KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. ”H” DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

NUNI TANDI A.
E1514401036

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh :

Nama mahasiswa : Nuni Tandi A.
NIM : E1514401036

Disetujui oleh :

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

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Senin, 11 Juni 2018
Pukul : 13.15 – 14.00 WITA
Tempat : Ruang C kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Serlina Sandi, S. Kep., Ns.,M.Kes (.....)
2. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN (.....)
3. Wirmando, S.Kep.,Ns (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Nuni Tandi A.
Tempat/Tanggal Lahir	: Kawasule, 10 Juli 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jl. Lamadukelleng no. 8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Marthen/Yodhi Roge
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Karyawan/IRT
Alamat	: Jl. Camp security no. 29

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 235 PONGKERU	: 2003-2009
SMP NEGERI 4 MALILI	: 2009-2012
SMA NEGERI 1 MALILI	: 2012-2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis IImiah ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "H" DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG BERNADETH IIB STELLA MARIS MAKASSAR ".

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

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

   Terima kasih atas bimbingan, petunjuk, ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soeharto MMR, selalu direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di ruang perawatan Bernadeth II.B
3. Mery Solon Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris
4. Asrijal Bakri, Ns., M. Kes selaku dosen pembimbing I dan Wirmando , S. Kep,Ns selaku dosen pembimbing II yang dengan penuh kesabaran serta pengertian dalam membimbing, mengarahkan, dan membantu dalam penulisan Karya Tulis IImiah ini
5. Kepala bagian, klinik Institusi (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penulisan Karya Tulis IImiah ini.

6. Bapak dan Ibu dosen pengajar beserta staff yang telah mendidik dan membekali penulis dalam pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang dengan sabar serta bijaksana, selama penulis mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris.
7. Ny ”H” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam pelaksanaan Askep hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Buat keluarga besar : ayah, ibu, kakak, adik, serta tante yang telah menjadi pendukung terbesar bagi penulis baik dalam moril maupun material dan yang selalu mendoakan penulis selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Seluruh rekan – rekan seperjuangan mahasiswa/i STIK Stella Maris khususnya kelas DIII tingkat 3 yang telah menjadi sahabat-sahabat terbaik bagi penulis dan bersama-sama dengan penulis berjuang selama masa - masa perkuliahan.
10. Teristimewa kepada orang terdekat Alberto jaya vrehendrik sitorus yang sudah banyak memberi dukungan baik moril maupun material yang selalu memberikan bantuan dan memberikan nasehat-nasehat.

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

Makassar, Mei 2017

Penulis

Nuni Tandi A.

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Urinalis.....
53
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium…….. 54
Tabel 3.3 Analisa Data…… 55
Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan..... 59
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan..... 60
Tabel 3.6 Pelaksanaan
Keperawatan..... 66
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan..... 87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penampang pankreas…… 7

Gambar 3.1 Genogram…… 38

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	**Hal**
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN……	i
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN……	ii
RIWAYAT HIDUP……	iii
KATA PENGANTAR……...	iv
DAFTAR TABEL……..	vi
DAFTAR GAMBAR……	vii
DAFTAR ISI……..	viii
BAB I PENDAHULUAN……..	1
A. Latar Belakang…….	1
B. Tujuan Penulisan…….	3
C. Manfaat Penulisan……...	3
D. Metode Penulisan……	4
E. Sistematika Penulisan…….	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS……	**6**
A. Konsep Dasar Medis……...	6
1. Definisi…….....	6
2. Klasifikasi diabetes melitus…….	6
3. Anatomi dan fisiologi……	7
4. Etiologi……	10
5. Patofisiologi……...	11
6. Manifestasi Klinis……..	13
7. Pemeriksaan Diagnostik……..	15

8. Penatalaksanaan Medik…….. 16
9. Komplikasi…….. 19
B. Konsep Dasar Keperawatan…….. 22
1. Pengkajian……. 22
2. Diagnosa Keperawatan…….. 25
3. Perencanaan Keperawatan…… 25
4. *Discharge Planning*…….. 31
C. Patoflowdiagram…….. 32

BAB III PENGAMATAN KASUS……... 35
A. Pengkajian…… 36
B. Analisa Data……. 55
C. Diagnosa Keperawatan…….. 59
D. Rencana Keperawatan…… 60
E. Pelaksanaan Keperawatan…… 66
F. Evaluasi Keperawatan…… 87
G. Daftar obat…… 94

BAB IV PEMBAHASAN……. 98
A. Pengkajian……..... 98
B. Diagnosa keperawatan……... 100
C. Rencana keperawatan…… 101
D. Implementasi keperawatan…… 102
E. Evaluasi……. 103

BAB V PENUTUP……..……. 104
A. Simpulan…… 104
B. Saran……. 105

DAFTAR PUSTAKA

Badan kesehatan dunia atau WHO juga memperkirakan bahwa jumlah kematian akibat diabetes atau kencing manis ini akan meningkat dua kali lipat atau lebih selama periode 2005-2030 (seroja, 2013).

Berdasarkan data yang diambil dari Unit Rekam Medik (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang didapatkan bahwa kasus diabetes melitus tipe II dari tahun ke tahun meningkat. tahun 2015 jumlah kasus diabetes melitus tipe II sebanyak 215 dibagi mulai dari umur 25 - 44 tahun (13,02%), dan umur 45 – 65 tahun (86,97%). Pada tahun 2016 mengalami penurunan pada umur 25 – 44 thn (11,04%), dan umur 45 – 65 tahun (45,30%), dan di tahun 2017 mengalami peningkatan pada umur 25 – 44 thn (10,39%), dan umur 45 – 65 thn (89,60%), pada umur 25 – 44 diantara penderita diabetes melitus tersebut sebanyak 215 orang di tahun 2015, 21 orang yang meninggal. Dan pada tahun 2016 penderita diabetes melitus sebanyak 181 orang, dan yang meninggal sebanyak 26 orang. Di tahun 2017 penderita diabetes melitus sebanyak 279 orang, dan yang meninggal sebanyak 23 orang.

Data diatas menunjukkan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat mengancam kesehatan dan harus dicegah lebih dini. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan penyakit diabetes melitus. Sebagai perawat pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi pendidikan kesehatan mengenai pola makanan yang sehat, mempertahankan keseimbangan cairan dan kadar glukosa dalam darah terkontrol, meningkatkan asupan nutrisi dan mencegah terjadinya risiko infeksi.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN

KEPERAWATAN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH IIB RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II yang meliputi :

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Memberikan gambaran angka kesakitan dan kematian pada pasien diabetes melitus tipe II sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkatkan mutu pelayanan

dalam keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi pasien dan keluarga

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan, pengobatan yang afektif, merubah pola hidup sehat untuk mencegah komplikasi atau penyakit kambuh kembali serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet yang perlu di taati pada pasien dengan diabetes melitus.

4. Bagi penulis

   Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII keperawatan dan dapat menambah pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyakit diabetes melitus.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis IImiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II penulis menggunakan metode :

1. Tinjauan perpustakaan

   Memperoleh data dengan menggunakan referensi dan berbagai macam buku yang ada kaitannya dengan penyakit diabetes melitus.

2. Internet

   Melalui internet penulis memperoleh informasi baru mengenai penyakit diabetes melitus.

3. Tinjauan kasus

Kasus ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan. Dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.
b. Observasi : melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
c. Pemeriksaan fisik : dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perfusi dan auskultasi.
d. Dokumentasi catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistematika penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini tersusun 5 BAB yang terdiri dari BAB I : PENDAHULUAN, bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, sistematika penulisan. BAB II : TINJAUAN TEORITIS : bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan, yaitu konsep dasar medis yang meliputi kesimpulan pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnosis, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. BAB III : PENGAMATAN KASUS, menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat. BAB IV : PEMBAHASAN KASUS, bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus

nyata yang di temukan di lapangan. BAB V : SIMPULAN dan SARAN terdiri dari simpulan dan saran.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan berkembangnya teknologi dan ilmu pengetahuan serta tingkat kemakmuran membuat gaya hidup masyarakat mulai berubah di kota-kota besar. Perubahan gaya hidup yang tidak sehat akan berdampak negatif dan beresiko menyebabkan tingginya angka penyakit seperti hipertensi, stroke, gagal ginjal dan diabetes melitus. Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit degenerative atau penyakit tidak menular yang akan meningkat jumlahnya di masa yang akan datang, akibat perubahan gaya hidup masyarakat yang tidak memperhatikan pola hidup sehat seperti, mengkonsumsi gizi seimbang dan olahraga cukup (Rendi CM, 2012).

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut. Diabetes melitus yang utama diklasifikasikan menjadi diabetes melitus tipe I dan tipe II (Hidayah, 2010).

Diabetes melitus jika tidak ditangani dengan baik dan tepat, akan beresiko mengakibatkan terjadinya berbagai komplikasi kronik diabetes seperti penyakit serebrovaskuler (stroke), gagal ginjal, gagal jantung, kebutaan, bahkan sampai amputasi jika ada anggota tubuh yang mengalami luka parah dan sulit sembuh. Dengan penanganan yang tepat diharapkan komplikasi dapat dicegah atau setidaknya dapat menghambat perkembangannya (Brunner & Suddarth, 2014).

a. Diabetes Melitus tipe II

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

b. Diabetes Melitus Sekunder

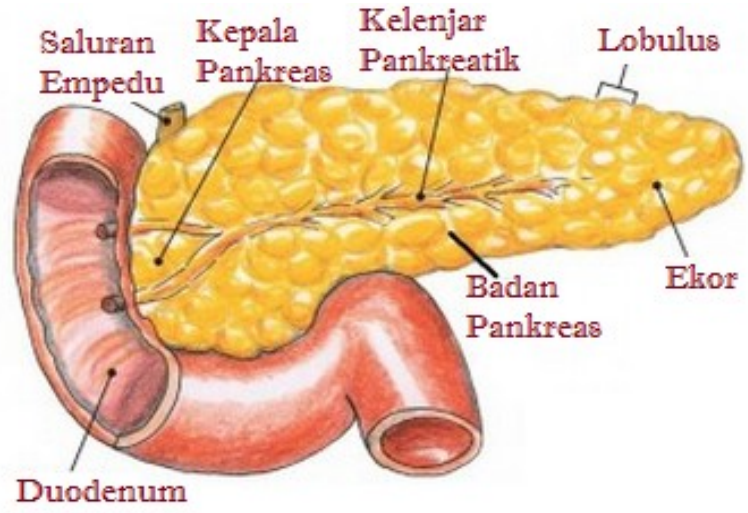
Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan penyakit tertentu atau sindrom lainnya misalnya penyakit pancreas, penyakit hormonal, sirosis hepatik, zat kimia dan obat-obatan.

c. Diabetes Melitus Gestational (DMG)

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

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi pankreas



Gambar 2.1. Penampang Pankreas

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

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung atau di retroperitoneal rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limpa. Panjangnya kira-kira 12-15 cm dan beratnya 60-90 gram. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau Langerhans berisi sel beta yang mengeluarkan hormone insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung lebih kurang 100.000 pulau Langerhans dan tiap pulau berisi 100 sel beta.

