KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG SANTO YOSEPH 5 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

ANDRIS MANAMPAISEM (NS2414901003)
LIDYA KAKISINA (NS2414901010)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG SANTO YOSEPH 5 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH :

ANDRIS MANAMPAISEM (NS2414901003)
LIDYA KAKISINA (NS2414901010)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama :

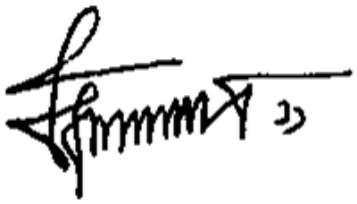
1. Andris Manampaisem (NS2414901003)
2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 19 November 2024

yang menyatakan,



Andris Manampaisem



Lidya Kakisina

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :
Nama Mahasiswa/NIM : 1. Andris Manampaisem (NS2414901003)
2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Disetujui oleh

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes)	(Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS)
NIDN : 0925027603	NIDN : 0913068201

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita E.R. Sa'pang., Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS
NIDN : 0913098201

iv

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama	:	1. Andris Manampaisem (NS2414901003) 2. Lidya Kakisina (NS2414901010)
Program Studi	:	Profesi Ners
Judul KIA	:	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	:Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes	(.....)
Pembimbing 2	:Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS	(.....)
Penguji 1	:Mery Sambo, Ns., M.Kep	(.....)
Penguji 2	:Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep	(.....)

Ditetapkan di : **Makassar**

Tanggal : **18 Desember 2024**

Mengetahui,

Ketua Stik Stella Maris Makassar

Sipriarus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes

NIDN : 0928027101

v

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

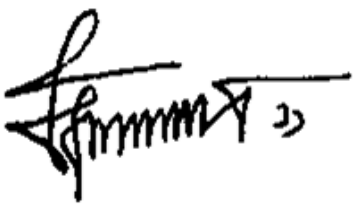
Nama : 1. Andris Manampaisem (NS2414901003)
2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Desember 2024

Yang Menyatakan,



Andris Manampaisem



Lidya Kakisina

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar". Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi pada Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat berjalan dengan baik karena bantuan dari banyak pihak. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada semua pihak yang terlibat membantu, mendukung, dan memotivasi penulis, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes., sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E.R. Sa'pang, NS., M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS., sebagai Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi sekaligus selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep., sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners sekaligus selaku penguji I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
6. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini

7. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep., selaku penguji II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengarahan kepada penulis selama menempuh pendidikan.
9. Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan izin untuk melaksanakan studi kasus di ruang perawatan Santo Yoseph 5
10. Teristimewa kedua orang tua, istri dan anak dari Andris Manampaisem dan juga orang tua, suami dan anak dari Lidya Kakisina yang telah mendukung penulis baik dalam doa, motivasi, serta dukungan material.
11. Untuk teman-teman mahasiswa Ners angkatan 2024 yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka selama menjalani penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis terbuka dalam menerima kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, November 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sitematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar 6
B. Konsep Dasar Keperawatan 21
BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Pengkajian 32
B. Analisa Data 50
C. Diagnosis Keperawatan 52
D. Intervensi Keperawatan 53
E. Implementasi Keperawatan 55
F. Evaluasi Keperawatan 66
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan 77
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 81

BAB V PENUTUP

A. Simpulan 84

B. Saran 85

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Darah Lengkap 20 Oktober 2024 48
Tabel 3.2 Analisa Data.....50
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan.....52
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....53
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 55
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan.....66
Tabel 4.1 PICOT EBN.....82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas 7

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi
Lampiran 2 Riwayat Hidup

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan agar manusia mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara normal. Gaya hidup sehat akan membantu tubuh kita menjadi lebih sehat dan mencegah munculnya penyakit. Namun, kemajuan dunia seperti di negara berkembang sudah banyak membuat perubahan terutama pada pola hidup masyarakat. Seperti saat ini masyarakat lebih cenderung memilih makanan yang serba cepat atau yang biasa dikenal dengan istilah *fast food.* Hal inilah yang membuat pola hidup manusia menjadi tidak sehat dan membuat masyarakat lebih cenderung mengonsumsi makanan secara berlebihan, serta konsumsi makanan cepat saji. Dari kebiasaan pola hidup seperti itulah akan beresiko meningkatkan kadar gula darah yang biasa terjadi pada penderita diabetes melitus (Karmana, 2023).

