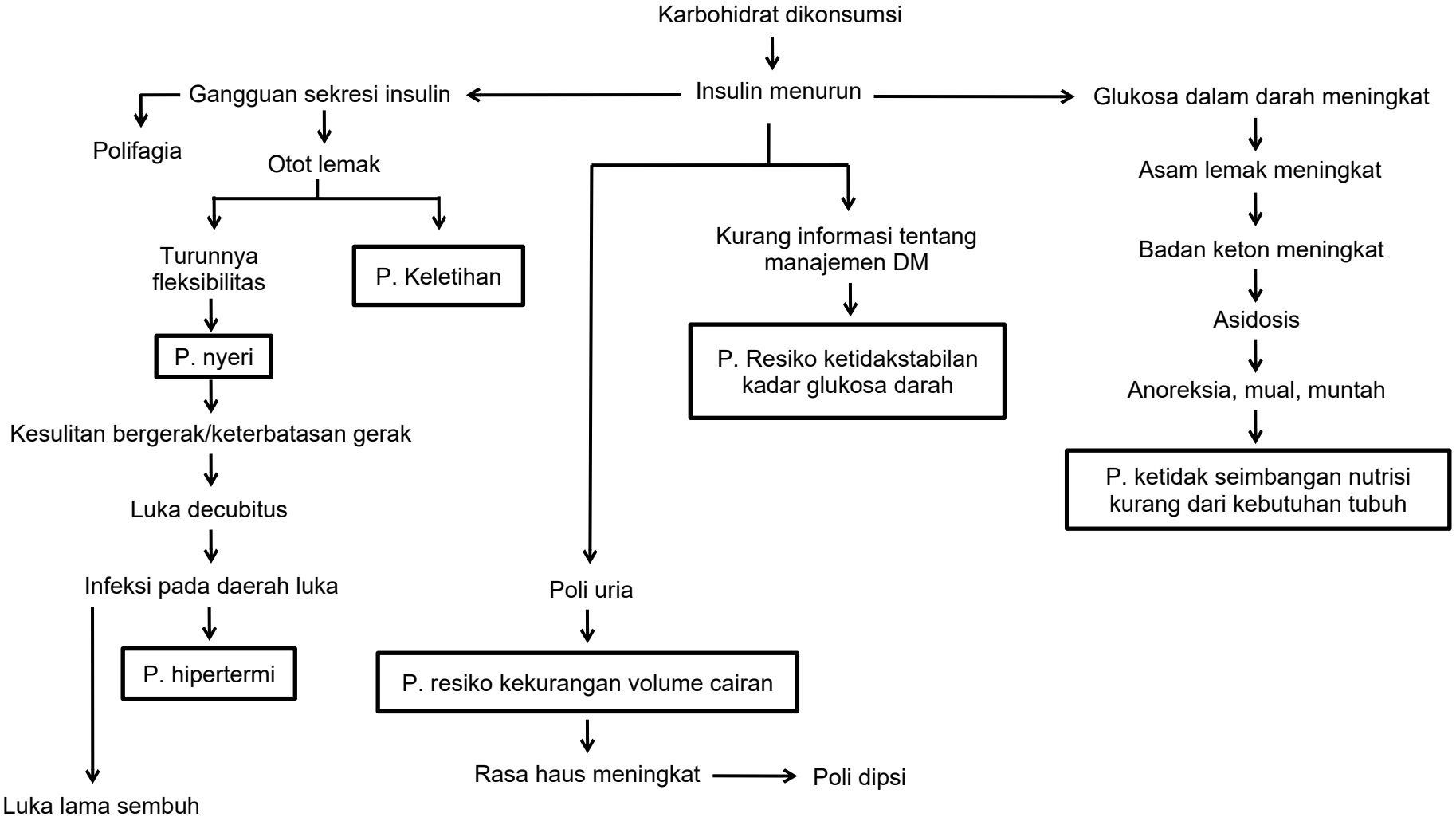
6) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energi yang masuk

   R/ aktivitas yang tidak sesuai dengan jumlah energi dapat meningkatkan kelelahan.

4. *Discharge Planning*
    a. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah gula.
    b. Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuia diet dari dokter
    c. Anjurkan kepada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam mejalani penggobatannya.
    d. Anjurkan untuk menggontrol kadar gula satu kali dalam seminggu
    e. Anjurkan pasien kontrol gula dara ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuia dosis yang ditentukan dan makan obat oral secara teratur.
    f. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seperti jalan pagi atau sore. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan penggontrolan gula terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula dara meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darahnya rendah maka pasien harus mendapatkan karbonhidra tambahan dengan mengkonsumsi makanan kecil seperti roti untuk mencegah hipoglikemia.

C. Patoflowdiagram




Karbohidrat dikonsumsi
Insulin menurun
Gangguan sekresi insulin
Polifagia
Otot lemak
Turunnya fleksibilitas
P. Keletihan
P. nyeri
Kesulitan bergerak/keterbatasan gerak
Luka decubitus
Infeksi pada daerah luka
P. hipertermi
Luka lama sembuh
Kurang informasi tentang manajemen DM
P. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
Glukosa dalam darah meningkat
Asam lemak meningkat
Badan keton meningkat
Asidosis
Anoreksia, mual, muntah
P. ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Poli uria
P. resiko kekurangan volume cairan
Rasa haus meningkat
Poli dipsi

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “R“ masuk Rumah Sakit pada tanggal 19 April 2018, dengan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II dengan keluhan luka di kaki kanan yang tidak kunjung sembuh sejak ± 8 tahun yang lalu mengetahui menderita gula pasien rutin berobat dan minum obat gula secara teratur namun sejak 2 bulan sudah tidak teratur kontrol gula darah dan minum obat gula karena sibuk dengan persiapan umroh kemudian muncul luka lecet pada kaki sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu. Sekitar 3 minggu yang lalu luka semakin membesar dan melepuh disertai nyeri pada luka sehingga pasien memutuskan kerumah sakit.

Saat pengkajian pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit diabetes melitus ± 8 tahun yang lalu disertai nyeri pada luka sejak ± 3 minggu yang lalu. Tampak pasien terpasang infus dengan cairan RL 500 cc 16 tetes/menit. Kesadaran pasien Composmentis dengan tanda tanda vital: TD: 130/90mmhg, N: 84x/menit, S: 36,2ºC, P: 20x/menit. Pada hasil pemeriksaan Laboratorium di dapatkan WBC: 19.5 10^3/ul, HGB: 8.1g/l, HCT: 23.10 % MCV: 78.6 Fl, PDW: 8.6 Fl, P–LCR: 8.1 % dan Hasil: GDS: 360mg/dl. Terapi yang diberikan antara lain: Ketrolac 30mg/8jam/IV, Moxifloxacin 400mg/24jam/IV, Noverapid: 10U – 10U – 10U/SC, Levenir: 0–0–28U/SC, Albumin 25 %/IV, Alprazolam 0,5mg/oral/ekstra, Metrodinazole 500mg /24jam/IV, Asamtraneksamat 500mg/24jam/IV

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

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Fransiskus lavina NIM: E1514401020

Unit : Bernadeth II B Autoanamnese : ✓

Kamar : 712 Bed 1 Alloananmnese : ✓

Tanggal masuk RS : 19 April 2018

Tanggal pengkajian : 21 April 2018

1. Identitas

   a. Pasien

   Nama initial : Ny.”R”

   Umur : 51 tahun

   Jenis kelamin : Perempuan

   Status perkawinan : Menikah

   Jumlah anak : (3)

   Agama/suku : Islam/Buton

   Warga Negara : Indonesia

   Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

   Pendidikan : SMA

   Pekerjaan : PNS

   Alamat rumah : JL.Barombong

   b. Penanggung jawab

   Nama : Ny. “D”

   Umur : 27 tahun

   Alamat : JL.Barombong

   Hubungan dengan pasien : Anak

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : Diabetik foot + Anemia

   Saat pengkajian : DM tipe II

3. Keadaan Umum
   a. Keadaan sakit

      Tampak pasien sakit sedang

      Alasan : Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur dengan posisi semi fowler. Tampak cairan RL 500 cc 16 tetes/menit. Tampak terpasang oksigen nasal kanul 5 L.

   b. Tanda – Tanda Vital
      1) Kesadaran (kualitatif): Compos mentis

         Skala koma glaslow (kuantitatif)

         a) Respon motorik : 6
         b) Respon bicara : 5
         c) Respon membuka mata: 4

            Jumlah : 15

         Kesimpulan: Tidak koma

      2) Tekanan darah : 130/90 mmHg

         MAP: 103,3 mmHg.