Bagian-bagian dari pankreas yaitu :

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

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar eksokrin berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat sedangkan kelenjar endokrin pankreas memproduksi dan melepaskan hormon insulin, glukagon.

1) Fungsi Eksokrin

Ada tiga jenis enzim pankreas yaitu :

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

2) Fungsi Endokrin

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

a) Sel Alfa menghasilkan hormon glukagon

Glukagon berfungsi meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

b) Sel Beta menghasilkan insulin

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

c) Sel Delta menghasilkan somastostatin

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

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

1) Efek pada hepar

a) Menurunkan ketogenesis dan pengeluaran glukosa

b) Meningkatkan sintesis protein, lemak dan glukosa

2) Efek pada otot
   a) Meningkatnya masuknya glukosa dan sintesis glikogen
   b) Meningkatnya ambilan asam amino dan keton
   c) Menurunkan katabolisme protein dan asam amino
3) Efek pada jaringan adiposa
   a) Meningkatnya masuknya glukosa dan asam lemak
   b) Meningkatnya penyimpanan trigliserida
   c) Menghambat lipase peka hormon
   d) Mengaktifkan lipoprotein lipase

4. Etiologi
   1. Diabetes Melitus tipe I
      a. Faktor genetik penderita diabetes tidak mewarisi diabetes mellitus tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu Predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya Diabete Melitus tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.
      b. Faktor-faktor imunologi
         Adanya respon autoimun yang merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan reaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggap seolah-olah sebagai jaringan asing yaitu antibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.
      c. Faktor lingkungan
         Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta. (Padila, 2012)

2. Diabetes Melitus tipe II

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

   a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)
   b. Obesitas

      Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan mempengaruhi penurunan produksi insulin
   c. Kelainan genetik atau keturunan

      Adanya faktor keturunan atau kelainan genetik dalam keluarga. (Margareth TH, 2012)

5. Patofisiologi

Patofisiologi Diabetes Melitus menurut Brunner & Suddarth (2008) adalah sebagai berikut :

a. Diabetes Melitus tipe I

   Pada diabetes melitus tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia post pradial (sesudah makan).

   Jika kosentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam

urine (glukosuria). Ketika glukosa berlebihan disekresi dalam urine, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenosis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukkan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain) namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia.

Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produksi samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis diabetik yang diakibatkan dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, napas yang berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama dengan cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut serta mengatasi gejala hiperglikemia dan ketoasidosis. Diet dan latihan

disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting.

b. Diabetes Melitus tipe II

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 terkaitnya 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 toleransinya glukosa 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 dan terjadi diabetes melitus tipe II.

6. Manifestasi klinis

a. Gejala dan tanda awal penderita 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 urine tetapi jika ditambah tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula itu bersifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

2) Polidipsia (banyak minum)

Diawali dari banyaknya urine yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkan

yakni dengan banyak minum. Semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine semakin banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangsangan 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, pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentukpun kurang. Kadar glukosa yang tidak dapat masuk ke dalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita, akibatnya penderita semakin sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk kedalam sel.

4) Adanya penurunan berat badan

   Ini terjadi dalam jangka relatif 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/kesemutan
      Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki di waktu malam.
c. Gatal-gatal/bisul
   Adanya rasa gatal pada kemaluan atau daerah lipatan kulit seperti ketiak dan di bawah payudara atau paha. Terkadang juga sering terjadi timbul bisul atau luka akibat hal sepele seperti lecet pada kaki dan meskipun kecil tetapi luka tersebut lama sembuh.
d. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum
e. Sering mengalami keram
f. Rasa tebal dikulit sehingga kalau berjalan seperti diatas bantal atau kasur.

7. Pemeriksaan Diagnostik
   a. Pemeriksaan gula darah sewaktu yang terdiri dari :
      1) Glukosa darah sewaktu
      2) Kadar glukosa darah puasa
      3) Test toleransi glukosa

      Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes melitus sedikitnya 2 kali pemeriksaan :
      1) Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
      2) Glukosa plasma puasa > 140 mg/dl (7,8 mmol/L)
      3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2

jam post prandial (pp) > 200 mg/dl). Pada pemeriksaan gula darah post prandial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode pengambilan darah tepid dan darah vena. Namun cara yang paling sering digunakan di Rumah Sakit yaitu pengambilan darah tepi.

b. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

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

c. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

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

d. Elektrolit

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

e. Urianalisis

Pemeriksaan urine dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula dalam urine. (Brunner & Saddarth, 2014)

8. Penatalaksanaan medik

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

glukosa darah normal. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes melitus :

a. Non farmakologi

1) Manajemen diet

Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien diabetes melitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup. Bagi pasien obesitas penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit diabetes melitus.

Standar makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes adalah makanan dengan komposisi :

a) Karbohidrat : 60-70%

b) Protein : 10-15%

c) Lemak : 20-25%

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani.

Jumlah kalori 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 30 menit. Latihan dilakukan terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Latihan dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki kadar glukosa dalam darah. Latihan fisik yang dimaksud adalah jalan santai, bersepeda, jogging. Latihan fisik disesuaikan dengan

umur dan status kesegaran fisik. Batasi atau jangan terlalu lama kegiatan yang kurang gerak seperti menonton televisi.

3) Pemantauan kadar 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 di monitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah serta keton urine.

b. Terapi farmakologi

1) Obat-obatan hiperglikemia oral (OHO)

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

a) Golongan sulfonniluria

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

b) Golongan biguanid

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

2) Insulin

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

a) Yang kerjanya cepat : RI (Reguler Insulin dengan masa kerja 2-4 jam misalnya actrapid
b) Yang kerjanya sedang NPH (Neutral protamin hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya diberikan sesudah makan
c) Yang kerjanya lambat PZI (Protamin Zinc Insulin)

Digunakan terutama untuk mengendalikan 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.

3) Pendidikan kesehatan

Pendidikan 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 preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang.

9. Komplikasi
   a. Komplikasi akut
      1. Hipoglikemia

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

a) Hipoglikemia murni jika kadar glukosa darah < 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 relatif jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan

2. Ketoasidosis Diabetik-koma diabetik

   Komplikasi ini dapat diartikan sebagai suatu keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan sifatnya mendadak. Glukosa darah yang tinggi tidak dapat memenuhi energy tubuh akibatnya metabolisme tubuhpun berubah. Kebutuhan energy terpenuhi setelah sel lemak pecah dan membentuk senyawa keton. Keton akan terbawa dalam urine dan dapat dicium baunya saar bernapas. Akibat akhir adalah darah menjadi asam, jaringan tubuh rusak, tidak sadarkan diri dan mengalami koma.

3. Koma Hiperrosmoler Non Ketolik (KHNK)

   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 di laboratorium menunjukkan bahwa kadar glukosa penderita sangat tinggi, Ph darah normal, kadar natrium (Na) tinggi dan tidak ada ketonemia.

4. Koma lakto Asidosis

   Komplikasi ini diartikan sebagai suatu keadaan tubuh dengan 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 phenfomin.

b. Komplikasi kronis Diabetes Melitus

1. Komplikasi spesifik

   Komplikasi spesifik adalah komplikasi akibat kelainan pembuluh darah kecil atau mikroangiopati diabetic 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 diabetik (ND)

      Gejalanya ada protein dalam kencing, terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun

   c) Neuropati diabetik (ND)

      Gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar di bagian ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta rasa terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, penglihatan kembar, impotensi sementara, mengeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat

   d) Diabetik Foot (DF) dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (dermatopi diabetik), adanya

gelembung berisi cairan di bagian 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 diabetik (Ma.DM). kelainan ini berupa timbunan zat lemak di dalam dan di bawah pembuluh darah (aterosklerosis)
b) Kekeruhan pada lensa mata (kataraktalentis)

(Seroja, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian pola Gordon :

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 ppenurunan berat badan.

DO : jumlah intake dan output, pemeriksaan 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, konsistensi, 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 diwaktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

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

e. Pola Istirahat dan Tidur

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

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

f. Pola Persepsi Kognitif

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

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

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

DS : konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi.

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

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

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

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

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

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

DO : terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

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

DO : ansietas dan peka rangsangan.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

DS : ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

DO : alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Nyeri akut b/d agen cedera biologis
   b. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus)
   c. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus
   d. Risiko tinggi infeksi (sepsis)
   e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral
3. Perencanaan Keperawatan

   Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

   a. Nyeri akut b/d agen cedera fisik

Hasil yang diharapkan nyeri dapat berkurang

Intervensi :

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

   R/ untuk mengidentifikasi faktor- faktor yang memperkuat nyeri

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

   R/ untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan selanjutnya

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

   R/ menarik napas dalam dapat meningkatkan control dan menurunkan ketidaknyamanan

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

   R/ untuk merelaksasi atau memberikan rasa nyaman

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

   R/ lingkungan yang tenang dapat meningkatkan kenyamanan

6) Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat analgesik

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

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

   Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi

   Intervensi :

1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan di Rumah Sakit dan penyakit secara keseluruhan
   R/ memudahkan cara pemecahan masalah
2) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya dimasa lalu
   R/ pengetahuan gaya individu membantu untuk menentukan kebutuhan terhadap tujuan penanganan
3) Beri dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan asuhan yang diberikan
   R/ meningkatkan perasaan kontrol terkadap situasi
4) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula setiap hari
   R/ membantu menciptakan gambaran nyata dari produksi energi metabolik dan unsure glukosa
5) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas
   R/ mengindkasikan 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.

c. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus
   Hasil yang diharapkan : pasien dapat memahami mengenal kondisi dan penanganan mengenai penyakitnya
   Intervensi :
   1) Melakukan pemeriksaan gula darah

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

2) Jelaskan tentang penyakit dan cara penanganan diabetes melitus

   R/ pasien dapat mengerti penyakit dan cara penanganan diabetes melitus

3) Tekankan pentingnya pemeriksaan gula darah setiap hari

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

4) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet 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 tentang apa yang terjadi membantu pasien untuk lebih konsisten terhadap perawatan dalam mencegah komplikasi jangka panjang.

d. 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 terlebih lebih dini dapat menghindari proses penyebaran infeksi luka

3) Tingkatkan usaha pencegahan dengan mencuci tangan, memakai handscoon, masker dan kebersihan lingkungan
   R/ meminimalkan invasif mikkroorganisme
4) Pertahankan teknik antiseptik dan sirkulasi alat pada prosedur invasif
   R/ invasif alat dapat menjadi mediator masuknya mikroorganisme khususnya peningkatan kadar glukosa
5) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, masase sekitar tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen tetap kering dan kencang
   R/ menghindari kerusakan kulit yaitu iritasi dan infeksi pada sirkulasi perifer
6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan pemeriksaan laboratorium

e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral
   Hasil yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali
   Intervensi :
   1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai indikasi
      R/ mengkaji pemasukkan makanan yang adekuat
   2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki
      R/ menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa
   3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi

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

4) Observasi tanda-tanda hiperglikemia

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

5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick

   R/ analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat daripada memantau gula darah dalam urine

6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah

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

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

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

4. Discharge Planning

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

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

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

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

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

Diabetes melitus adalah suatu sekumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula (glukosa) akibat kekurangan insulin (Padila, 2012).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah yang melebihi normal karena kekurangan insulin.