Data dari *International Diabetes Federation* (2021) menunjukan bahwa jumlah penderita DM mencapai 537 juta di tahun 2021. Prediksi peningkatan DM di tahun 2030 sekitar 643 juta dan pada tahun 2045 sejumlah 783 juta. Di Indonesia sendiri pada tahun 2021 menduduki peringkat ke 5 dengan jumlah diabetes sebanyak 19,5 juta penderita. Masalah inilah yang menjadi persoalan dan mendapat perhatian lebih, mengingat diabetes merupakan "*mother af all diseases*". Di Provinsi Sulawesi selatan prevalensi penderita DM sebanyak 50.127 penderita, sedangkan untuk Kota Makassar angka kejadian DM sebanyak 8.611 penderita (Kemenkes RI, 2019).

Perawat sebagai tenaga professional di bidang pelayanan kesehatan memiliki konstribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pada pasien DM, perawat juga berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup serta memberikan asuhan keperawatan yang holistik meliputi biopsikososial dan spiritual pasien,

karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga, baik saat dirawat, maupun ketika akan pulang dari RS. Sehingga pasien diabetes melitus tidak beresiko mengalami ulkus diabetik terutama pada kaki (Utomo et al., 2020).

Ulkus diabetik atau luka DM merupakan kerusakan sebagian atau keseluruhan pada kulit yang dapat meluas ke jaringan di bawah kulit, tendon otot, tulang atau persendian yang terjadi pada penderita DM. Kondisi ini timbul sebagai akibat terjadinya peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Faktor resiko utama dari ulkus diabetikum ialah penyakit pembuluh darah perifer, neuropati perifer, beban tekanan plantar abnormal dan infeksi. Jika ulkus diabetik berlangsung lama dan tidak dilakukan penatalaksanaan dengan tepat maka akan membuat luka terinfeksi dan mengakibatkan munculnya gangren serta dapat berujung pada amputasi ekstermitas bawah. Oleh karena itu, pasien yang mengalami komplikasi DM sebaiknya rutin mengendalikan gula darah dan harus sejalan dengan perawatan luka secara rutin, serta mengkomsumsi obat-obatanyang dianjurkan (Tjahjono, 2020).

Perawatan luka merupakan tindakan untuk merawat luka dengan tujuan mencegah infeksi silang (bakteri masuk melalui luka) sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Salah satu implementasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan resiko infeksi ialah dengan menggunakan NaCL 0,9% untuk perawatan luka. Cairan ini direkomendasikan sebagai pembersih luka, karena cairan normal memiliki komposisi sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh (Prayoga & Andriyani, 2024).

Menurut penelitian Suriani et al., (2023) perawatan luka dengan NaCL 0,9% dapat menurunkan resiko infeksi serta dapat mempercepat penyembuhan luka dibuktikan dengan diberikan implementasi perawatanluka dengan NaCL 0,9% kepada 2 responden dalam waktu 3 kali dalam seminggu dapat mempercepat penyembuhan luka dan

menurunkan resiko terjadinya infeksi.

Upaya untuk melakukan perawatan luka pada pasien yang mengalami komplikasi ulkus diabetikum sangat penting dilakukan, sehingga akan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama pada penderita DM yang mengalami komplikasi ulkus (Prayoga & Andriyani, 2024).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik mengambil kasus ini untuk diterapkan serta membahas dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Perawatan Santo Yoseph 5 RS. Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari karya ilmiah akhir ini dibedakan menjadi 2 tujuan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

   Untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis DM di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II
   d. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Akademik
   a. Bagi Institusi Pendidikan

      Menambah pengetahuan mahasiswa profesi ners dalam menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) tentang perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien dalam pemberian terapi non-farmakologis.
2. Manfaat Praktis
   a. Bagi Instansi Rumah Sakit

      Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatanpada pasien diabetes melitus tipe II.
   b. Bagi Pasien

      Melalui asuhan keperawatan yang diberikan kiranya dapat mengurangi tanda gejala serta menambah pengetahuan keluarga tentang diabetes melitus tipe II
   c. Bagi Penulis

      Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II serta melakukan pendokumentasian dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
   d. Bagi Institusi Pendidikan

      Menambah pengetahuan mahasiswa profesi ners dalam menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) untuk memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien dalam pemberian terapi non-farmakologis.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi Kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur dan mencari melalui internet yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan.