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36,2 °C ☐ Oral ☑ axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 20 x/menit

         Irama: ☑ teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

         Jenis : ☐ dada ☑ Perut

      5) Nadi : 84 x/menit

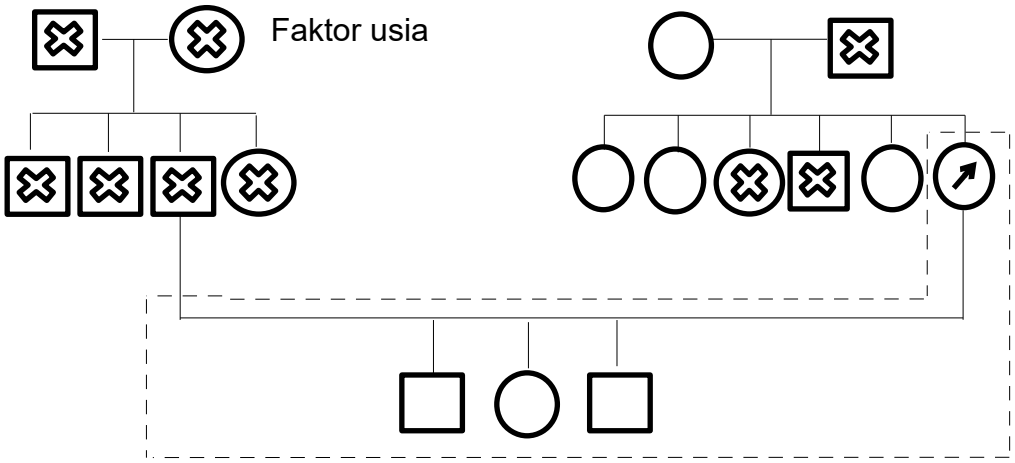
         Irama: ☑ Teratur ☐ Tachikardi ☐ Bradichardi ☐ Kuat ☑ Lemah

c. Pengukuran

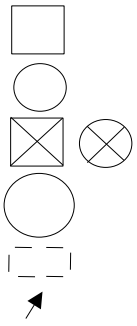
1. Tinggi badan : 167 cm
2. Berat badan : 67 kg
3. IMT : 24,1

Kesimpulan : Berat badan normal

d. Genogram



Keterangan :



: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

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

         Pasien mengatakan kesehatan itu penting. Pasien mengatakan rajin berolahraga dan sering mengkonsumsi vitamin C. Pasien mengatakan tidak merokok dan minum alkohol. Pasien mengatakan jika sakit selalu pergi ke dokter. Pasien juga mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang manis – manis.

         a) Keluhan utama :

            Luka dikaki kanan yang tidak kunjung sembuh

         b) Riwayat keluhan utama:

            Pasien mengatakan mengetahui menderita panyakit gula sejak 8 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sejak mengetahui menderita gula pasien rutin berobat dan minum obat secara teratur namun sejak 2 bulan sudah tidak teratur kontrol gula darah dan minum obat gula karena sibuk dengan persiapan umroh. Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu. Sekitar 3 minggu yang lalu luka semakin membesar dan melepuh sehingga pasien memutuskan kerumah sakit. Saat pengkajian tampak luka pada kaki sebelah kanan, tampak luka berwarna hitam kemerahan dengan ukuran luka 30x2cm dan berbau.

      2) Riwayat penyakit yang pernah dialami

         Pasien mengatakan pernah menderita malaria sewaktu remaja

      3) Riwayat kesehatan keluarga:

         Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada menderita penyakit keturunan

4) 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
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik
   1) Keadaan sebelum sakit

      Pasien mengatakan makan 3x setiap hari dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan. Pasien mengatakan makan, nasi, sayur, telur, daging, dan buah – buahan. Pasien mengatakan sering makan cemilan dan minum susu dikantor. Pasien mengatakan sangat suka makan sayur kelor santan. Pasien mengatakan minum air putih ± 8 gelas/hari. Pasien mengatakan tidak punya minuman kesukaan. Pasien mengatakan berat badannya 90 kg.
   2) Keadaan sejak sakit:

      Pasien mengatakan sejak sakit makan 3x sehari dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan ¼ porsi makanan, dan nafsu makan berkurang. Pasien mengatakan minum 6 – 8 gelas/hari dan hanya minum air putih. Pasien mengatakan masih kadang makan kue yang manis yang dibawah oleh keluarga. Pasien mengatakan merasa mual ketika makan.
   3) Observasi:

      Tampak pasien menghabiskan ¼ makanannya dengan menu makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Tampak pasien makan, kue, roti, dan buah yang dibawah oleh

keluarganya. Tampak diatas meja pasien ada kue, roti, dan buah pepaya, tampak pasien minum 6 – 8 gelas perhari.

4) Pemeriksaan fisik:
   a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan tidak rontok
   b) Hidrasi kulit : Finger print kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/ tidak anemic.
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik.
   e) Hidung : Tampak septum berada di tengah, tampak simetris.
   f) Rongga mulut : Tampak berbau
      Gusi : Tampak tidak ada peradangan.
   g) Gigi : Tampak kuning
      Gigi palsu : Tidak ada
   h) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras.
   i) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan.
   j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.
   k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran.
   l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran.
   m) Abdomen:
      a. Inspeksi : Tampak datar dan tidak ada bayangan vena
      b. Auskultasi : Peristaltik usus 18x/menit.
      c. Palpasi : tidak ada nyeri
      d. Perkusi ☐ : ☐ asites ☐ positif ☐ negatif
   n) Kulit
      a. Edema : ☐ positif ☑ negatif
         ☐ ☑

b. Ikterik : positif negatif
c. Tanda – tanda radang: Tampak tidak ada.
d. Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit.

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 (1.500cc) per 24 jam. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan BAB sekali sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Pasien mengatakan BAK 10x/hari dengan jumlah ± 150cc tiap kali BAK. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB dan BAK.

3) Observasi

Tampak pasien BAK ± 10 kali/24 jam dengan warna kuning

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18 x/menit.
b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.
c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ positif. ☑ Negatif.
d) Mulut uretra tidak dikaji karena pasien menolak.
e) Anus:
- Peradangan : Tidak dikaji karena pasien menolak.
- Hemoroid : Tidak dikaji karena pasien menolak.
- Fistula : Tidak dikaji karena pasien menolak.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan aktivitasnya dirumah memasak dan membersihkan halaman rumah. Pasien mengatakan setiap hari pergi bekerja dikantor. Pasien mengatakan berolahraga dikantor setiap hari jumat. Pasien mengatakan jika libur hanya dirumah saja.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hanya berbaring lemah ditempat tidur saja dan tidak mampu melakukan aktivitas. Pasien mengatakan sebagian aktivitas dibantu oleh keluraga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak aktivitas dibantu oleh keluarga,tampak pasien gelisah.

a) Akitivitas harian :

1) Makan : 0
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar : 2
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi ditempat tidur: 2

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

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada.

e) Fiksasi : Tampak tidak ada.

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada.

4) Pemeriksaan fisik

a) HR : 84x/menit

b) Kulit

Keringat dingin : Pasien tampak berkeringat

Basah : Tampak keringat pada badan pasien

c) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai.

d) Perfusi perifer pembuluh kuku : kembali dalam < 3 detik.

e) Thorax dan pernapasan :

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kana

Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

Sianosis : Tidak ada.

Stridor : Tidak ada

2) Palpasi :

Vocal fremitus : sama kuat dikedua lapang dada

3) Perkusi : [✓] sonor [ ] redup [ ] pekak

Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS 4 linea sternalis dextra

4) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar Vesicular

Suara ucapan : Sama kuat kedua lapang dada

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

f) Jantung

5) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

6) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V midklavikularis sinistra

7) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung : ICS V midclavicularis

Batas kanan jantung : linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : linea midclavicularis sinistra

8) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS II linea sternalis sinistra

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

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

Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS V linea Midclavicularis sinistra

Bunyi jantung II : Tidak terdengar

irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak terdengar.

A. Femoralis : Tidak terdenngar.

g) Lengan dan tungkai

1) Atrofi otot [-] : p[✓]tif negatif

2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak normal

3) Uji kekuatan otot :

Tangan	4	4
Kaki	4	4

4) Refleks fisiologi : biceps (+), triceps (+)

5) Refleks patologi :

Babinski, Kiri : [ ] positif [√] negatif

Kanan : [ ] positif [ ] negatif

6) Clubbing jari-jari : Tampak tidak ada

7) Varises tungkai : Tampak tidak ada

h) Columna vertebralis :

1) Inspeksi : ☐ lordosis ☐ kiposis ☐ skoliosis
2) Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Kaku kuduk : Tampak tidak ada.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur malamnya dari jam 01.00 s/d jam 05.00 pagi. Pasien mengatakan tidur siangnya dari jam 12.00 s/d jam 15.00 dan ketika bangun tidur terasa segar. Pasien mengatakan tidak ada penggantar tidur ketika tertidur pasien langsung tertidur. Pasien mengatakan sering menggunakan kipas angin.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidur siangnya tidak teratur hanya tidur paling lama 2 jam karena pasien terasa nyeri pada lukanya. Pasien mengatakan tidur malamnya tidak teratur karena pasien terasa nyeri pada lukanya.

3) Observasi :

Tampak pasien tidur siang minimal 2 jam saja karena sering terasa nyeri pada lukanya. Tampak pasien tidur malamnya tidak teratur karena sering terasa nyeri pada lukanya.