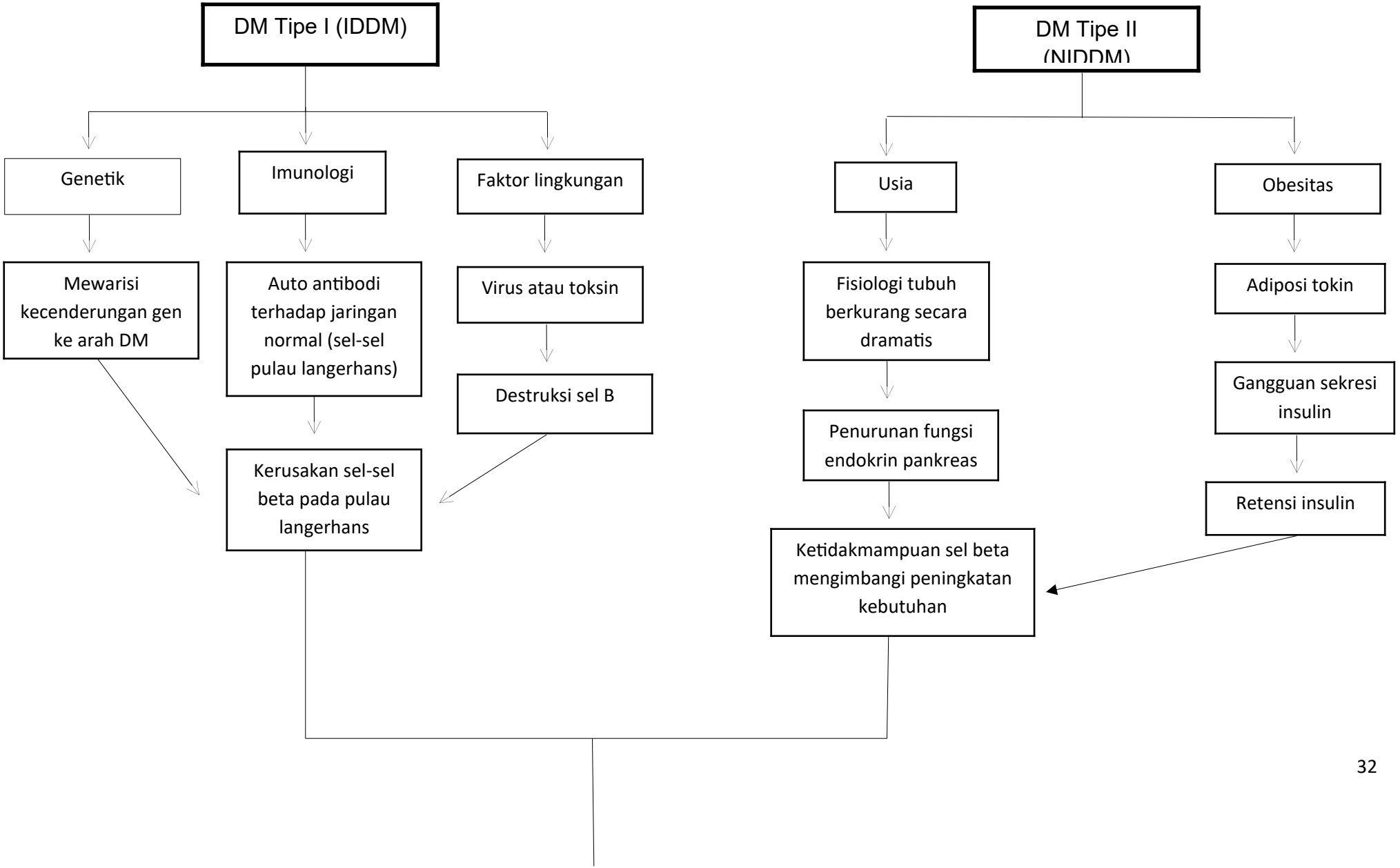
2. Klasifikasi Diabetes Melitus

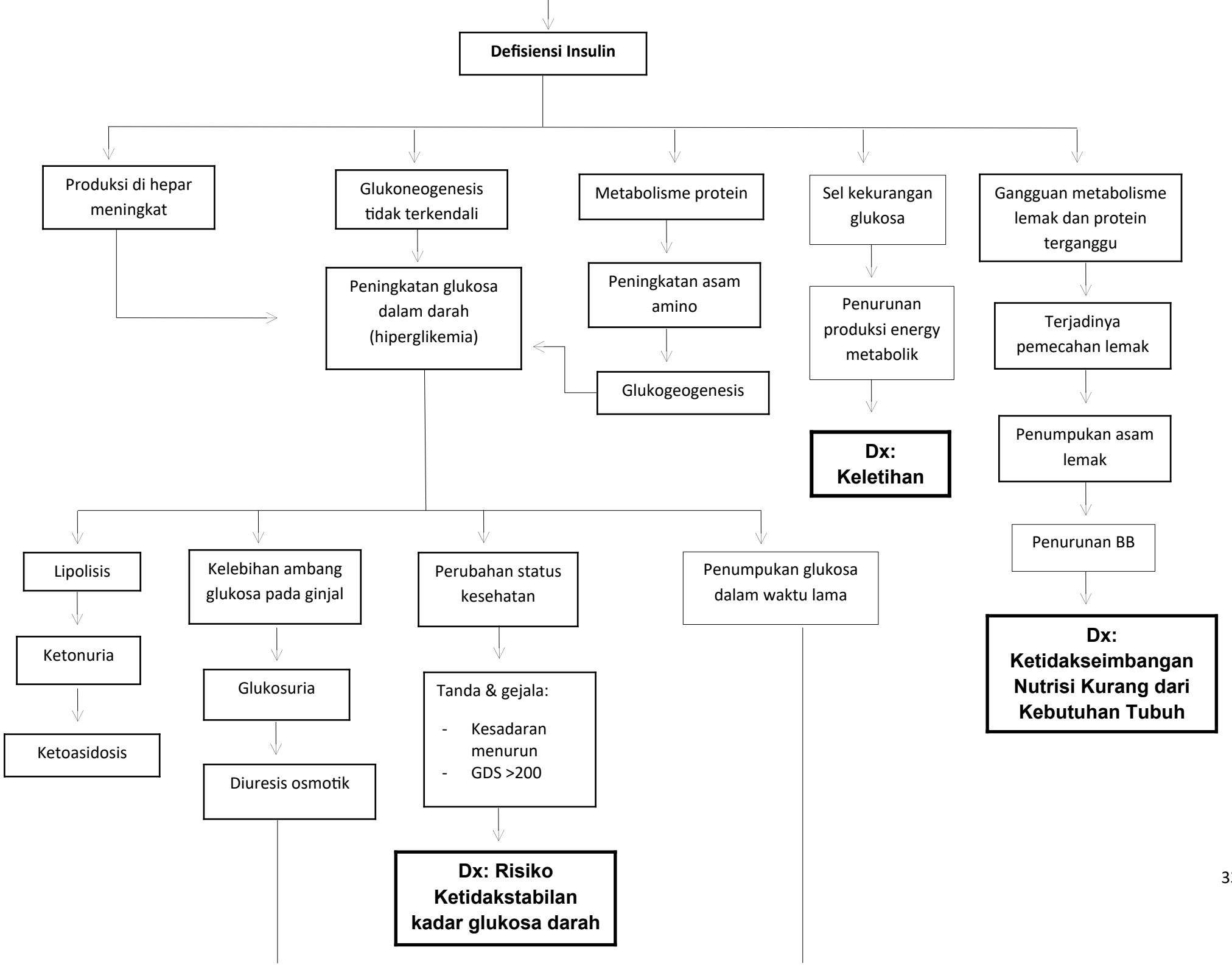
Ada beberapa tipe atau jenis Diabetes Melitus berdasarkan penyebab dan perjalanan penyakitnya:

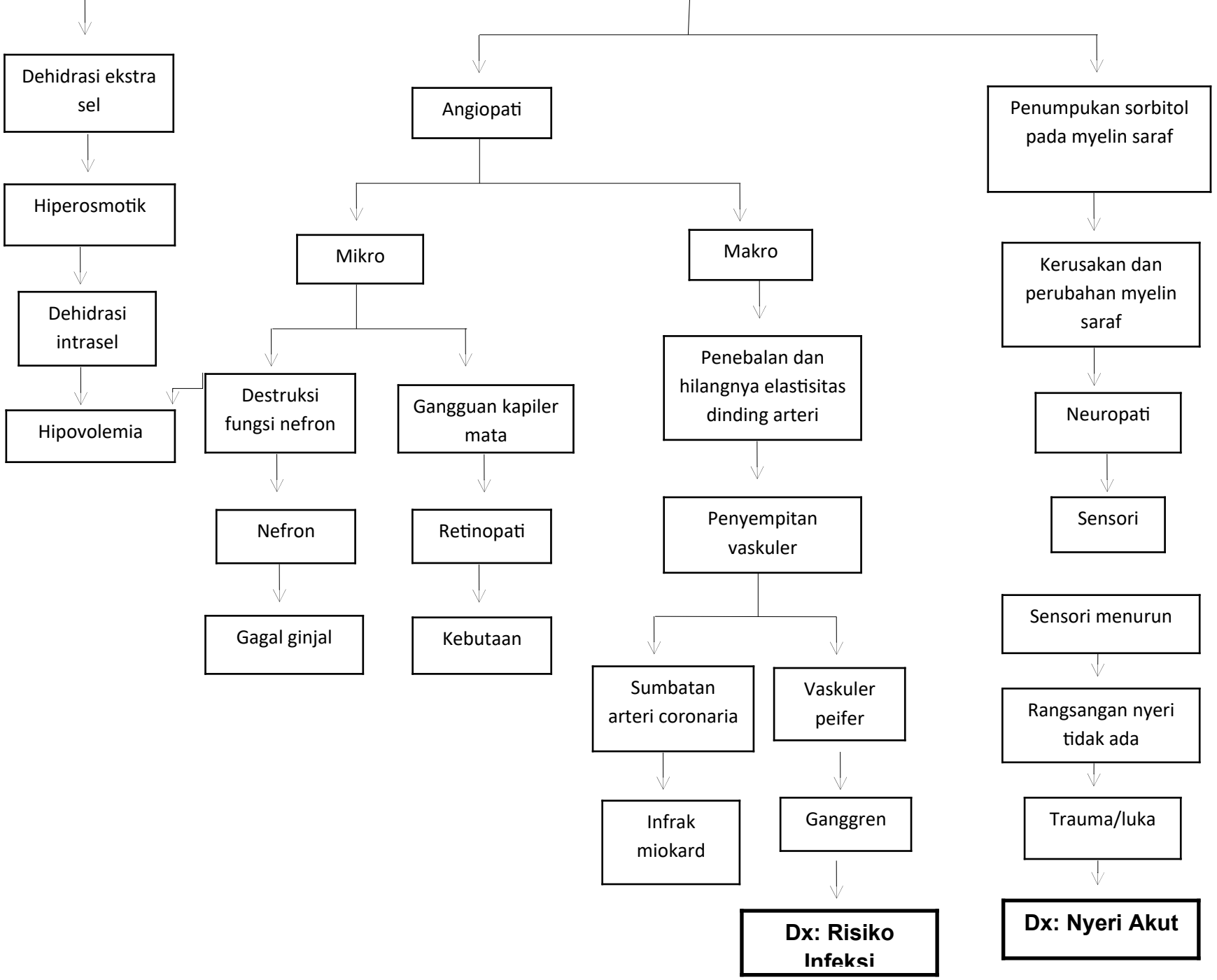
a. Diabetes Melitus tipe I

Diabetes Melitus tipe I atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM) yaitu DM yang tergantung pada insulin. DM tipe ini disebabkan karena kerusakan sel-sel beta pancreas yang menghasilkan insulin. Hal ini berhubungan dengan kombinasi antara faktor genetik, imunologi dan lingkungan seperti virus.

C. PATOFLOWDIAGRAM




Defisiensi Insulin
Produksi di hepar meningkat
Glukoneogenesis tidak terkendali
Metabolisme protein
Sel kekurangan glukosa
Gangguan metabolisme lemak dan protein terganggu
Peningkatan glukosa dalam darah (hiperglikemia)
Peningkatan asam amino
Glukogeogenesis
Penurunan produksi energy metabolik
Dx: Keletihan
Terjadinya pemecahan lemak
Penumpukan asam lemak
Penurunan BB
Dx: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh
Lipolisis
Ketonuria
Ketoasidosis
Kelebihan ambang glukosa pada ginjal
Glukosuria
Diuresis osmotik
Perubahan status kesehatan
Tanda & gejala:
- Kesadaran menurun
- GDS >200
Dx: Risiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah
Penumpukan glukosa dalam waktu lama


Dehidrasi ekstra sel
Hiperosmotik
Dehidrasi intrasel
Hipovolemia
Angiopati
Mikro
Makro
Destruksi fungsi nefron
Gangguan kapiler mata
Nefron
Retinopati
Gagal ginjal
Kebutaan
Penebalan dan hilangnya elastisitas dinding arteri
Penyempitan vaskuler
Sumbatan arteri coronaria
Vaskuler peifer
Infrak miokard
Ganggren
Dx: Risiko Infeksi
Penumpukan sorbitol pada myelin saraf
Kerusakan dan perubahan myelin saraf
Neuropati
Sensori
Sensori menurun
Rangsangan nyeri tidak ada
Trauma/luka
Dx: Nyeri Akut

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien Ny “H” masuk rumah sakit di ruangan St. Bernadeth IIB pada tanggal 12 maret 2018 dengan diagnosa abses kaki kiri + DM TIPE II. Pasien mengeluh kesakitan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan sekitar 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah, sehingga keluarga memutuskan untuk pergi periksa ke dokter praktek dan di rujuk untuk rawat inap di RS Stella Maris Makassar.

Pada saat pengkajian pasien mengeluh luka dan nyeri pada jempol kaki kiri. Tampak luka dengan ukuran luka ± 4 cm. Tampak juga ekspresi wajah pasien meringis. Tampak pasien berbaring dengan posisi terlentang. Tampak terpasang infus NaCl 0,9 % 500 cc 20 tetes / menit di tangan sebelah kanan. Kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg, N: 88 x/menit, S: 36,7 ºC, P: 26 x/menit. Hasil pemeriksaan GDS tanggal 13 April 2018 : 175 mmol/dl. Terapi obat yang diberikan kepada pasien novorapid 8U-8U-6U / SC, lantus 0U-0U-14U / SC, cefoperazone 1000 mg / 12 jam / IV, keterolac 30 mg / 8 jam / IV.

Dari data diatas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme.

A. PENGKAJIAN

Nama mahasiswa yang mengkaji : Nuni Tandi A. NIM : E1514401036

Unit	: St. Bernadeth IIB	Autoanamnese	: ✓
Kamar	: 719[1]	Alloanamnese	: ✓
Tanggal masuk RS	: 12 April 2018		
Tanggal pengkajian	: 13 April 2018		

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Ny. ‘’H’’
Umur	: 61 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 7 orang
Agama/suku	: Kristen protestan/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat rumah	: Jl. Penogoro LR. 229 no. 4 b

   b. Penanggungjawab

Nama	: Ny. “D”
Umur	: 50 tahun
Alamat	: Jl. Buru LR. 226 no. 14
Hubungan dengan pasien	: Saudara

2. Data Medik

Diagnosa Medik	
Saat masuk	: ABSES KAKI KIRI + DM TIPE II
Saat pengkajian	: DIABETES MELITUS TIPE II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi terlentang dan terpasang infus NaCl 0,9 % 500 cc 20 tetes / menit di tangan sebelah kanan, serta tampak luka pada jempol kaki sebelah kiri.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 140/90 mmHg

MAP : 106 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,7 °C

☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 26 x/menit

5) Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipne ☐ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

6) Nadi : 88 x/menit

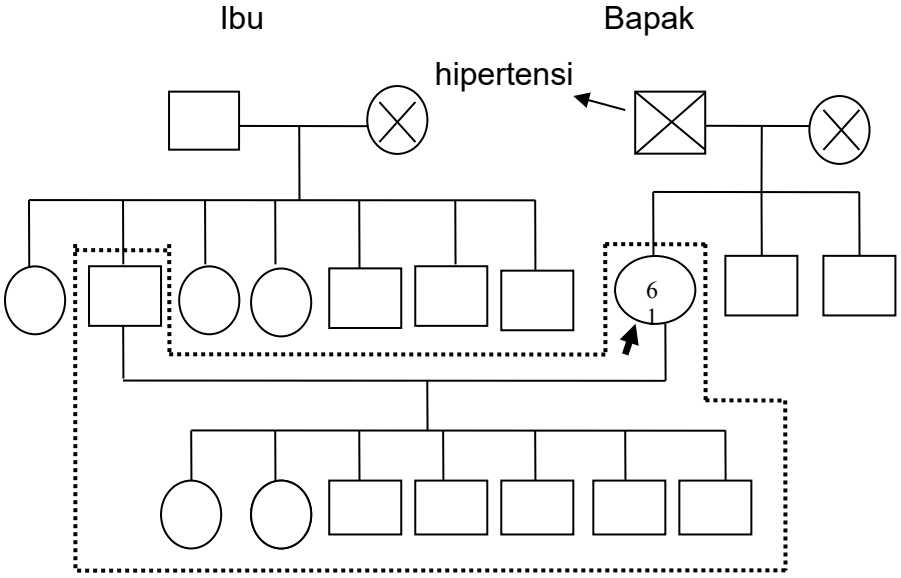
Irama ☑ Teratur ☐ Bradikardia

☐ Takikardia ☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1)	Lingkar lengan atas	: 33 cm
2)	Tinggi badan	: 160 cm
3)	Berat badan	: 73 kg
4)	IMT (Indeks Massa Tubuh)	: 28,51 kg/m^2
	Kesimpulan	: berat badan berlebih

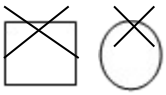
d. Genogram



Keterangan :


: laki-laki


: perempuan


: meninggal

: tinggal serumah


: pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dalam kehidupan. Pasien mengatakan tidak pernah check up di Rumah Sakit dan jika sakit hanya berobat ke puskesmas atau beli obat di apotik terdekat. Pasien mengatakan sangat senang mengkonsumsi makanan yang manis. Pasien selalu membersihkan di rumah dan gerobak baksonya ketika selesai menjual.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Luka pada jempol kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sudah mengetahui menderita penyakit gula sejak kurang lebih 3 tahun yang lalu, tetapi pasien tidak rutin kontrol ataupun minum obat gulanya dari dokter dan baru rutin konsumsi obat sejak 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah. Lalu keluarga memutuskan untuk pergi periksa ke dokter praktek dan dirujuk untuk rawat inap di Rumah Sakit.

Pada saat pengkajian, pasien mengeluh luka dan nyeri pada jempol kaki kiri. Tampak luka sebagian bernanah dan kemerahan dengan ukuran luka ± 4 cm. Tampak juga ekspresi wajah pasien meringis.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit jantung 5 tahun yang lalu. Pasien juga mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu tetapi pasien tidak pernah rutin kontrol dan konsumsi obat.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan ayahnya meninggal karena hipertensi.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih
(2) Kulit kepala : Tampak bersih
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih
(4) Hygiene rongga mulut : Tampak bersih
(5) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makannya baik. Pasien mengatakan makan 3 x sehari dengan menu nasi, ikan, sayur, tahu, tempe, daging dan sesekali buah-buahan serta mampu menghabiskan 1 porsi makan tiap kali makan. Pasien mengatakan suka makan- makanan yang pedas dan sangat suka makan yang manis-manis seperti kue brownis. Pasien juga mengatakan ia mampu menghabiskan 8 gelas air setiap harinya dan jarang mengkonsumsi vitamin. Pasien mengatakan suka minum teh manis setiap pagi dan sering minum coca-cola atau pulpy.

2) Keadaan sejak sakit

` Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan 1 porsi makan dan hanya mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh Rumah Sakit. Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi air putih selama sakit sebanyak ± 6

gelas/hari 1500 cc dari air kemasan mineral. Pasien juga mengatakan berat badannya turun 1 kg selama sakit. Pasien mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter untuk mengurangi makanan yang mengandung gula.