2. Studi Kasus
   a. Observasi

      Pengamatan langsung kondisi pasien diabetes melitus tipe II
   b. Wawancara

      Melakukan wawancara secara langsung pada pasien diabetes melitus tipe II dan keluarga pasien.
   c. Pemeriksaan Fisik

      Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien melalui : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
   d. Studi Dokumentasi

      Dengan melihat dokumen status pasien yang berhubungan dengan data dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang memuat tentang latar belakang pengambilan kasus Diabetes Mellitus sebagai kelolaan penulis, tujuan penulisan, manfaat, metode dan sistematika penulisan. BAB II (Tinjauan Pustaka) memuat konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan. BAB III (Pengamatan Kasus) yang menguraikan tentang pengamatan kasus pasien mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV (Pembahasan Kasus) menguraikan tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus yang dirawat serta pembahasan EBN. BAB V (Simpulan dan Saran) sebagai penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dan pada akhir Bab I sampai Bab V dilampirkan daftar pustaka.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Definisi

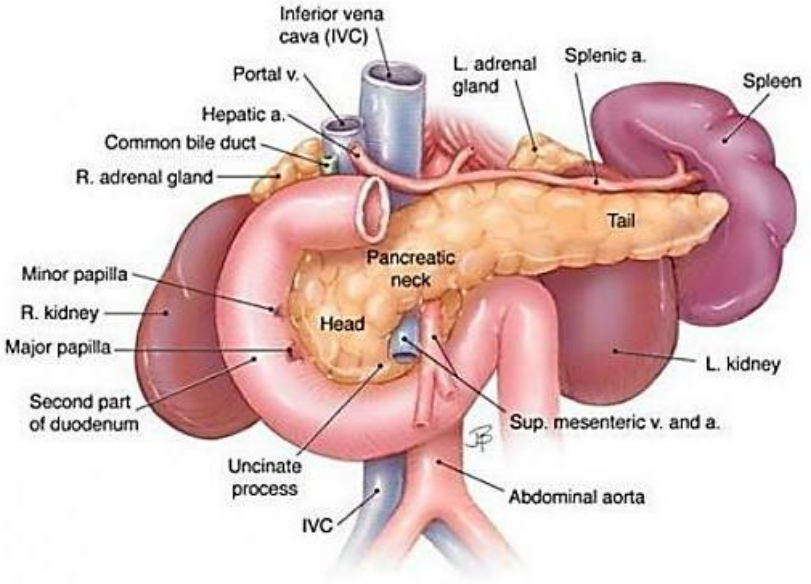
Diabetes melitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai (glikogen). Dengan demikian, terjadi hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, melibatkan kelainan metabolisme, karbohidrat, protein, dan lemak serta menimbulkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh (Lestari et al., 2021).

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu penyakit yang memilikiciri khas yaitu kadar glukosa darah yang tinggi pada tubuh (hiperglikemi) akibat ketidakcukupan insulin maupun ketidakmampuan tubuh dalam menghasilkan insulin (Nisak, 2021).

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit metabolik yang berhubungan dengan peningkatan gula darah yang tidak semestinya.Subtipe utama DM adalah diabetes tipe 1 dan diabetes mellitus tipe 2 yang secara umum terjadi karena kurangnya sekresi insulin. DM Tipe 1 ditandai dengan kurangnya produksi insulin sedangkan DM Tipe 2 disebabkan oleh penggunaan insulin yang kurang efektif oleh tubuh. DM tipe 2 merupakan tipe diabetes yang sering didapatkan dan biasanya timbul pada usia >45 tahun dengan hiperglikemia jangka panjang karena gaya hidup dan pilihan makananyang buruk (Nursihhah & Septian Wijaya, 2021).

Berdasarkan beberapa teori di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh adanya gangguan metabolisme sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat dan membuat produksi insulin ke pankreas tidak dapat bekerja secara efektif.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Pankreas (Sumber : F. M. Putri, 2023)

Pankreas adalah organ pipih yang terletak di belakang dan sedikit di bawah lambung dalam abdomen. Pankreas merupakan kelenjar retroperitoneal dengan panjang sekitar 12-15 cm (5-6 inchi) dan te bal 2,5 cm (1 inchi). Pankreas berada di posterior kurvatura mayor lambung. Pankreas terdiri dari kepala, badan, dan ekor yang biasanya terhubung ke duodenum oleh dua saluran, yaitu duktus santorini dan ampula vateri. Pankreas adalah bagian dari sistem pencernaan yang membuat dan mengeluarkan enzim pencernaan ke dalam usus dan juga organ endokrin yang membuat serta mengeluarkan hormon ke dalam darah untuk mengontrol metabolisme energi dan penyimpanan seluruh tubuh. Jaringan penyusun pankreas terdiri dari (F. M. Putri, 2023) :

a. Jaringan eksokrin terdiri dari sel sekretorik yang berbentuk seperti anggur dan disebut sebagai asinus/pancreatic acini merupakan jaringan yang menghasilkan enzim pencernaan ke dalam duodenum.
b. Jaringan endokrin yang terdiri dari pulau-pulau langerhans/

island of langerhans yang tersebar di seluruh jaringan pankreas dan menghasilkan insulin dan glukagon ke dalam darah. Pulau-pulau langerhans tersebut terdiri dari beberapa sel yaitu :