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

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, dan berjalan, skala nyeri 6 (0-10) dengan durasi 5-10 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 kenyal antara kiri dan kanan

b) Pendengaran :

- Pina : simetris antar kiri dan kanan.
- Kanalis : Tampak ada serumen
- Membran timpani : Tampak utuh dan memantulkan dan memantulkan cahaya

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan merasa bersyukur atas kesehatannya. Pasien mengatakan sangat senang karena bisa membantu suaminya untuk menafkahi keluarganya.

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. Pasien mengatakan merasa tidak berdaya lagi karena tidak bisa menafkahi keluarganya.

Pasien mengatakan jika lukanya tidak bisa sembuh pasien rela untuk diamputasi kakinya.

3) Observasi :

a) Kontak mata :Tampak kontak mata penuh
Pasien melihat perawat berbicara

b) Rentang perhatian :Tampak perhatian penuh.

c) Suara dan cara bicara :Tampak suara jelas saat bicara.

d) Postur tubuh : Tampak tegap

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan mempunyai keluarga yang besar. Pasien mengatakan keluarga mereka terdiri dari ayah ibu serta anak-anak. Pasien mengatakan peranya didalam keluarga sebagai ibu keluarga. Pasien mengatakan perannya dalam masyarakat sebagai ketua RT. Pasien mengatakan merasa senang karena bisa dipilih menjadi ketua RT.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan perasaan keluarga khawatir dengan penyakit yang dialami oleh ibu mereka. Pasien mengatakan sering terjadi konflik dengan suaminya namun dapat diselesaikan dengan baik. Pasien mengatakan tidak ada gangguan peran sebagai orang tua.

3) Observasi :

Tampak pasien berbicara dengan normal. Tampak pasien berinteraksi baik dengan keluarga dan masyarakat.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan usianya sudah mencapai 51 tahun. Pasien mengatakan mulai menstruasi sejak kelas satu SMA. Pasien mengatakan periode menstruasi terakhirnya ketika melahirkan anak ke-3. Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsinya sejak melahirkan anak ke-3. Pasien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi IUD dan tidak ada masalah dengan penggunaan alat kontrasepsinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sudah tidak menggunakan alat kontrasepsi IUD. Pasien juga mengatakan sudah menapause dan tidak ada keluhan dengan pola reproduksi

3) Observasi :

Tampak pasien tidak ada perilaku menyimpang dengan jenis kelaminnya

4) Pemeriksaan fisik :

Tampak tidak masalah dengan fisiknya.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sering suka marah-marah karena anaknya yang suka melawan dan keras kepala. Pasien mengatakan dapat mengatasi masalahnya dengan cara memasak didapur. Pasien mengatakan sering marah-marah dengan suaminya karena suaminya suka cemburu kepadanya tetapi mereka saling memaafkan seperti biasanya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa ada gangguan terhadap lingkungan yang baru karena pasien tidak pernah berobat diluar daerah. Pasien mengatakan mampu bertahan dalam menjalani perawatan.

3) Observasi :

Tampak pasien santai dan tidak terlalu berpikir

Tampak pasien selalu menarik napas dalam

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan beragama islam. Pasien mengatakan rajin sholat di masjid dan biasa ikut pengajian

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit jarang sholat di masjid dan jarang mengikuti kegiatan agama lagi

3) Observasi :

Tampak tidak ada Al-Qur’an di samping pasien

5. UJI SARAF CRANIAL
    a. NI Olfactorius

       Tampak pasien dapat mencium aroma minyak kayu putih
    b. N II Optikus

       Tampak pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 6 cm
    c. N III Oculomotorius

       Tampak pasien dapat mengerakkan bola mata keatas dan kebawah
    d. N IV Trochlearis

       Tampak pasien dapat menggerakkan bola mata kearah berlawanan kekiri atas dan kekanan bawah begitupun sebaliknya
    e. N VI Abduscens

       Tampak adanya pembesaran pupil, reflex cahaya dan pergerakan bola mata kesegala arah
    f. N V Trigeminus

       Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan goresan kapas pada dahi pipi, dan dagu. Respon motorik tampak pasien mampu menggigit.
    g. N VII Fascialis

       Fungsi motoric tampak pasien dapat mengangkat alis, mencucurkan bibir, mengkerutkan dahi, tersenyum dan meringis. Respon sensorik tampak pasien dapat merasakan manis dan pahit dari bahan gula dan kopi
    h. N VIII

       Vestibulo : tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri

Acustikus: Tampak pasien dapat mendengarkan gesekan jari perawat pada kedua telinga pasien

i. N IX Glossopharyngeus

Tampak uvula berada ditengah

j. N X Vagus

Tampak pasien mampu menelan

k. N XI Accessorius

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kekiri dan kekanan serta gerakan kepala

l. NXII Hypoglossus

Tampak pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus, tampak lidah mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Darah rutin (20 April 2018)

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
Wbc	19.5	+	10^3/UL	4.8 -10.8
Rbc	2.9	-	10^6/UL	14 -18
Hgb	8.1	-	9/L	14 -18
Hct	23.10	-	%	42 -52
Mcv	78.6	-	FL	80 -99
Mch	27.6		Pg	27 -31
Mchc	35		g/dl	33 -37
Plt	823	+	10^3/UL	150 -450
Rdw – cv	15.1	+	%	11,5 -14,5
Pdw	8.6	-	FL	9 -13
Mpv	7.3		FL	7,2 -11,1
P – Lcr	8.1	-	%	15 -25
Neut %	86.6	+	%	40 -74
Lym %	10.8	-	%	19-48
Mxd	2.6	-	%	4 -18
Neut #	16.9	+	10^3/UL	1,5 -7
Lym #	2.1		10^3/UL	1 -3,7
Mxd #	0.5		10^3/UL	0 -1,2

b. Albumin (20 April 2018)

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
Albumin	2.39	3.5 -5	g/dl	L

c. Kimia darah (20 April 2018)

Test/ jenis pemeriksaan kimia darah	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Elektrolit, natrium, kalium, chlorida			
Natrium	129*	136 -145	mmol
Kalium	5 -3*	3.4 -4.5	mmol
Chlorida	92*	100 - 108	mmol

d. Creatinine

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
Creatinine	1.3	< 1.1	Mg/dl	L

e. Pemeriksaan Gula Darah

1) Tanggal 19 April 2018 : GDS 98 mg/dl
2) Tanggal 20 April 2018 : GDS 153 mg/dl
3) Tanggal 21 April 2018 : GDS 200 mg/dl

7. Therapy
   a. Ketorolac 30 mg/8 jam/IV
   b. Moxiflixacin 400 mg/24 jam/IV
   c. Novorapid 10 – 10 – 10 unit/ SC
   d. Levenir 0 – 0 – 28 unit/SC
   e. Albumin 25 %/IV/1 kali pemberian
   f. Alprazolam 0,5 mg / oral/ ekstra
   g. Metrodinazole 500 mg/24 jam/IV
   h. Asam traneksamat 500 mg/ 24 jam/ IV

B. Analisa Data

Nama/Umur : Ny.” R “/51 Tahun

Unit/Kamar : Bernadeth II B / 712

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS : - Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit diabetes melitus ± 8 tahun yang lalu - Pasien mengatakan sejak 2 bulan yang lalu sudah tidak teratur kontrol gula darahnya - Pasien mengatakan sejak ± 2 bulan yang lalu sudah jarang suntik obat gula - Pasien mengatakan masih sering makan yang manis DO : - Tampak sakit sedang - Tampak pasien makan kue, roti, dan buah – buahan yang dibawa oleh keluarga	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

	- Hasil GDS pasien - Tgl 19 : GDS 98mg/dl - Tgl 20 : GDS 153mg/dl - Tgl 21 : GDS 200mg/dl		
2.	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki sebelah kanan dirasakan sejak ± 3 minggu yang lalu - Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk – tusuk hilang timbul berlangsung 5 – 10 menit - Pasien mengatakan nyerinya berada pada skala 6 - Pasien mengatakan nyerinya memberat apabila bergerak dan berjalan - Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan DO : - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka hitam kemerah merahan dengan ukuran luka	Agen cedera biologis	Nyeri akut

3.	30x2cm dan berbau - Tampak wajah meringis - TD : 130/90mmhg DS : - Pasien mengatakan menderita gula sejak ± 8 tahun yang lalu - Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki sebelah kanan sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu - Pasien mengatakan ± 3 minggu yang lalu luka tersebut semakin membesar dan melepuh DO : - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka berwarna hitam kemerahan - Tampak luka berukuran 30x2cm dan berbau	Gangguan metabolisme	Kerusakan integritas kulit

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny. “ R “/ 51 Tahun

Ruangan / Kamar : Bernadeth II B / 712

No DP	Diagnosa
I	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencanan manajemen diabetes
II	Nyeri akut b/d agens cedera biologis
III	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

D. Intervensi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. “R” / 51 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 712