3) Observasi

Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan dari Rumah Sakit, tampak kue dan teh kotak diatas meja pasien.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut sebagian beruban, tipis dan bewarna hitam
b) Hidrasi kulit : Finger print <3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : Tidak edema/tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum ada dibagian tengah
f) Rongga mulut : Tercium bau mulut, tidak ada Peradangan
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak ada karang gigi
Gigi palsu : Tidak ada
i) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mengunyah keras
j) Lidah : Tampak kotor, tidak ada peradangan
k) Pharing : Tidak ada peradangan
l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
m) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
n) Abdomen
Inspeksi : Tampak membuncit dan tidak

ada bayangan vena

Auskultasi : Peristaltik usus 17 x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : Terdengar bunyi tympani

o) Kulit

Edema : Negatif

Icterik : Negatif

Tanda-tanda radang : Tidak ada

p) Lesi : Tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 2 hari sekali dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK 4-6 kali dalam sehari, berwarna kuning jernih dan berbau amoniak. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali dalam 3 hari dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Pasien mengatakan BAK 5-7 sehari dengan jumlah ± 1000 cc berwarna kuning pekat, berbau amoniak. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB & BAK.

3) Observasi

Tampak pasien BAK 2 x saat dikaji dengan urine bewarna kuning.

d. Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bekerja sebagai penjual bakso dan jarang beristirahat. Pasien juga mengatakan ia tidak pernah berolahraga dan waktu senggang ia lebih banyak berkumpul dan bercerita dengan suami dan anak-anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit ia merasa kurang beraktivitas karena sudah tidak menjual bakso lagi dan aktivitasnya sehari-hari terhambat karena luka pada jempol kaki kiri dan badannya terasa lemas. Pasien mengatakan sejak sakit terkadang ia merasa cepat lelah bila terlalu banyak melakukan aktivitas, pasien juga mengatakan pemenuhan kebutuhannya dibantu oleh suami dan keluarganya.

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan	: 2
Mandi	: 0
Pakaian	: 2
Kerapihan	: 2
BAK	: 0
BAB	: 0

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

Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) HR : 91 x/menit

b) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

c) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

d) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3 detik

e) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris

Retraksi interkosta : Tidak ada

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

Vocal premitus : Getaran paru kiri sama kuat dengan paru kanan

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi : Sonor

Lokasi : Batas paru hepar teraba pada ICS IV

- Auskultasi :

Suara nafas : Terdengar vesikuler

Suara ucapan : Terdengar sama kuat kiri dan kanan

Suara tambahan : Tidak ada

f) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS V Midclavikularis

Sinistra

- Perkusi
  Batas atas jantung : ICS II
  Batas bawah jantung : ICS V
  Batas kanan jantung : Linea mid sternalis dextra
  Batas kiri jantung : Linea midaxilaris anterior sinistra
- Auskultasi
  Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS II linea sternalis dextra
  Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS III linea sternalis sinistra
  Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS IV linea sternalis sinistra
  Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS V linea mid clavicularis sinistra
  Bunyi jantung III irama Gallop : Tidak terdengar
  Murmur : Tidak terdengar
  Bruit : Aorta : Tidak terdengar
  A. Renalis : Tidak terdengar
  A. Femoralis : Tidak terdengar

g) Lengan dan tungkai
- Atrofi otot : Negatif
- Rentang gerak : Terbatas pada kaki kiri
  Kaku sendi : Tidak ada
  Nyeri sendi : Tidak ada
  Fraktur : Tidak ada
  Parese : Tidak ada
  Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

- Refleks fisiologis : Tampak ada kontraksi otot (refleks biseps dan trisep)
- Refleks patologi :

Babinski : Kiri ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tidak ada

h) Columna vetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☑ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur malam ± 7 jam dari pukul 22.00-05.00 WITA dan jarang tidur siang karena sibuk dengan pekerjaannya. Pasien mengatakan tidur siang hanya ± 1 jam saja. Pasien juga mengatakan merasa segar saat bangun tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidurnya hanya ± 5-6 jam dari pukul 23.00-05.00 WITA dan sering terbangun karena selalu memikirkan penyakit yang diderita. Pasien juga mengatakan ketika tidur siang hanya ± 1-2 jam.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk	:	✓ positif		negatif
Banyak menguap	:		positif	✓ negatif
Palpebra inferior bewarna gelap	:	✓ positif		negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan, orientasi baik terhadap waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Pasien juga mengatakan tidak ada gangguan dengan indra penciuman, pendengaran dan pengecapan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendengaran dan penglihatannya, mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Pasien mengatakan nyeri pada jempol kaki kirinya, nyeri seperti tertusuk-tusuk dirasakan kurang lebih 2-3 menit dengan skala 6 (nyeri sedang). Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri yang dirasakan akibat proses penyakit gulanya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran. Tampak ekspresi wajah pasien meringis.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih

Pupil : Isokor kiri dan kanan
Lensa mata : Tampak jernih
Tekan intra okuler (TIO): Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran
Pina : Simetris kiri dan kanan
Kanalis : Tidak ada peradangan
Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai
Pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan dirinya seorang ibu rumah tangga memiliki 7 orang anak dan 1 suami. Pasien bekerja sebagai penjual bakso untuk membiayai keluarganya. Pasien juga mengatakan sudah menjalankan tugasnya dengan baik dan merasa puas dengan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

2) Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan berharap cepat sembuh dari sakitnya sehingga ia bisa berkumpul kembali bersama keluarganya.

3) Observasi
Tampak pasien ditemani anak dan istrinya.
a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas
d) Postur tubuh : Tampak tegak

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak lesi pada jempol kaki kiri

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan anak-anaknya, hubungan mereka dalam keluarga sangat baik dan pasien yang berperan sebagai ibu dalam keluarga. Pasien juga mengatakan menjalin hubungan baik dengan teman-teman kerja dan sanak saudaranya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selalu ditemani sama suami dan anaknya, serta selalu dikunjungi oleh sanak saudara dan keluarga lainnya. Pasien juga mengatakan rindu dengan suasana rumah dan temannya.

3) Observasi

Tampak suami pasien menemani dan keluarga mengunjungi pasien.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan umurnya sudah 61 tahun dan sudah mempunyai 7 orang anak. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah tidak menambah anak lagi karena usianya yang sudah lanjut usia. Pasien mengatakan

sudah menopause. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seks yang dialami.

3) Observasi

Tampak tidak ada penyimpangan seksual. Tampak pasien berpenampilan sesuai jenis kelaminnya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika marah bisa mengontrol diri dan jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan bersama suami dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia menerima kondisinya selama berada di Rumah Sakit dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi perawat dan dokter. Pasien juga mengatakan hanya bisa bersabar dengan penyakit yang dialaminya.

3) Observasi

Tampak pasien cemas dan sedih sambil bercerita dengan suaminya.

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama Kristen protestan dan rajin ibadah ke gereja. Pasien juga mengatakan aktif dalam kegiatan keagamaan. Pasien mengatakan sebelum mengawali seluruh kegiatan harinya ia selalu melakukan doa pagi bersama suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3) Observasi

Tampak ada buku doa di tempat tidur pasien.

5. Uji Syaraf Kranial
    1. Nervus I : Olfactorius
       Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih.
    2. Nervus II : Opticus
       Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak kurang lebih 20 cm.
    3. Nervus III, IV, VI: Oculomotorius, Troclearis, Abduscens
       Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.
    6. Nervus V : Trigeminus
       Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya.
       Motorik : Pasien mampu mengigit dengan kuat.
    7. Nervus VII : Fascialis
       Sensori : Pasien mampu merasakan rasa asin dan manis.
       Motorik : Pasien dapat mengangkat alis, tersenyum dan meringis.
    8. Nervus VIII : Vestibulo-Acusticus
       Vestibularis : Tidak dikaji
       Acusticus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.
    9. Nervus IX : Glossopharyngeus
       Tampak ovula berada ditengah.
    10. Nervus X : Vagus
        Pasien mampu menelan
    11. Nervus XI : Accessorius
        Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan

12. Nervus XII : Hypoglossus

    Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

   a. Pemeriksaan laboratorium

      Hasil pemeriksaan urinalis 12 April 2018

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Urinalisis :			
Urine rutin			
SG	1.020		
Ph	5.0		
LEUKOSIT	NEGATIF	NEGATIF	/uL
NITRIT	NEGATIF	NEGATIF	
PROTEIN	NEGATIF	NEGATIF	g/L
GLUKOSA	NORMAL	NORMAL	mmol/L
KETON	NEGATIF	NEGATIF	mmol/L
UROBILIN	NORMAL	NORMAL	umol/L
BILIRUBIN	NEGATIF	NEGATIF	umol/L
ERYTROSIT	NEGATIF	NEGATIF	/uL
Sedimen urin :			
Urine rutin			
ERYTROSIT	0-1	0-1	/LPB
LEUKOSIT	4-5	4-5	/LPB
EPITEL	+	+	
COLOR	KUNING		
CLARITY	JERNIH		

b. Hasil pemeriksaan laboratorium 12 April 2018

Jenis / tes pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	9.4	(4.8 - 10.8)	10^3/uL
RBC	3.5	(4.7 - 6.1)	10^6/uL
HGB	9.8	(14 - 18)	g/dL
HCT	29.30	(42 - 52)	%
MCV	83.0	(80 - 99)	fL
RDW-CV	14.6	(11.5 - 14.5)	%

c. Pemeriksaan Gula Darah

Hasil pemeriksaan Glukosa tanggal 12 – 17 April 2018

12 April 2018 GDS : 180 mmol/dl (80 – 110 mmol/dl)

13 April 2018 GDS : 175 mmol/dl (80 – 110 mmol/dl)

14 April 2018 GDS : 172 mmol/dl (80 – 110 mmol/dl)

14 April 2018 GDP : 92 mg/dl (<110 mg/dl)

d. Terapi obat

1) Novorapid 8U-8U-6U / SC

2) Lantus 0U-0U-14U / SC

3) Cefoperazone 1000 mg / 12 jam / IV

4) Keterolac 30 mg / 8 jam / IV

B. Analisa Data

Nama / umur : Ny. “H”/61 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth IIB/719[1]

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data subyektif : - Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu tetapi pasien tidak pernah rutin kontrol dan konsumsi obat dan juga pasien tidak rutin olahraga. - Pasien mengatakan sangat suka makan yang manis-manis. - Pasien mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter untuk mengurangi makanan yang mengandung gula. - Pasien mengatakan suka minum teh manis setiap pagi dan sering minum coca-cola atau pulpy. Data obyektif :	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

	- Pasien tampak sakit sedang - Tampak kue dan teh kotak diatas meja pasien - Hasil pemeriksaan gula darah : 12 April 2018 GDS 180 mmol/dl 13 April 2018 GDS 175 mmol/dl 14 April 2018 GDS : 172 mmol/dl 14 April 2018 GDP : 92 mg/dl		
2	Data subyektif : - Pasien mengatakan nyeri pada jempol kaki kirinya, nyeri seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan kurang lebih 2-3 menit dengan skala 6 (nyeri sedang) - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan akibat proses penyakit gulanya. Data obyektif : - Tampak ekspresi wajah pasien meringis - Tampak luka sebagian bernanah dan kemerahan	Agens cedera biologis	Nyeri akut