1) Sel α (sekitar 20%), menghasilkan hormon glukagon
2) Sel ß (dengan jumlah paling banyak 70%), menghasilkan hormon insulin
3) Sel δ (sekitar 5-10%), menghasilkan hormon somatostatin
4) Sel F atau PP (paling jarang), menghasilkan polipeptida pankreas

Insulin merupakan protein kecil terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lain di hubungkan oleh ikatan disulfde. Sebelum dapat berfungsi ia harus berkaitan dengan protein reseptror yang besar dalam membran sel. Sekresi insulin di kendalikan oleh kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah yang berlebihan akan merangsang sekresi insulin dan bila kadar glukosa normal atau rendah maka sekresi insulin akan berkurang.

1) Mekanisme kerja insulin

   Insulin meningkatkan transport glukosa ke dalam sel/ jaringan tubuh kecuali otak, tubulus, ginjal, mukosa, usus halus dan sel darah merah. Masuknya glukosa adalah suatu proses difusi, karena perbedaan konsentrasi glukosa bebas luar sel dan dalam sel.

2) Efek insulin
   a) Efek insulin pada metabolisme karbohidrat, glukosa yang diabsorbsi dalam darah menyebabkan sekresi insulin lebih cepat, meningkatkan dan menyimpanan penggunaan glukosa dalam hati, sertameningkatkan metabolisme glukosa dalam otot.
   b) Efek insulin pada metabolisme lemak dalam jangka panjang, menyebabkan aterosklerosis, serangan jantung,

stroke, dan penyakit vaskular lainnya.

c) Efek insulin pada metabolisme protein : transport aktif banyak asam amino ke sel, membentuk protein baru.

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

1) Genetik

Resiko diabetes melitus tipe II meningkat jika orang tua atau saudara kandung merupakan penderita diabetes melitus tipe II, sehingga menyebabkan peningkatan kerentanan sel-sel beta dan peningkatan kerentanan autoimun antibody. Anak yang orang tuanya mengidap penyakit DM kemungkinan besar akan diturunkan/membawa karies diabetes dari orang tua yang ditandai dengan kelainan sekresi insulin (Taja et al., 2024).

2) Usia

Risiko diabetes melitus tipe 2 meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 45 tahun. Hal ini dikarenakan terjadi proses penuaan yang dapat menurunkan sensitivitas insulin sehingga dapat mempengaruhi kadar glukosa dalam darah (Komariah & Rahayu, 2020).

b. Faktor presipitasi

1) Stres

Stres sangat berpengaruh terhadap penyakit diabetes melitus karena akan berpengaruh terhadap pengendalian dan tingkat kadar glukosa darah. Situasi yang dapat menimbulkan respon stres berupa peningkatan hormon adrenalin yang akhirnya dapat mengubah cadangan glikogen dalam hati menjadi glukosa sehingga memicu pelepasan katekolamin serta hormon kortisol dan menghambat kerja insulin (Anggraeni & Herlina, 2021).

2) Gaya hidup atau jarang melakukan aktivitas fisik

Seseorang yang tidak mengontrol pola makan disertai kurang aktif secara fisik, memiliki kecenderungan risiko diabetes melitus tipe 2 yang lebih tinggi. Aktifitas fisik yang kurang menyebabkan sistem sekresi tubuh berfungsi lambat sehingga menyebabkan penimbunan lemak dalam tubuh secara progresif dan menimbulkan kelebihan berat badan kemudian menyebabkan diabetes melitus. Hal ini dikarenakan pada saat melakukan aktivitas fisik terjadi proses penyerapan gula dan lemak untuk dijadikan energi atau cadangan energi (Taja et al., 2024).