NO	Diagnosa Keperawatan	*Nursing Outcomes Clasification* (NOC) / Hasil yang diharapkan	*Nursing Intervention Clasification* (NIC) Rencana, Tindakan, mandiri, Observasi, Penyuluhan, Kolaborasi.
1	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit diabetes melitus sejak ± 8 tahun yang lalu - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa pasien dapat teratasi dengan Kriteria hasil : 1. Prilaku patuh : Diet yang disarankan - Pasien mampu memantau glukosa darah dipertahankan pada skala 3	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. 1. Monitor Tanda – tanda Vital - Monitor TD, N,S, P 2. Manajemen hiperglikemia - Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi - Berikan insulin resep 3. Pengajaran - Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang di

	sejak ± 2 bulan yang lalu sudah tidak teratur kontrol gula darahnya - Pasien mengatakan sejak ± 2 bulan yang lalu sudah jarang suntik obat gula - Pasien mengatakan masih sering makan yang mainis DO : - Tampak sakit sedang - Tampak pasien makan kue, roti, dan buah – buahan yang dibawa oleh keluarga - Hasil GDS : Pasien - Tgl : 19 : 98mg/dl - Tgl : 20 : 153mg/dl	ditingkatkan ke skala 4 2. Manajemen diri : Diabetes - Pasien mampu memantau glukosa darah diperahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang meunujukkan 3. Kadang – kadang menuujukan 4. Sering menunjukkan 5. Sering konsisten menunjukkan	pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan

	- Tgl : 21 : 200mg/dl		
2	Nyeri akut b/d agen cedera biologis, ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki sebelah kanan dirasakan sejak ± 3 minggu yang lalu - Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul berlangsung 5 – 10 menit - Pasien mengatakan nyerinya berada pada skala 6 - Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapakan pasien mampu mampu 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 penggurangan (nyeri) tanpa analgetik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4	1. Monitor Tanda – tanda Vital - Monitor TD, N, S, P 2. Pemberian analgetik - Berikan analgetik 3. Manajemen nyeri - Lakukan pengkajian Komprehensif - Berikan teknik distraksi 4. Terapi relaksasi - Ciptakan lingkungan yang tenang - Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman - Tunjukkan praktikan relaksasi pada klien

	DO : - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka hitam kemerah – merahan dengan ukuran luka 30x2cm dan berbau - Tampak wajah meringis - TD : 130/90mmhg	Keterangan : 1. Tidak pernah Menunujukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang – kadang menunjukkan 4. Sering menunjukan 5. Secara konsisten menunjukkan	
3	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme, ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan menderita gula sejak ± 8 tahun yang lalu - Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki sebelah kanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan mencapai penyembuhan luka dengan kriteria hasil: 1. Penyembuhan luka sekunder - Peradangan luka dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan	1. Monitor Tanda – tanda Vital - Monitor TD, N, S, P 2. Perawatan luka - Monitor karakteritik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau - Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat. - Ajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari

	sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu - Pasien mengatakan luka tersebut semakin membesar dan melepuh DO : - Tampak luka pada kaki sebelah kanan - Tampak luka berwarna hitam kemerahan - Tampak luka berukuran 30x2cm dan berbau	ke skala 3 - Lubang pada luka dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1. Sangat besar 2. Besar 3. Sedang 4. Terbatas 5. Tidak ada	infeksi - Berikan terapi antibiotik yang sesuai

E. Implementasi Keperawatan

Nama / Umur : Ny. “ R “/51 Tahun
Ruang / Kamar : BII B / 712

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama Perawat
22/04/18	II	08 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30 mg/IV	Perawat/ Frans
	II	08 :20	Menunjukkan praktik relaksasi pada klien Hasil : perawat mempraktikkan teknik tarik nafas dalam, tampak klien mengikuti perawat	Frans
	I	09 :00	Menginstruksi pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil : Perawat menginstruksikan untuk menghindari makanan yang manis manis. Tampak klien belum mengikuti instruksi perawat.	Perawat/ Frans
	III	09 :30	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil : perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan obat betadine dan menggunakan kasa steril tampak luka di balut dengan menggunakan kasa steril	Perawat/ Frans
	I,II,III	10:00	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 130/90mmhg N : 84x/menit S : 36,2ºC P : 20x/menit	Frans
	I	11 :00	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 dengan	Frans

			16 tetes/menit	
	II	11 :30	Mendorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman Hasil : tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	Frans
	I	11 :55	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Novorapid 10 unit/subcutan	Perawat/ Frans
	III	12 :00	Mendorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman Hasil : tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Frans
	II	13 :00	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil : Pasien mengatakan nyaman tidur dengan kondisi yang tidak ribut	Frans
	III	15 :00	Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi Hasil : memberitahukan kepada pasien dan keluarga agar dapat menjaga lukanya tetap kering dan tidak boleh basah	Nuni
	I,II,III	15 :50	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 110/60mmhg N : 82x/menit S : 36ºC P : 22x/menit	Nuni
	II	16 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30mg/IV	Nuni

	II	18 :00	Memberikan teknik distraksi Hasil : tampak klien memikirkan yang lain sehigga klien tidak memikirkan sakitnya	Perawat/ Nuni
	I	22 :00	Memberikan terapi insulin sesuai resep Hasil : Levenir 28 unit/SC	Perawat/ Ester
23/04/18	II	00 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30mg/IV	Perawat/ Ester
	I,II,III	05 :30	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 120/70mmhg N : 83x/menit S : 36,2ºC P : 20x/menit	Ester
	II	06 :00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil : Pasien mengatakan masih nyeri pada luka di kaki, nyeri seperti tertusuk tusuk, hilang timbul, berlangsung selama 5 – 10 menit dan nyeri berada pada skala 6 (0-10) . Tampak K.U lemah dan tampak ekspresi wajah masih meringis.	Perawat/ Ester
	III	06 :20	Memonitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau Hasil : Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan dan tidak kunjung sembuh. Tampak luka diabetic pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar dan berwarna hitam kemerah – merahan dengan ukuran 30x2 cm, dan berbau menyengat.	Perawat/ Ester
	I	06 :30	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : Pasien mengatakan gula darahnya belum stabil, pasien	Perawat/ Ester

			juga mengatakan masih makan makanan yang manis yang dibawah oleh keluarga dan belum mengikuti istruksi perawat dan dokter. Tampak pasien masih makan roti dan kue yang manis. Hasil GDS 360 mg/dl	
23/04/18	II	08 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketorolac 30mg/IV	Perawat/ Ani
	III	08 :05	Memberikan terapi obat yang sesuai Hasil : Asam traneksamat 500mg/IV	Perawat/ Ani
	III	09 :15	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana cara menghindari infeksi Hasil : Pasien mengatakan mengerti dengan instruksi perawat	Ani
	III	09 :30	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil : Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9%. Tampak perawat memberikan obat betadine dengan menggunakan kasa steril. Tampak luka dibalut dengan menggunakan kasa steril	Perawat/ Ani
	I,II,III	10 :00	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 110/60mmhg N : 84x/menit S : 36,5ºC P : 20x/menit	Perawat/ Ani
	I	11 :15	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 dengan 16 tetes/menit	Perawat/ Ani

	I	11 :56	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Noverapid 10 unit/subcutan	Perawat/ Ani
	III	12 :20	Mendorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman Hasil : tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler	Perawat/ Ani
	II	13:10	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil : tampak pasien tertidur nyenyak dengan lingkungan yang tenang	Perawat/ Ani
	II	15 :00	Menunjukkan praktikkan relaksasi pada klien Hasil : perawat mempraktikkan teknik tarik nafas dalam dan tampak klien dapat mengikuti gerakkan perawat	Frans
	I	15 :25	Menginstruksi pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil : perawat menginstruksikan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang manis dan tampak klien mulai mengurangi makan yang manis manis	Frans
	I,II,III	15 :50	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 110/60mmhg N : 82x/menit S : 36ºC P : 22x/menit	Frans
	II	16 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30mg/IV	Perawat/ Frans
	III	16 :10	Memberikan terapi obat dan	Perawat/

			antibiotik yang sesuai Hasil : Albumin 25 % 1/IV Metrodinazole 500 mg/IV	Frans
	II	19:10	Memberikan teknik distraksi Hasil : Pasien merasa nyaman jika diajak berbincang-bincang dengan perawat	Frans
	III	22 :00	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil : Alprazolam 0,5mg/oral Moxifloxacin 400mg/IV	Perawat/ Selmi
24 April 2018	II	00 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30mg/IV	Perawat/ Selmi
	I,II,III	05 :50	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 110/60mmhg N : 83x/menit S : 36,2ºC P : 20x/menit	Selmi
	II	06 :00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada daerah luka, nyeri seperti tertusuk tusuk, hilang timbul dengan durasi 2-3 menit dan skala nyeri berada pada skala 5 (0-10). Tampak K.U lemah dan tampak ekpresi wajah masih meringis ketika nyeri muncul	Perawat/ Selmi
	III	06 :15	Memonitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau Hasil : Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh. Tampak masih ada luka diabetik pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar, tampak luka masih berwarna hitam kemerah merahan, tampak	Perawat/ Selmi

			banyak jaringan yang nekrosis, ukuran luka 30x2 cm dan masih berbau menyegat.	
		06 :35	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : Pasien mengatakan gula darah masih belum stabil. Pasien juga mengatakan sudah mulai mengurangi makan yang manis. Tampak pasien sudah mulai mengurangi mengkonsumsi makanan yang manis. Hasil GDS 187mg/dl	Perawat/ Selmi
24 April 2018	II	08 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketrolac 30mg/IV	Perawat/ Devi
	III	08 :10	Memberikan terapi obat yang sesuai Hasil : Asam traneksamat 500mg/IV	Perawat/ Devi
	II	09 :00	Menunjukkan praktikkan relaksasi pada klien Hasil : Perawat mempraktikkan teknik tarik nafas dalam tampak klien dapat menggunakan teknik tarik nafas dalam	Perawat/ Devi
	III	09 :30	Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil : Perawat membersihkan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% Tampak perawat memberikan obat betadine dengan menggunakan kasa steril tampak luka dibalut dengan menggunakan kasa steril	Perawat/ Devi
	I,II,III	09 :50	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 120/70mmhg N : 82x/menit S : 36ºC	Devi