	- Tampak luka dengan ukuran ± 4 cm - Observasi TTV : TD : 140/80 mmHg		
3	Data subyektif : - Pasien mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter untuk mengurangi makanan yang mengandung gula. - Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah. - Pasien juga mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu tetapi pasien tidak pernah rutin kontrol dan konsumsi obat dan juga pasien tidak rutin olahraga. Data obyektif : - Tampak ada luka pada jempol kaki kiri. - Tampak luka sebagian bernanah dan kemerahan dengan ukuran luka ± 4 cm.	Gangguan metabolisme	Kerusakan integritas jaringan

	- Hasil pemeriksaan gula darah : 12 April 2018 GDS 180 mmol/dl 13 April 2018 GDS 175 mmol/dl 14 April 2018 GDS : 172 mmol/dl 14 April 2018 GDP : 92 mg/dl		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Ny. “H”/61 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIB/719[1]

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

D. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Ny. “H”/ 61 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth IIB/ 719[1]

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing outocomes classification	Nursing intervention classification
14 April 2018	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil : 1. Perilaku patuh : Diet yang disarankan - Pasien mampu memakan makanan yang sesuai dengan diet yang ditentukan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Pasien mampu menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	1. Monitor TTV Aktivitas keperawatan : - Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat 2. Manajemen hiperglikemia Aktivitas keperawatan : - Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi - Berikan insulin, sesuai resep 3. Pengajaran : peresepan diet Aktivitas keperawatan : - Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan

		2. Manajemen diri : Diabetes - Pasien mampu memantau glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Pasien mampu menggunakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Tidak pernah menunjukkan 2) Jarang menunjukkan 3) Kadang-kadang menunjukkan 4) Sering menunjukkan 5) Secara konsisten menunjukkan	diet yang disarankan - Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan

14 April 2018	Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menunjukkan penyembuhan luka, dengan kriteria hasil : 1. Penyembuhan luka : sekunder - Peradangan luka dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Lubang pada luka dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 Keterangan : 1) Sangat besar 2) Besar 3) Sedang 4) Terbatas 5) Tidak ada	1. Perawatan luka Aktivitas keperawatan : - Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau - Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat - Anjurkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur perawatan luka - Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi - Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka 2. Monitor TTV Aktivitas keperawatan : - Monitor tekanan darah, nadi,

			suhu dan status pernapasan dengan tepat. - Berikan terapi antibiotik yang sesuai.

14 April	Nyeri akut b/d agens	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1. Manajemen nyeri

2018	cedera biologis	selama 3x24 jam diharapkan pasien 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 pengurangan (nyeri) tanpa analgesic dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Tidak pernah menunjukkan 2) Jarang menunjukkan 3) Kadang-kadang menunjukkan 4) Sering menunjukkan 5) Secara konsisten menunjukkan	Aktivitas keperawatan : - Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Pemberian analgesik Aktivitas keperawatan : - Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat 3. Terapi relaksasi Aktivitas keperawatan : - Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang

			nyaman, jika memungkinkan - Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup - Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien 4. Monitor TTV Aktivitas keperawatan : - Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/umur : Ny. ”H” / 61 tahun

Ruang/kamar : St. Bernadeth IIB/719[1]

Tanggal	Waktu	DP	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
14 April 2018	07:00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil: - Hasil GDP: 92 mg/dl - Hasil GDS : 172 mmol/dl	Nuni
	07.30	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	07.35	III	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan nyaman Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan dan ruangan tanpa AC	Nuni
	07.40	III	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup Hasil: - Pasien mengatakan lebih nyaman berbaring miring ke kanan	Nuni
	08.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Nuni

	08.10	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil : - Cefoperazone 1000 mg / IV	Nuni
	09.00	I	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkomsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Perawat menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis - manis seperti kue dan minuman manis - Pasien mengatakan selalu makan dan minum yang manis - manis - Tampak pasien memakan buah yang dibawah oleh keluarganya	Nuni
	09.30	III	Menunjukkan dan mempraktikan teknik relaksasi pada klien Hasil: - Perawat menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi yaitu dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dengan perlahan beberapa kali	Nuni

			- Tampak pasien mengikuti perawat	
	10.00	I, II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : - TD : 140/90mmHg N : 88 x/menit S : 36, 5°C P : 20 x/menit	Nuni
	10.30	II	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau Hasil: - Tampak luka dipermukaan berwarna kemerahan - Tampak luka diabetik pasien tidak berbau - Tampak ukuran luka ± 4 cm.	Nuni
	10.40	II	Mempertahankan balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat Hasil: - Perawat melakukan perawatan luka dengan menggunakan handscon steril - Perawat menggunakan kasa steril untuk membalut luka - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCL	Nuni

			- Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan nanah - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa yang telah disiram cairan NaCl - Tampak balutan bersih - Tampak luka ditutup dengan verban	
	11.00	II	Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Hasil: - Perawat memberitahukan pasien dan keluarga agar tidak membasahi luka yang terpasang verban - Tampak pasien dan keluarga memahami tentang tanda dan gejala infeksi seperti : kemerahan, bengkak, rasa nyeri	Nuni
	11.30	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	13.00	III	Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman Hasil:	Nuni

			- Pasien merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang	
	14.00	III	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup Hasil : - Pasien mengatakan posisi yang nyaman dengan berbaring terlentang - Tampak pasien tidak bisa mika miki karena merasa nyeri pada lukanya	Nuni
	15.30	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36,2°C P : 20 x/menit	Perawat K'hendra
	16.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Perawat K'hendra
	16.25	III	Menunjukkan dan mempraktikan teknik relaksasi pada klien Hasil: - Perawat menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi dengan menarik	Perawat K'hendra

			nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut dengan perlahan - Tampak klien memperhatikan perawat melakukan teknik relaksasi - Tampak klien masih ragu untuk melakukan teknik relaksasi	
	17.00	I	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang perbolehkan Hasil: - Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis -manis seperti kue - Pasien mengatakan tidak dapat menahan lehernya untuk memakan kue - Tampak pasien masih memakan kue	Perawat K'hendra
	18.00	I	Mengajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai diet yang disarankan Hasil: - Perawat menjelaskan tentang bagaimana kebutuhan kalori dalam tubuh	Perawat K'hendra

			- Tampak pasien mengerti	
	18.30	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 6 unit / subcutan	Perawat K'hendra
	19.10	III	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman Hasil: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi terlentang - Tampak pasien berbaring terlentang	Perawat K'hendra
	20.10	III	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil: - Cefoperazone 1000 mg/ IV	Perawat K'hendra
	21.30	III	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil: - Pasien merasa nyaman dengan lingkungan tenang yang dibuat oleh perawat	Perawat K'riska
	22.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV: - TD : 130/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36,5°C P : 19 x/rmenit	Perawat K'riska
	22.10	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil:	Perawat K'riska

			- Lantus 14 unit / subcutan	
	24.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Perawat K'riska
15 April 2018	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan Hasil: - TD : 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36°C P : 20 x/menit	Perawat K'riska
	05.15	III	Melakukan pengkajian komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka diabetik - Pasien mengatakan nyeri masih seperti tertusuk -tusuk - Pasien mengatakan nyeri berlangsung ± 3-4 menit - Pasien mengatakan nyeri muncul saat sedang bergerak - Pasien mengatakan nyeri sudah skala 4 - Tampak ekspresi wajah pasien masih meringis	Perawat K'riska
	05.45	II	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau	Perawat K'riska

			Hasil: - Tampak luka diabetik dipermukaan berwarna kemerahan - Tampak luka masih ± 4 cm - Tampak luka diabetik pasien tidak berbau - Pasien mengatakan masih luka pada jempol kaki kiri - Pasien mengatakan lukanya belum kunjung sembuh	
	07.00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil: - Hasil GDP: 101 mg/ dl - Tampak pasien masih memakan kue - Pasien mengatakan belum mengikuti anjuran dokter dan perawat - Pasien mengatakan cepat lapar	Nuni
15 April 2018	07.40	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	07.50	III	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman Hasil: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi terlentang	Nuni

			tetapi kadang-kadang juga miring kanan dan miring kiri	
	08.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg/ IV	Nuni
	08.10	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil : - Cefoperazone 1000 / IV	Nuni
	08.30	II	Mengajarkan pasien atau anggota keluarga dalam perawatan luka Hasil: - Perawat menunjukkan dan mempraktikkan dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan - Tampak klien memperhatikan - Tampak klien juga mengikuti teknik relaksasi yang perawat ajarkan	Nuni
	09.30	II	Mempertahankan balutan steril ketika melakukan perawatan luka Hasil: - Perawat melakukan perawatan luka dengan menggunakan handscoon steril	Nuni

			- Perawat menggunakan kassa steril untuk membalut luka - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCl - Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan luka - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa steril yang disiram NaCl - Tampak balutan bersih	
	10.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV: - TD : 140/80 mmHg N : 81 x/rmenit S : 36,2°C P : 19 x/menit	Nuni
	10.30	II	Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Hasil: - Perawat memberitahukan pasien dan keluarga agar tidak membasahi luka - Tampak pasien dan keluarga mengerti	Nuni

	11.00	I	Mengajarkan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Memberi saran agar pasien menghindari makanan yang manis - manis seperti kue, roti dan minuman yang mans-manis - Tampak pasien sudah bisa menahan leher tetapi kadang-kadang masih memakan sepotong kue	Nuni
	11.50	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	14.00	III	Menciptakan lingkungan yang tenang Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang dengan suhu kamar yang dingin - Tampak pasien menyukai lingkungan tenang tanpa ada gangguan samping tempat tidur	Nuni
	16.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat	Perawat K'natalia

			Hasil: - TD : 150/100 mmHg N : 86 x/rmenit S : 36°C P : 20 x/menit	
	16.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Perawat K'natalia
	18.30	I	Memberikan terapi insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 6 unit / subcutan	Perawat K'natalia
	20.10	III	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil: - Cefoperazone 1000 mg / IV	Perawat K'natalia
	22.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil: - TD : 130/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36°C P : 19 x/menit	Perawat K'wahyu
	22.10	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Lantus 14 unit / subcutan	Perawat K'wahyu
	24.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil:	Perawat K'wahyu

			- Ketorolac 30 mg / IV	
16 April 2018	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil: - TD : 120/70 mmHg N : 83 x/menit S : 36,7^{0}C P : 21 x/menit	Perawat K'wahyu
	06.00	III	Melakukan pengkajian yang komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka diabetik ketika ia ingin duduk tetapi saat mika miki nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sekarang seperti teriris-iris, tetapi nyeri sudah berkurang sudah tidak sama waktu awal dirawat - Pasien mengatakan nyeri berlangsung 2-3 menit - Pasien mengatakan nyeri muncul saat ingin duduk tetapi jika mika miki nyeri sudah berkurang, jika nyeri muncul pasien kadang-kadang melakukan teknik relaksasi	Perawat K'wahyu