3) Merokok

Seseorang yang merokok beresiko mengalami diabetes karena bahan kimia atau kandungan nikotin dalam asap rokok membahayakan sel-sel tubuh, sehingga mengurangi respon pankreas untuk memproduksi insulin. Kandungan nikotin dalam rokok berpengaruh dalam merangsang kelenjar adrenal dan meningkatkan kadar glukosa darah (Taja et al., 2024).

4. Patofisiologi

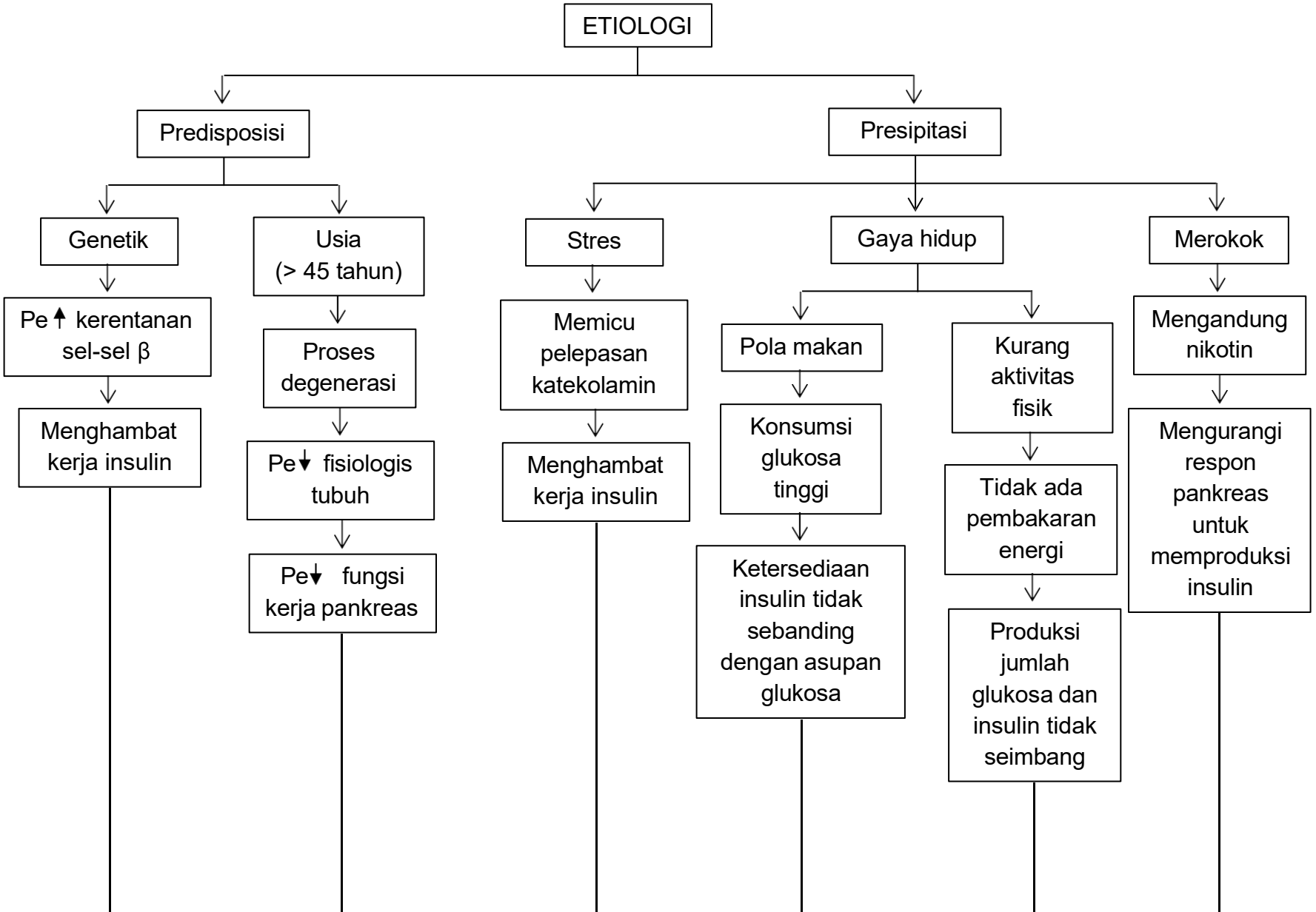
Diabetes melitus tipe 2 (DM tipe2) disebabkan oleh dua faktor yaitu : faktor predisposisi (faktor yang tidak dapat diubah) meliputi genetik, usia > 45 tahun dan faktor presipitasi (faktor yang dapat diubah) meliputi stres, gaya hidup dan merokok. Faktor predisposisi yang pertama, resiko diabetes melitus tipe II meningkat jika orang tua atau saudara kandung merupakan penderita diabetes melitus tipe II (genetik), sehingga menyebabkan peningkatan kerentanan sel-sel beta dan peningkatan kerentanan autoimun antibody. Selanjutnya yang ke dua, risiko diabetes melitus tipe 2 meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 45 tahun. Hal ini