			P : 22x/menit	
	I	11 :10	Mendorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman Hasil : tampak pasien tertidur dengan posisi semifowler	Perawat/ Devi
	III	12 :00	Mengganti cairan infus Hasil : Cairan RL 500 dengan 16 tetes/menit	Devi
	II	13 :10	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil : tampak pasien tertidur nyenyak	Devi
	III	15 :00	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana cara menghindari infeksi Hasil : tampak pasien selalu menjaga kebersihan luka agar luka tetap kering	Perawat/ Ester
	I,II,III	15 :55	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 120/70mmhg N : 82x/menit S : 36ºC P : 22x/menit	Ester
	II	16 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketorolac 30mg/IV	Perawat/ Ester
	II	19 :00	Memberikan teknik distraksi Hasil : tampak klien memikirkan yang lain sehigga klien tidak memikirkan sakitnya	Ester
	I	21 :30	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang di	Perawat/ Frans

			pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil : Perawat menginstruksikan untuk tidak makan yang manis. Tampak klien tidak lagi mengkonsumsi makanan yang manis yang dibawa oleh keluarga dan hanya tetapi mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit	
	III	22 :00	Memberikan terapi obat dan antibiotik yang sesuai Hasil : Alprazolam 0,5mg/oral Moxifloxacin 400mg/IV	Perawat/ Frans
	II	23 :10	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil : tampak klien tertidur dengan suasana yang tenang	Perawat/ Frans
25/04/2018	II	00 :00	Memberikan analgetik Hasil : Ketorolac 30mg/IV	Perawat/ Frans
	I,II,III	05 :50	Memonitor tanda tanda vital Hasil : TD : 120/70mmhg N : 83x/menit S : 36,2ºC P : 20x/menit	Frans
	II	06 :00	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Hasil : Pasien mengatakan nyeri nyeri sudah mulai berkurang, dengan skala 3 (0-10), rasanya masih seperti tertusuk tusuk berlangsung 1- 2 menit dan hilang timbul. Tampak K.U lemah dan tampak ekpresi wajah masih kadang meringis terutama bila nyeri muncul	Perawat/ Frans
	III	06 :20	Memonitor karakteristik luka	Perawat/

			termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau Hasil : Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh sehingga rencana akan dilakukan tindakan amputasi. Tampak masih luka diabetic pada kaki kanan, tampak luka semakin membesar dan tidak sembuh, tampak luka masih berwarna hitam kemerah merahan dan banyak jaringan nekrotik dengan ukuran luka 30x2cm dan sangat berbau menyengat	Frans
	I	06 :30	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : Pasien mengatakan gula darah sudah dalam batas normal. Pasien mengatakan sudah tidak makan makanan yang manis yang dibawah oleh keluarga dan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Pasien mengatakan sudah mengikuti instruksi dokter dan perawat. Tampak pasien tidak makan makanan yang manis lagi dan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Hasil GDS 80 mg/dl.	Perawat/ Frans

F. Evaluasi Keperawatan

Nama /Umur : Ny. “ R “ /51 tahun
Ruagan/ Kamar : BII B/712

Tanggal	Evalusi S O A P	Nama perawat
23 April 2018	**DP I** Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes DS : - Pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil - Pasien mengatakan masih mengkonsumsi makanan yang manis dan belum mengikuti instruksi dokter dan perawat DO : - Tampak pasien masih makan kue dan roti - GDS : 360mg/dl A : Belum menunjukkan kestabilan gula darah P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran **DP II** Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S : - Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka di kaki kanan - Pasien mengatakan nyeri masih seperti tertusuk tusuk, hilang timbul dan berlangsung selama 5-10 menit - Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 6 (0-10) DO - Tampak KU lemah - Tampak ekspresi wajah masih meringis A : Pasien belum menunjukkan pengontrolan nyeri	Fransiskus Lavina

	P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Pemberian analgetik - Manajemen nyeri - Terapi relaksasi **DP III** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme DS : - Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan - Pasien mengatakan luka belum kunjung sembuh. DO : - Tampak luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar - Tampak luka masih berwarna hitam kemerah–merahan dengan ukuran 30x2 cm - Luka berbau menyengat. A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Perawatan luka	
24 April 2018	**DP I** Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes DS : - Pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil - Pasien mengatakan mulai mengurangi mengkonsumsi makanan yang manis DO : - Tampak pasien mulai mengurangi	Fransiskus Lavina

	mengkonsumsi makanan yang manis - GDS : 180 mg/dl A : Gula darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran **DP II** Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S : - Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka di kaki kanan - Pasien mengatakan nyeri masih seperti tertusuk tusuk, hilang timbul dan berlangsung selama 5-10 menit - Pasien mengatakan nyeri berada pada skala 5 (0-10) DO - Tampak KU lemah - Tampak ekspresi wajah masih meringis A : Pasien belum menunjukkan pengontrolan nyeri P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Pemberian analgetik - Manajemen nyeri - Terapi relaksasi **DP III** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme DS : - Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan - Pasien mengatakan luka belum kunjung	

	sembuh. DO : - Tampak luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar - Tampak terdapat banyak jaringan nekrotik - Tampak luka masih berwarna hitam kemerah–merahan dengan ukuran 30x2 cm - Luka masih berbau menyengat. A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Perawatan luka	
25 April 2018	**DP I** Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes DS : - Pasien mengatakan gula darah sudah dalam batas normal. - Pasien mengatakan sudah tidak makan makanan yang manis yang dibawah oleh keluarga dan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. - Pasien mengatakan sudah mengikuti instruksi dokter dan perawat. DO : - Tampak pasien tidak makan makanan yang manis lagi dan - Tampak pasien hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. - Hasil GDS 80 mg/dl. A : Gula darah mulai stabil	Fransiskus lavina

	P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran **DP II** Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. DS : - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, dengan skala 3 (0-10), - Pasien mengatakan rasanya masih seperti tertusuk tusuk berlangsung 1- 2 menit dan hilang timbul. DO : - Tampak K.U lemah - Tampak ekpresi wajah masih kadang meringis terutama bila nyeri muncul A : Pasien mulai menunjukkan pengontrolan nyeri P: Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Pemberian analgetik - Manajemen nyeri - Terapi relaksasi **DP III** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme DS : - Pasien mengatakan masih luka pada kaki kanan dan belum kunjung sembuh sehingga rencana akan dilakukan tindakan amputasi. DO : - Tampak masih luka diabetic pada kaki kanan - Tampak luka semakin membesar dan tidak	

	sembuh - Tampak luka masih berwarna hitam kemerah merahan - Tampak banyak jaringan nekrotik dengan ukuran luka 30x2cm dan sangat berbau menyegat A : Belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Perawatan luka	

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny"M" masuk Rumah Sakit pada tanggal 26 Maret 2017, dengan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II dengan keluhan mual muntah sebanyak sejak 2 hari yang lalu disertai nyeri ulu hati dan merasa badan lemas. Saat tidak ada perubahan, keluarga lalu membawa pasien berobat ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Saat pengkajian pasien mengatakan mual dan muntah sebanyak 2 kali, nyeri ulu hati dan badan terasa lemas, penglihatan kabur dan terjadi penurunan berat badan ± 15 kg selama pasien menderita penyakit DM. Tampak pasien terpasang infus dengan cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Kesadaran pasien komposmentis dengan tanda-tanda vital, TD : 120/80 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36°C, P : 20 x/menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC:12.0 10^3/uL, HBG:12.5 g/dL, HCT:37.80 %, MCV: 78.8 fL, PDW:15.5 fL, P-LCR:32.8 % dan hasil GDS : 528 mg/dl. Terapi yang diberikan antara lain : lantus : 0-0-10 unit, nevorapid : 8U-8U-6U, sucralfat / ulsidex 500mg /oral /8 jam, sotatik 10 mg / IV / 8 jam, omeprazole 40 mg/oral/8 jam.