			- Pasien mengatakan nyeri sekarang sudah skala 3 - Tampak pasien masih kadang-kadang menunjukkan ekspresi wajah meringis	
	06.45	II	Memonitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau Hasil: - Tampak luka diabetik dipermukaan berwarna biru kemerahan - Tampak luka diabetik tidak berbau - Tampak ukuran luka masih sama dengan diameter ± 4 cm - Pasien mengatakan luka tak kunjung sembuh-sembuh	Perawat K'wahyu
	06.50	I	Menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkomsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil: - Menyarankan pasien untuk menghindari makanan yang manis-manis seperti kue - Pasien mengatakan sudah membatasi dan tidak lagi makan makanan yang manis	Perawat K'wahyu

			- Tampak pasien sudah tidak lagi memakan kue yang ada dimejanya dan buah	
	07.00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil: - Hasil GDP: 151 mg/ dl	Nuni
16 April 2018	07.10	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	07.20	III	Menciptakan lingkungan yang Tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman Hasil: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang dan suhu ruangan yang dingin - Tampak pasien nyaman dengan lingkungan yang tenang tanpa ada suara rebut diruangan	Nuni
	08.00	I	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg/ IV	Nuni
	08.10	III	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil : - Cefoperazone 1000 mg / IV	Nuni

	08.30	II	Menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi pada klien Hasil : - Perawat mempraktikkan teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam melalui hidung lalu menghembuskan melalui mulut dengan perlahan - Tampak klien memperhatikan - Tampak klien juga mengikuti teknik relaksasi yang diajar oleh perawat	Nuni
	10.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil: - TD : 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,3°C P : 19 x/menit	Nuni
	10.45	II	Mempertahankan balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat Hasil: - Perawat melakukan perawatan luka memakai handscon steril dan kassa steril - Perawat membersihkan luka dengan cairan NaCl	Nuni

			- Perawat menekan luka menggunakan kassa steril untuk membersihkan luka yang ada - Perawat membersihkan permukaan luka dengan kassa steril yang disiram NaCl - Tampak balutan dikaki bersih	
	11.10	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 8 unit / subcutan	Nuni
	12.15	II	Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Hasil: - Perawat memberitahukan pasien dan keluarga agar tidak membasahi luka - Tampak pasien dan keluarga mengerti	Nuni
	13.00	III	Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian longgar dan mata tertutup Hasil: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi terlentang dan sudah bisa mika miki - pasien juga mengatakan kadang-kadang duduk.	Nuni

			Tetapi nyeri masih muncul, pasien melakukan teknik relaksasi saat nyeri muncul - Tampak pasien sedang Duduk diatas tempat tidur dan menyandar ditembok	
	15.45	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil: - TD : 130/90 mmHg N : 85 x/menit S : 36,3°C P : 21 x/menit	Perawat K'wardah
	16.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Perawat K'wardah
	18.45	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Novorapid 6 unit / subcutan	Perawat K'wardah
	20.10	II	Memberikan terapi antibiotik yang sesuai Hasil : - Cefoperazone 1000 mg/ IV	Perawat K'wardah
	21.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil : - TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit	Perawat K'wardah

			S : 36,7°C P : 22 x/menit	
	22.00	I	Memberikan insulin sesuai resep Hasil: - Lantus 10 unit / subcutan	Perawat K'ifa
	24.00	III	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya Hasil: - Ketorolac 30 mg / IV	Perawat K'ifa
	05.00	I, II, III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil: - TD : 130/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36°C P : 20 x/menit	Perawat K'ifa
	07.30	III	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif Hasil: - Pasien mengatakan nyeri masih teriris - Pasien mengatakan nyeri masih berlangsung sekitar 2-3 menit - Pasien mengatakan saat duduk nyeri sudah berkurang tetapi kadang-kadang nyerinya muncul lagi - Pasien menngatakan jika nyeri muncul ia mengontrol	Nuni

			dengan teknik relaksasi - Pasien mengatakan nyeri sudah skala 3 - Tampak ekspresi wajah meringis sudah jarang ditunjukkan	
	07.00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil: - Hasil GDP: 119 mg / dl - Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh kotak - Tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis	Nuni
	07.10	II	Memonitor karaktristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau Hasil: - Tampak luka dipermukaan masih berwarna biru kemerahan - Tampak luka tidak berbau - Tampak ukuran luka masih sama dengan diameter ± 4 cm - Pasien mengatakan luka masih sama seperti sebelumnya.	Nuni

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. “H” / 61 tahun

Ruang / kamar : St. Bernadeth IIB /719[1]

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
14 April 2018	DP I : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan belum mengikuti anjuran dokter dan perawat - Pasien mengatakan cepat lapar O : - Hasil GDP : 101 mg/dl - Tampak pasien masih memakan kue A : kadar glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : 1. Monitor TTV 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran : peresepan diet	Nuni
	DP II : Kerusakan Integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : - Pasien mengatakan masih luka pada jempol kaki kiri - Pasien mengatakan lukanya belum kunjung sembuh O :	Nuni

	- Tampak luka masih berukuran ± 4 cm - Tampak luka diabetik pasien bewarna kemerahan - Hasil GDP : 101 mg/dl A : belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi : 1. Perawatan luka 2. Monitor TTV DP III : Nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka diabetik di kaki dan nyerinya seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri muncul saat sedang bergerak dan nyeri berlangsung ± 3-4 menit dengan skala nyeri 4 O : - Tampak ekspresi wajah pasien masih meringis - Observasi TTV : TD : 140/80 mmHg A : Nyeri masih belum terkontrol P : Lanjutkan intervensi : 1. Manajemen nyeri 2. Pemberian analgesik 3. Terapi relaksasi	Nuni

	4. Monitor TTV	
15 April 2018	DP I : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan sudah membatasi dan tidak lagi makan-makanan yang manis O : - Tampak pasien sudah tidak lagi memakan kue yang ada dimejanya dan buah - Hasil GDP : 151 mg/dl A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi : 1. Monitor TTV 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran : peresepan diet	Nuni
	DP II : Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : - Pasien mengatakan luka dipermukaan bewarna biru kemerahan - Pasien mengatakan luka tak kunjung sembuh-sembuh O : - Tampak luka tidak berbau	Nuni

	- Tampak ukuran luka masih ± 4 cm A : belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanutkan intervensi : 1. Perawatan luka 2. Monitor TTV DP III : Nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan masih nyeri pada luka diabetik ketika ia duduk tetapi saat mika miki nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan nyeri yang ia rasakan sekarang seperti teriris-iris, tetapi nyeri sudah berkurang tidak sama waktu awal dirawat dan nyeri berlangsung 2-3 menit - Pasien mengatakan nyeri sekarang sudah skala 3 O : - Tampak pasien masih kadang-kadang menunjukkan ekspresi wajah meringis - Tampak pasien memegang kakinya yang sakit A : Nyeri belum terkontrol P : Lanjutkan intervensi :	Nuni

	1. Manajemen nyeri 2. Pemberian analgesik 3. Terapi ralaksasi 4. Monitor TTV	
16 April 2018	DP I Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh kotak O : - Hasil GDP : 119 mg/dl - Tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi kepada kepada perawat ruangan 1. Monitor TTV 2. Manajemen hiperglikemia 3. Pengajaran : peresepan diet DP II Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme S : - Pasien mengatakan luka dipermukaan masih bewarna biru kemerahan	Nuni Nuni

	- Pasien mengatakan luka masih sama seperti sebelumnya O : - Tampak ukuran luka masih sama dengan diameter ± 4 cm - Tampak luka diabetik tidak berbau A : belum menunjukkan penyembuhan luka P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan 1. Perawatan luka 2. Monitor TTV DP III Nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri masih teriris berlangsung sekitar 2-3 menit - Pasien mengatakan jika nyeri muncul ia mengontrol dengan teknik relaksasi dan nyeri sudah skala 3 - Pasien mengatakan saat duduk nyeri sudah berkurang tetapi kadang-kadang nyerinya muncul lagi O : - Tampak ekspresi wajah pasien meringis sudah jarang	Nuni

	ditunjukkan - Observasi TTV : TD : 130/90 N : 85x/menit A : Nyeri pasien mulai terkontrol P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif 2. Pemberian analgesic 3. Terapi relaksasi 4. Monitor TTV	

G. DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Novorapid
   a. Klasifikasi / golongan : Antidiabetik Parenteral
   b. Dosis umum : 24 unit/kg/BB/hari
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 8U-8U-6U
   d. Cara pemberian obat : subcutan
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Merupakan insulin reaksi cepat yang akan bekerja 5-15 menit setelah masuk ke dalam tubuh penderita. Memiliki tingkat reaksi maksimal selama 30-90 menit dan pengaruhnya akan segera menghilang 3-5 jam kemudian.
   f. Alas an pemberian obat pada pasien untuk menetralkan kadar glukosa dalam darah karena pasien mengalami hiperglikemia.
   g. Kontraindikasi : hipoglikemia.

2. Nama obat : Lantus
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antidiabetika parenteral
   b. Dosis umum : 10 Unit/hari
   c. Cara pemberian obat : Subcutan
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

      Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang atau bekerja secara lambat yyaitu 24 jam. Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari.
   e. Alas an pemberian obat pada pasien :

      Insulin ini diberikan kepada pasien untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari karena pasien mengalami hiperglikemia.
   f. Kontraindikasi : hipersensitif
   g. Efek samping obat : hipoglikemia

3. Nama obat : cefoperazone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : Dewasa dan anak-anak >12 tahun 1-2 gr sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi. Dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gr.
   c. Dosis untuk pasien bersangkutan : 1000 mg/12 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat :

      Cefoperazone diabsorbsi sempurna setelah pemberian secara Intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi ke dalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, kosentrasi bakterisidal menetap selama 24 jam, 80-90%.
   f. Alas an pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

      Obat ini diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri pada pasien karena luka Diabetik yang dialami oleh pasien.
   g. Kontraindikasi :

      Hipersensivitas terhadap antibiotik golongan sefalosforin. Pada penderita alergi penicillin, kemungkinan reaksi alergi silang harus dipikirkan.
   h. Efek samping :
      1) Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis dan glottis
      2) Reaksi kulit eksterna, dermatitis alergi dan gatal.