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan pemantauan glukosa darah tidak adekuat, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi dan diagnosa ketiga yaitu Keletihan berhubungan dengan status penyakit.

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny"M" masuk Rumah Sakit pada tanggal 26 Maret 2017, dengan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II dengan keluhan mual muntah sebanyak sejak 2 hari yang lalu disertai nyeri ulu hati dan merasa badan lemas. Saat tidak ada perubahan, keluarga lalu membawa pasien berobat ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Saat pengkajian pasien mengatakan mual dan muntah sebanyak 2 kali, nyeri ulu hati dan badan terasa lemas, penglihatan kabur dan terjadi penurunan berat badan ± 15 kg selama pasien menderita penyakit DM. Tampak pasien terpasang infus dengan cairan RL 500 cc 20 tetes/menit. Kesadaran pasien komposmentis dengan tanda-tanda vital, TD : 120/80 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36°C, P : 20 x/menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan WBC:12.0 10^3/uL, HBG:12.5 g/dL, HCT:37.80 %, MCV: 78.8 fL, PDW:15.5 fL, P-LCR:32.8 % dan hasil GDS : 528 mg/dl. Terapi yang diberikan antara lain : lantus : 0-0-10 unit, nevorapid : 8U-8U-6U, sucralfat / ulsidex 500mg /oral /8 jam, sotatik 10 mg / IV / 8 jam, omeprazole 40 mg/oral/8 jam.

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan pemantauan glukosa darah tidak adekuat, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi dan diagnosa ketiga yaitu Keletihan berhubungan dengan status penyakit.

G. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Nama obat : Novorapid
   a) Klasifikasi/ golongan obat : Antidabetika : Parenteral
   b) Dosis umum : 24 unit/kg/BB/hari
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 U-8 U-6 U (Pagi, siang, dan malam)
   d) Cara pemberian obat : Subcutan
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :
      Merupakan insulin reaksi cepat yang akan langsung bekerja 5-15 menit setelah masuk kedalam tubuh penderita. Memilki tingkat reaksi maksimal selama 30-90 menit dan pengaruhnya akan segera menghilang 3-5 jam kemudian.
   f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan, pasien mengalami hiperglikemia
   g) Kontraindikasi : Hipoglikemia
   h) Efek samping obat : Hipoglikemia dan edema

2. Nama obat : Ketrolac
   a) Golongan obat : Nonsteroid anti inflamatory drug
   b) Dosis umum :
      Im : Pasien kurang dari 65 tahun : 1 dosis 60mg
      Iv : Pasien < 65 tahun 30 mg
      Oral : 10mg 4x sehari
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 jam Iv
   d) Cara pemberian obat : melalui iv
   e) Mekanisme kerja obat :
      Ketrolac bekerja dengan memblock produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini dapat mengurangi bengkak, nyeri, atau demam
   f) Alasan diberikan obat : Pasien mengeluh nyeri perut
   g) Kontraindikasi :

Hipersensitivitas terhadap obat

h) Efek samping obat :

Nyeri dada, cemas, sesak, BAB hitam, batuk darah, demam, sakit tenggorokkan, sakit kepala

3. Nama obat : Moxifloxacin / 24 jam/IV
   a) Klasifikasi/ golongan obat : antibiotik kuinolon
   b) Dosis umum 400 mg/ oral atau iv setiap 24 jam selama 5 hari
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 400 mg/ 24 jam
   d) Cara pemberian obat : intravena
   e) Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Bekerja dengan cara menghambat dua tipe enzim II topoisomerase yaitu DNA Gyrase dan topoisomerase IV. topoisomerase IV memerlukan DNA terpisah yang telah direplikasi sebelum pembelahan sel bakteri. Dengan DNA yang tidak dipisahkan, proses terhenti dan bakteri tidak bisa membagi. Sedangkan DNA gyrase bertanggungjawab untuk supercoil DNA sehingga akan cocok di dalam sel yang baru terbentuk. kombinasi dari dua mekanisme di atas akan membunuh bakteri sehingga moksifloksasina (moxifloxacin) digolongkan sebagai bakterisida.
   f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : pasien mengalami luka diabetik
   g) Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap obat Insomnia, Kegelisahan
   h) Efek samping obat :

      Penglihatan kabur, mata berair, mata nyeri/ kering/ kemerahan/ gatal dapat terjadi.

4. Nama obat : Levemir

a) Golongan obat :
b) Dosis umum : 10 Unit (atau 0,1-0,2 Unit/kg) sekali sehari pada malam hari atau dibagi menjadi dua kali sehari.
c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0 – 0 – 28
d) Cara pemberian obat : melalui subkutan
e) Mekanisme kerja obat :
   Obat ini dapat menggantikan fungsi insulin yang diproduksi dalam tubuh. Obat ini beraksi lebih lama dari insulin asli, menjaga kadar insulin tetap rendah dan stabil. Obat ini bekerja dengan membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel sehingga tubuh dapat menggunakannya sebagai energi.
f) Alasan diberikan obat : pasien menderita Dm tipe 2
g) Kontraindikasi :
   Hipersensitivitas terhadap obat
h) Efek samping obat :
   1) gatal, bengkak, atau kemerahan pada area penyuntikkan Insulin Detemir
   2) bengkak pada tangan atau kaki
   3) rendah kalium (kebingungan, denyut jantung tidak merata, rasa haus yang ekstrim, peningkatan intensitas buang air kecil, rasa tidak nyaman pada kaki, kelemahan otot atau lemas)

5. Nama obat : Albumin 25 % 1 botol
   a) Golongan obat :
   b) Dosis umum :
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
   d) Cara pemberian obat : melalui iv

e) Mekanisme kerja obat : Memberikan tekanan onkotik koloid, yang memobilisasi cairan dari jaringan eksravaskuler kembali ke ruang intravaskuler
f) Alasan diberikan obat :
g) Kontraindikasi : Kontraindiksaikan pada reaksi alergi terhadap albumin, anemia berat, gagal jantung kongestif, volume intravaskuler normal atau meningkat.Gunakan secara hati – hati pada penyakit hati atau ginjal, dehidrasi % perlu mendapatkan tambahan cairan
   Hipersensitivitas terhadap obat
h) Efek samping obat :
   Urtikaria, demam,haus, meningkatnya tekanan darah, mual dan muntah

6. Nama obat : Asam traneksamat
   a) Golongan obat : anti-fibrinolytics.
   b) Dosis umum :
      Tablet oral: Minum 1-1,5 atau 15-25 mg/kg 2-3 kali sehari
      Suntikan intravena: 0.5-1 gr atau 10mg/kg 3 kali sehari atau 25-50 mg/kg dalam per harinya dalam cairan infus kontinyu
   c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8 jam/oral
   d) Cara pemberian obat : melalui oral
   e) Mekanisme kerja obat : Asam traneksamat adalah obat untuk mencegah dan mengurangi pendarahan akibat pencabutan gigi. Obat ini juga digunakan untuk jangka pendek pada orang dengan jenis gangguan pendarahan hemofilia, untuk mengendalikan pendarahan saat operasi atau cedera, saat mimisan, atau saat menstruasi. Asam traneksamat bekerja dengan membantu darah menggumpal dengan normal untuk mencegah dan menghentikan perdarahan yang lama.

f) Alasan diberikan obat : pasien mengalami luka diabetik

g) Kontraindikasi :

Hipersensitivitas terhadap obat

h) Efek samping obat :

1) Mual, muntah-muntah, diare Masalah penglihatan (termasuk warna)
2) Lemah tiba-tiba, khususnya di salah satu bagian tubuh
3) Tiba-tiba sakit kepala berat, bingung, masalah dengan penglihatan, bicara, atau keseimbangan
4) Sakit dada, batuk tiba-tiba bersin-bersin, nafas cepat, batuk berdarah
5) Kedua kaki atau salah satunya nyeri, bengkak, hangat, atau kemerahan
6) Kejang
7) Sulit atau sakit buang air kecil
8) Urin berdarah
9) Merasa ingin pingsan

7. Nama obat : Alprazolam

a) Golongan obat : benzodiazepin

b) Dosis umum :

Alprazolam digunakan untuk mengobati kecemasan dan gangguan panik. Obat ini termasuk dalam kelas obat yang disebut benzodiazepin yang bekerja pada otak dan saraf (sistem saraf pusat) untuk menghasilkan efek menenangkan. Obat ini bekerja dengan meningkatkan efek dari zat kimia alami tertentu dalam tubuh (GABA).

c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 0,5mg/ 1tablet ekstra/ oral

d) Cara pemberian obat : melalui oral

e) Mekanisme kerja obat :

Alprazolam digunakan untuk mengobati kecemasan dan gangguan panik. Obat ini termasuk dalam kelas obat yang disebut benzodiazepin yang bekerja pada otak dan saraf (sistem saraf pusat) untuk menghasilkan efek menenangkan. Obat ini bekerja dengan meningkatkan efek dari zat kimia alami tertentu dalam tubuh (GABA).

f) Alasan diberikan obat : pasien megeluh takut dengan keadaannya sekarang
g) Kontraindikasi :
   Hipersensitivitas terhadap obat
h) Efek samping obat :
   1) Perasaan depresi, pikiran bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, perilaku berisiko yang tidak biasa, berkurangnya pantangan, tidak takut bahaya
   2) Kebingungan, hiperaktif, agitasi, permusuhan, halusinasi
   3) Merasa seperti Anda akan pingsan
   4) Kencing lebih sedikit dari biasanya atau tidak sama sekali
   5) Nyeri dada, jantung berdebar, atau rasa berkibar di dada
   6) Gerakan otot yang tidak terkendali, tremor, kejang
   7) Penyakit kuning (kulit atau mata)

8. Nama obat : Metrodinazole
   a) Golongan obat : nitroimidazoles.
   b) Dosis umum :
      1) Infus loading: 500 mg dalam 100 ml (sediaan 5mg/ml) dengan kecepatan 5ml/menit tiap 8 jam. Atau, 15 mg/kgBB IV dalam 1 jam, dilanjutkan 7.5 mg/kgBB dalam 1 jam, diulang tiap 6 jam. Substitusi ke sediaan oral secepatnya.
      2) Dosis maksimal: 4 gr/hari

3) Oral
4) Dosis awal 800 mg, dilanjutkan 400 mg tiap 8 jam. Atau, 7.5 mg/kgBB tiap 6-8 jam. Dosis maksimal: 4 gr/hari

c) Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1/ oral
d) Cara pemberian obat : melalui oral
e) Mekanisme kerja obat :

Metronidazole adalah antibiotik untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri. Obat ini tergolong dalam kelas antibiotik yang dikenal dengan nitroimidazoles. Cara kerja metronidazole adalah dengan menghentikan pertumbuhan bakteri dan protozoa.

f) Alasan diberikan obat : pasien mengalami luka diabetik
g) Kontraindikasi :

Hipersensitivitas terhadap obat

h) Efek samping obat :
   1) Sensasi panas atau menyengat ketika mengaplikasikan obat
   2) Kebas atau rasa kesemutan pada tangan atau kaki
   3) Batuk, hidung tersumbat, sakit tenggorokan, gejala demam
   4) Vagina terasa gatal, atau keputihan
   5) Sakit kepala
   6) Kulit kering atau gatal
   7) Mual
   8) Terasa logam pada mulut Anda

BAB IV
PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien dalam menetapkan asuhan keperawatan pada Ny “R” dengan masalah gangguan sistem endokrin Diabetes Melitus tipe II di ruang perawatan Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 22 – 24 april 2017 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

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

Pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit gula sejak 8 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sejak mengetahui menderita gula pasien rutin berobat dan minum obat secara teratur. Pasien mengatakan sejak 2 bulan yang lalu sudah tidak teratur kontrol gula darah dan minum obat gula karena sibuk dengan persiapan umroh. Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu, Observasi tanda – tanda vital TD : 130/90mmHg Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,2ºC, Pernapasan : 20x/menit. Palpebra tampak cekung, turgor kulit tidak elastis, terdapat jaringan nekrotik pada kaki yang udem Ukuran ± 30x2cm dimana teraba hangat dan lembek apabila dipalpasi Pemeriksaan Laboratorium WBC = 19.5(10^3/UL) RBC = 2.9(10^6/UL) ALBUMIN = 2.39 g/dl. KIMIA DARAH = Natrium 129*mmol, Kalium 5 -3*mmol, Chlorida 92*mmol. HEMOGLOBIN = 6.8 g/dl, HEMATOKRIT = 28.7 %, TROMBOSIT = 618 10^3/µL. CREATININE = 1.3 Mg/dl.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada Diabetes Melitus, yaitu poliuria, polidipsi, polifagia.

Kelemahan tubuh peningkatan infeksi, kulit gatal – gatal, atau bisul, kesemutan, rasa basa, luka atau bisul yang tidak sembuh – sembuh dan mata kabur.

Pada dasarnya tanda dan gejala pada tinjauan teori sama dengan kasus nyata namun tidak semuanya sama. Kulit gatal tidak dirasakan oleh pasien, namun luka yang tidak sembuh – sembuh terjadi pada kaki sebelah kanan sebelum pasien dibawa ke rumah sakit. Mata kabur tidak ditemukan karena pasien belum mengalami kompilkasi retinopati diabetik, dan pemberian pengobatan yang cepat terutama pemberian insulin. Kesemutan sudah terjadi sesuai ungkapan pasien, dan hal ini juga dibuktikan oleh adanya udem pada kaki kanan kemungkinan terjadi tanpa disadari akibat terjadinya kerusakan saraf perifer mengakibatkan penurunan rangsangan nyeri. Pemeriksaan diagnostik yang terdapat dalam tinjauan teoritis yaitu pemeriksaan gula darah sewaktu, gula darah puasa, gula darah 2 jam post prandial, TTGO, serum, natrium, kalium, ureum, kreatinin, BUN, glukosa dan protein urin, keton, PH dan PCO2.

Pada tinjauan kasus pemeriksaan diagnostik yang didapatkan yaitu gula darah sewaktu sebanyak 6 kali, dan kreatinin. Pasien tidak dilakukan pemeriksaan gula darah puasa, gula darah 2 jam post prandial, karena pada umumnya pemeriksaan ini dilakukan untuk mendiagnosis secara tepat dan pasti penderita diabetes melitus, namun data telah menunjukkan bahwa 8 tahun yang lalu, serta tanda dan gejala yang dialami oleh pasien mendukung ditegakkannya diagnosa ini.

Pemeriksaan glukosa urin tidak dilakukan karena umumnya pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang tidak dilakukan pemeriksaan gula darah. Di dalam tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari diabetes melitus tipe II yaitu faktor usia, obesitas dan pola hidup berdasarkan pengkajian penulis menemukan bahwa penyebab penyakit DM tipe II pada Ny. R adalah pola makan dan

faktor usia dimana pasien sering makan makanan yang mengandung gula, pola makan pasien yang selama ini tidak mengenal diet, disertai dengan faktor predisposisi pasien memilki riwayat gula sejak 8 tahun yang lalu. Obesitas bukan merupakan penyebab dari penyakit pasien karena pasien mengatakan selama ini berat badan pasien normal.

B. Diagnosa keperawatan

Di dalam tinjauan teoritis ada 6 diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Risiko kekurangan volume cairan b/d diuresis osmotik (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin dan penurunan masukkan oral (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)
3. Risiko infeksi (sepsis) b/d kadar glukosa tinggi (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)
4. Keletihan b/d status penyakit (Diabetes melitus) (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)
5. kerusakan integritas jaringan b/d gangguan metabolisme/sirkulasi. (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)
6. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus. (DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA)

Pada kasus nyata yang didapatkan penulis selama menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. R terdapat 3 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan mengetahui menderita penyakit diabetes melitus ± 8 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sejak 2 bulan yang lalu sudah tidak teratur kontrol gula darahnya. Pasien mengatakan sejak ± 2 bulan yang lalu

sudah jarang suntik obat gula. Pasien mengatakan masih sering makan yang manis tampak hasil GDS pasien tidak stabil hari pertama GDS : 98mg/dl hari kedua GDS : 153mg/dl hari ketiga GDS : 360mg/dl hari keempat GDS : 200mg/dl hari kelima GDS : 187mg/dl hari keenam 80mg/dl.

2. Nyeri akut b/d agen cedera biologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengalami nyeri pada luka diabetic pada kaki sebelah kanan sejak ± 3 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien menagatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul, dengan skala nyeri 6 (skala sedang), tampak pasien meringis kesakitan, observasi TTV, TD : 130/90mmhg, S : 36,2ºC, N : 84x/menit, P : 20x/menit
3. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan Pasien mengatakan menderita gula sejak ± 8 tahun yang lalu. Pasien mengatakan muncul luka lecet pada kaki sebelah kanan sejak ± 4 bulan yang lalu akibat gesekan sepatu. Pasien mengatakan ± 3 minggu luka tersebut semakin membesar dan melepuh luka berwarna hitam kemerahan dan berbau, keadaan umum pasien tampak sakit sedang, tampak luka pada kaki sebelah kanan, tampak luka berukuran 30x2cm dan berbau, GDS 360mg/DI.

Dari 6 diagnosa keperawatan yang terdapat pada tinjauan teori ada 5 diagnosa yang tidak diangkat yaitu :

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

   Alasan : IMT = 24,1 kg (berat badan normal), pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan diselingi kue, roti, dan buah pasien tidak mengeluh mual muntah.

2. Resiko infeksi (sepsis) b/d kadar glukosa tinggi

   Alasan : ketika masalah kerusakan integritas kulit sudah teratasi maka tidak ada terjadi infeksi

3. Resiko kekurangan volume cairan b/d diuresis osmotik

   Alasan : pasien mengatakan tidak ada masalah dengan cairan karena pasien merasa baik baik saja, pasien tidak mengalami poli uria.