4. Nama obat : ketorolac
   a. Klasifikasi/golongan obat : Analgetik
   b. Dosis umum : 10-20 mg
   c. Dosis pemberian obat pada pasien : 1 ampul/8 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
      Obat ini diberikan pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri karena pasien mengalami luka diabetik pada kedua telapak kaki.
   g. Kontraindikasi :
      Pebticulcer aktif, penyakit serebrosvaskuler, asma, bronkospasme, gangguan hipovolemik.
   h. Efek samping obat :
      Dyspepsia, sakit kepala, edema, gangguan saluran pernapasan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerepan praktek Asuhan Keperawatan pada Ny ”H” yang berusia 61 tahun dengan kasus Diabetes Melitus tipe II di ruang perawatan Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 14 – 16 April 2018 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe II. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Ny.”H” berumur 61 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 12 April 2018 dengan keluhan utama Luka pada jempol kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh. Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah. Keluhan ini masih dirasakan saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 April 2018, disertai dengan pasien mengeluh luka dan nyeri pada jempol kaki kiri. Tampak luka sebagian bernanah dan kemerahan dengan ukuran luka ± 4 cm. Tampak juga ekspresi wajah pasien meringis, observasi TTV : TD : 140/90 mmHg, N : 88x/menit, S : 36,7^{0}C, P : 26x/menit. Finger print kembali dalam waktu 3 detik, pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 April 2018 RBC : 3,5, HGB : 9,8. Glukosa sewaktu 180 mmol/dl dan terapi yang diberikan kepada pasien terpasang cairan NaCl 0,9 % 500 cc 20 tetes / menit, terapi obat seperti Novorapid 8-8-6 Unit / SC, lantus 0-0-14 Unit/ SC, Cefoperazone 1000 mg / 12 jam / IV, keterolac 30 mg / 8 jam / IV.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan faktor resiko penyakit DM tipe II yaitu dari hasil pemeriksaan GDS ditemukan hasil 180 mmol/dl yang menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia, didukung dengan faktor usia, pada umumnya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun keatas. Penurunan ini berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa penyebab dari diabetes melitus tipe II gaya hidup sehari-hari, faktor usia, faktor lingkungan, obesitas atau kegemukan. Berdasarkan pengkajian pada pasien ditemukan penyebab penyakit diabetes melitus tipe II adalah faktor pola makan kadar glukosa yang tidak dapat masuk ke dalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita, akibatnya penderita semakin sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk kedalam sel. Serta di dukung oleh faktor usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun) dan obesitas karena mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan mempengaruhi penurunan produksi insulin.

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

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

B. Diagnosa keperawatan

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

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

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yakni pasien mengatakan sangat suka makan yang manis-manis seperti kue brownis. Pasien mengatakan suka minum teh manis setiap pagi dan sering minum coca-cola atau pulpy. Pasien juga mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter untuk mengurangi makanan yang banyak mengandung gula. Pada saat pengkajian didapat hasil pemeriksaan glukosa 180 mmol/dl.
2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena dalam pengkajian penulis mendapatkan data yaitu pasien juga mengatakan nyeri pada jempol kaki sebelah kiri. Pasien mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter untuk mengurangi makanan yang mengandung gula. Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah. Pasien tidak pernah rutin kontrol dan konsumsi obat dan juga pasien tidak rutin olahraga.
3. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data pasien mengalami Luka pada jempol kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh. Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu muncul kemerahan pada kulit jempol kaki kiri dan 1 minggu yang lalu luka tersebut membesar dan bernanah dengan ukuran luka ± 4 cm. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk serta nyeri muncul sekitar 2-3 menit dengan skala nyeri 6 (skala sedang). Bila dibandingkan

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

a. Keletihan b/d status penyakit

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

b. Risiko tinggi infeksi (sepsis)

   Diagnosa ini tidak diangkat karena penulis menggantinya dengan diagnosa nyeri akut b/d agen cedera biologis yang ditandai dengan penyakit diabetes melitus.

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

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti mual, muntah serta IMT pada pasien juga dalam batas normal yaitu 28,51 kg/m^2 kesimpulan : berat badan berlebih.

C. Rencana Keperawatan

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

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.

2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Untuk diagnosa ini intervensi yang dilakukan antara lain : Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau, pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, anjurkan pasien atau anggota keluarga pada prosedur perawatan luka, anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi, berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka, monitor tanda-tanda vital, berikan terapi antibiotik yang sesuai.

3. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

   Untuk mengatasi masalah ini intervensi yang dibuat antara lain : Lakukan pengkajian nyeri komprehensif, berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien, monitor tanda-tanda vital.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacuh pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan sebelum sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah semua intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah nyeri akut semua intervensi juga telah dilakukan dan kerusakan integritas kulit juga telah dilakukan.

E. Evaluasi

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

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

   Untuk masalah ini sudah mulai teratasi, karena pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh kotak, hasil GDP : 119 mg/dl, tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis dan intervensi tetap dilanjutkan.
2. Kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme

   Pada diagnosa ini kerusakan integritas kulit pada pasien belum teratasi karena masih terdapat luka pada jempol kaki sebelah kiri. Intervensi tetap dilanjutkan.
3. Nyeri akut b/d agen cedera biologis

   Untuk masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan nyeri masih teriris berlangsung sekitar 2-3 menit, tanda-tanda vital dalam kategori normal dan masih nyeri pada kaki jempol sebelah kiri serta intervensi tetap dilanjutkan.

BAB V
PENUTUP

A. Simpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. “H” umur 61 tahun dengan diabetes melitus tipe II, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

1. Penyebab dari Diabetes Melitus tipe II pada kasus Ny “H” adalah faktor pola makan, serta didukung oleh faktor usia. Tidak ada riwayat genetik penyakit Diabetes Melitus pada anggota keluarga serta faktor obesitas. Berdasarkan pengkajian juga penulis menemukan data dari pasien antara lain : badan terasa lemas, poliuri, polidipsi dan ditemukan GDS : 180 mmol/dl.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny “H” masalah yang ditemukan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana diabetes, nyeri akut b/d agen cedera biologis, kerusakan integritas kulit b/d gangguan metabolisme.
3. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, penulis menemukan bahwa masalah risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah mulai teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh kotak, hasil GDS sudah menurun dan mendekati angka normal sedangkan pada diagnosa nyeri akut belum teratasi karena pasien mengatakan nyeri masih teriris berlangsung sekitar 2-3 menit dan masih merasakan nyeri pada kaki jempol sebelah kiri, serta pada diagnosa terakhir yaitu kerusakan integritas kulit pada pasien belum teratasi karena masih terdapat luka pada jempol kaki sebelah kiri. Intervensi tetap dilanjutkan.

4. Keberhasilan asuhan keperawatan ditentukan oleh beberapa faktor antara lain adanya kerja sama antara perawat, pasien, tenaga kesehatan yang lain, dan keluarga sehingga masalah yang ada dapat teratasi.

B. Saran

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

1. Bagi Rumah Sakit

   Dengan semakin meningkatnya angka kematian yang disebabkan penyakit Diabetes Melitus maka penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam penyuluhan, tindakan kuratif, dan kolaborasi antar tenaga kesehatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi pasien dan keluarga

   Dari faktor predisposisi dan penyakit Diabetes Melitus pada pasien, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan kepada pasien dalam perubahan pola hidupnya.

4. Bagi mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

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

Arjuna, R. 2015. *Penyakit Diabetes Melitus dan komplikasi.*

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

Latar belakang dan tujuan penulisan.
Http://www.Depkes.go.id.diet_sehat_diabetes melitus_sehat.html. Tanggal akses 24 april 2018.

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

Gloria M. Bulechek, H. K. 2013. *Nursing Interventions Classificasition (NIC).* Singapore: CV. Mocomedia.

http://www.baganintheword.com. Tanggal akses 14 mei 2018

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

Kamitsuru, T. H. 2015-2017, ed. 10. *NANDA International Inc. Diagnosa Keperawatan: Defenisi & Klasifikasi* . Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

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

Sue Moorhead, M. J. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* Singapore: CV. Mocomedia.

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Nuni Tandi A.
NIM : E1514401036
Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. “H” dengan Diabetes Melitus tipe II
Pembimbing I : Asrijal.,Ns.,M. Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	Rabu 09-05-2018	- BAB I Manfaat penulisan - BAB II Tinjauan teoritis	- Bab I perbaiki latar belakang - Bab II perbaiki penulisan diagnosa keperawatan	
2.	Senin 14-05-2018	BAB I & BAB II	- Bab I latar belakang diperbaiki, susun kalimat secara terstruktur. - Bab II perbaiki dengan menambahkan sumber buku setiap materi	
3.	Selasa 15-05-2018	BAB I & BAB II	- Bab I tambahkan data MRO dari RS - Bab I dan Bab II ACC. Lanjut Bab IV & Bab V	

			serta selesaikan patoflodiagram	
4.	Rabu 23-05-2018	BAB I, IV, dan V serta DAFTAR PUSTAKA	- Bab IV dilengkapi buat kesenjangan pada setiap diagnosa dan teori serta penyebab yang menyangkut kasus di Bab III - Bab V diperbaiki bagian saran sesuaikan di Bab I manfaat penulisan	
5.	Senin 28-05-2018	BAB IV & BAB V	- Bab IV perbaiki pada intervensi keperawatan dan implementasi sesuai yang dilakukan pada kasus - Bab V urutkan sesuai dengan teori dan kasus - Bab II lanjutkan patoflodiagram	
6.	Selasa	BAB IV & V	- Bab IV & Bab V	

	29-05-2018		ACC	
7.	Sabtu 02-06-2018	BAB II	- Patoflodiagram & daftar pustaka ACC	

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Nuni Tandi A.

NIM : E1514401036

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny.“H” dengan Diabetes Melitus tipe II

Pembimbing I : Wirmando, S.Kep.,Ns

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	Kamis 26-04-2018	BAB III	Perbaiki pengkajian pola kesehatan dan analisa data	
2.	Jumat 04-05-2018	BAB III	Perbaiki pengetikan dan penulisan, penomoran pada pengkajian, tambahkan data pada pola persepsi kesehatan serta pada pola aktivitas dan latihan, perbaiki pemeriksaan penunjang, pemeriksaan kadar glukosa	
3.	Rabu 09-05-2018	BAB III	Perbaiki pengkajian pada pola persepsi kognitif, perbaiki pengetikan serta diagnosa keperawatan kasih	

			dilembaran baru	
4.	Selasa 15-05-2018	BAB III	Perbaiki analisa data, serta hasil pemeriksaan glukosa darah tambahkan tanggal	
5.	Jumat 25-05-2018	BAB III	Perbaiki penyusunan kata pada pola persepsi	
			kesehatan khususnya pada keadaan sebelum sakit, pengetikan dirapikan, pola eliminasi ppada hasil observasi apa yang data untuk mengobservasi serta pada pola persepsi kognitif disingkat pengkajian nyeri	
6.	Senin 28-05-2018	BAB III	Perbaiki penulisan pada NOC dan NIC, serta tambahkan pada dianosa kerusakan integritas jaringan terapi antibiotik	
7.	Selasa 29-05-2015	BAB III	Perbaiki pada pelaksanaan	

			keperawatan tentang pemberian obat sesuai jam pemberian serta pengetika pada SOAP tambahkan data dari pengkajian yang ada, pengamatan kasus	
8.	Rabu 30-05-2018	BAB III	Perbaiki pengetikan dan penulisan pada SOAP, serta tambahkan terapi obat pada pengamatan kasus	
9.	Senin 04-06-2018	ACC BAB III		