4. Hipertermi b/d penyakit

   Alasan : pasien mengatakan tidak mengalami demam, pasien mengatakan tidak merasa pusing, pasien mengatakan suhu badanya normal kulit teraba dingin, WBC : 19,5 10^3/UL, S : 36,2ºC

5. Keletihan b/d status penyakit

   Alasan : pasien tidak mengalami rasa lelah karena pasien tidak terlalu banyak melakukan aktivitas yang membuat pasien merasa lelah.

C. Perencanaan keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapakan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perumusan perencanaan keperawatan disesuaikan kepustakaan yang meliputi tujuan, intervensi, rasional, dengan menggunakan format rencana keperawatan yang ditentukan. Perumusan suatu intervensi keperawatan disusun sesuai dengan prioritas tinjuan teoritis. Pada rencana tindakan, intervensi yang disusun mencakup tindakan keperawatan, indakan observatif, penyuluhan dan tindakan kolaborasi. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

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

Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi. Berikan insulin sesuai resep. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan. Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.

2. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

   Lakukan pengkajian nyeri komprehensif lokasi, karakteristik, awitan, dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. Berikan pemberian analgetik. Terapi relaksasi : ciptakan lingkungan yang tenang dorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman, tunjukkan praktikan relaksasi pada klien. Monitor tanda tanda vital.

3. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Monitor karakteristik luka termasuk drainase warna ukuran dan bau. Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi. Berikan terapi antibiotik yang sesuai. Monitor tanda – tanda vital.

D. Implementasi

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

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan kasus pada pasien Ny. R dengan penyakit Diabetes Melitus Tipe II di ruang perawatan Bernadetha IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar,maka penulis kesimpulan sebagai berikut.

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny. “R” ditemukan data – data Ny. “R” umur 51 tahun jenis kelamin perempuan masuk dengan keluhan nyeri luka diabetik pada kaki sebelah kanan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk tusuk, pasien menunjukkan skala nyeri sedang (skala 6), dengan durasi 5 – 10 menit. Pasien mengeluh ada luka diabetik pada kaki sebelah kanan yang semakin membesar dan berwarna hitam kemerahan dan berbau ukuran 30x2cm. GDS : 360mg/dl.
2. Dari hasil pengkajian yang didapat dari Ny. “R” maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :
   a. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang pengetahuan pada rencana manajemen diabetes
   b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
   c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme
3. Intervensi yang tersusun untuk mengatasi masalah keperawatan
   a. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Intervensi : Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi. Berikan insulin sesuia resep. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.

b. pengkajian nyeri komprehensif lokasi, karakteristik, awitan, dan durasi, frekuensi, intensitas, atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. Berikan pemberian analgetik. Terapi relaksasi : ciptakan lingkungan yang tenang dorong klien untuk menggambil posisi yang nyaman tunjukkan praktikan relaksasi pada klien. Monitor tanda – tanda vital : TD, N,S, P

c. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme. Intervensi monitor karakteristik luka termasuk drainse, 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. Monitor tanda – tanda vital.

4. Implementasi keperawatan

a. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes Implementasi yaitu : Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi. Memberikan insulin sesuai resep. Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan. Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang pantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.

b. Nyeri akut berhubngan agen cedera biologis

Melakukan pengkajian nyeri komprehensif lokasi, karakteristik, awitan, dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri dan faktor presipitasinya. Memberikan pemberian analgetik. Menciptakan lingkungan ynag tenang. Mendororng klien untuk menggambil posisi yang nyaman. Menunjujkkan praktikan rellaksasi pada klien. Memonitor tanda – tanda vtal : TD, N, S, P.

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme

Memonitor karakteristik luka termasuk drainase warna ukuran dan bau. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka dengan tepat. Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi. Memberikan terapi antibiotik yang sesuia. Memonitor tanda tanda vital : TD, N, S, P.

Dari intervensi keperawatan yang penulis susun, semua dapat diimplementasikan sesuai dengan rencana tindakan yang ada, hal ini dikarenakan penulis melibatkan keluarga pasien serta sesama perawat dan didukung dengan waktu yang cukup, fasilitas yang memadai.

5. Evaluasi keperawatan

a. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, setelah 3 hari mengimplementasikan renaca keperawatan yang ada, masalah ini belum teratasi, dimana kadar glukosa darah tidak stabil masih menunjukkan GDSnya belum dalam batas normal

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, setelah 3 hari mengimplementaskan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi, nyeri yang dirasakan pasien masih pada skala sedang (skala 6), dengan durasi 5 – 10 menit seperti tertusuk – tusuk.

c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan metabolisme. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan masalah ini belum teratasi karena luka semakin membesar dan berwarna hitam kemerahan dan berbau ukuran luka 30x2cm keadaan umum pasien tampak sakit

sedang GDS 360mg/dl belum menunjukkan proses penyembuhan luka.

B. Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan menghasilkan lulusan mahasiswa/I yang berkualitas agar kedepan menjadi perawat berprofesional bagi masyarakat.

2. Bagi Rumah Sakit

   Diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada sistem endokrin DM, hendaknya menggunakan pedoman perawatan DM sesuai standar dan perkembangan ilmu pengetahuan

3. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien dan keluarga untuk memperhatikan program pengobatan DM antara lain menjaga pola makan dan berolahraga.

4. Bagi Mahasiswa

   Diharapkan untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga sehingga memudahkan dalam proses pelaksanaan keperawatan guna menggambil tindakan yang tepat untuk meningkatkan kesehatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Sudarth. (2015*). Diagnosa Keperawatan Edisi 10.* Jakarta: EGC

Bulechek, GM., dkk. (2013). *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia: Mocomedia

Febriana, R. (2014*). Hubungan Kepatuhan DII T Dengan Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II DI Rawat Inap RSUD Sukoharjo.* https://eprints.ums.ac.id/28060/17/NASKAH_PUBLIKASI.pdf*. Diakses Pada 11 Mei 2018*

Haskas, Y. (2017*). Determinan Perilaku Penggendalian Diabetes Melitus DI Wilayah Kota Makassar.* https://jurnal.csdforum.com/index.php/*GHS/article /view/85. Diakses Pada 11 Mei 2018*

Irianto. (2015). *Memahami Berbagai Penyakit.* Bandung : Alfabeta

Lathifah, NL. (2017). *Hubugan Durasi PenyakIt Dan Kadar Gula Darah Dengan Keluhan Subjektif Penderita Diabetes Melitus.* https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/download/4781/3893*. Diakses Pada 11 Mei 2018*

_____ *.The Relationship Between Duration Disease And Glucose Blood Related to Subjektif Compliance in Diabetes Melitus.* https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/4781*. Diakses Pada 11 Mei 2018*

Margaretha. (2016). *Diagnosa Keperawatan Edisi 10. Jakarta: EGC*

Meloh, ML. (2015). *Hubungan Kadar Gula Darah Tidak Terkontrol Dan Lama Menderita Diabetes Melitus Dengan Fungsi Kognitif Pada Subjektif Diabetes Melitus Tipe II.* https://ejournal

.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/6837*. Diakses Pada 11 Mei 2018*

Moorhead, S., dkk. (2013). *Nursing outcomes Classification.* Edisi Kelima. Indonesia: Mocomedia

Padila. (2012). *Cara Alami Mencegah Dan Mengobati Diabetes. Surabaya Stomata*

Price (2013). *Diabetes Melitus Dan Penatalaksanaan Keperawatan.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Rahayu, E. (2014). *Pengaruh Program Diabetes Self Manajement Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe II DI Wilayah Puskesmas II Baturraden. http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/611. Diakses Pada 11 Mei 2018*

Rendy. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2.* Yogyakarta: Nuha Medika

Safar. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan*

Seroja (2013*). Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: TIM

Tarwoto. (2012). *Buku Saku Diagnosa keperawatan Edisi 9,* jakarta: EGC Medikal Publisher

LEMBARAN KONSUL

Nama : FRANSISKUS LAVINA

NIM : E.15.1440.1020

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “ R “ DENGAN DM TIPE II DI DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B

Pembimbing 2 : WIRMANDO, S. Kep. Ns

NO.	TGL	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.		Bab III	- Konsul pengkajian - Perbaikan pengkajian - Penggunaan tanda baca - Perbaikan analisa - Perbaikan diagnosa Keperawatan - Perbaikan implementasi dan evaluasi	
2.		Bab III	- Perbaikan pengetikan - Lengkapi data pada pengkajian - Perbaikan tanda baca - Perbaikan implementasi dan evaluasi	
3.		Bab I	- Perbaikan kalimat - Penggunaan tanda baca - Lengkapi kalimat	
4.		Bab II	- Perhatikan tanda baca - Perbaikan pengetikkan	
5.		Bab IV	- Buat Bab IV kesenjangan antara teori dan kasus harus secara detail	

			- Diagnosa keperawatan harus sesuai dengan kasus - Lengkapi kalimat - Perhatikan tanda baca	
6.		Bab II	- Patoflow di perbaiki - Lengkapi data pada patoflow	
7.		Bab V Bab I,II,III, IV,V	- Buat kesimpulan dan saran lebih ke kasus Diabetes melitus - Lengkapi kalimat - ACC	