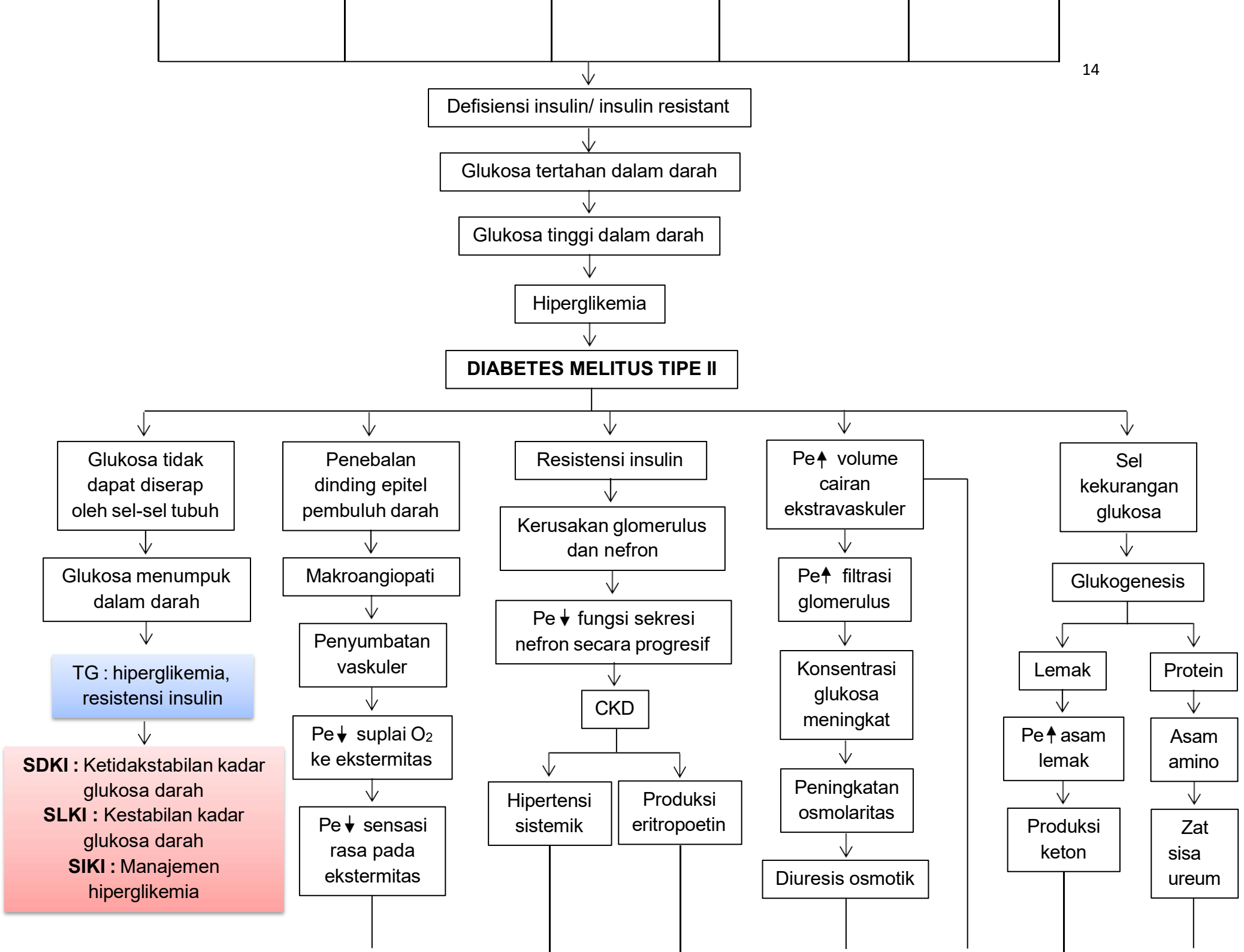
terjadi karena proses degenerasi yang menyebabkan penurunan fsisiologis tubuh dan fungsi kerja pankreas sehingga mengakibatkan aktivitas sel beta pada pankreas untuk menghasilkan insulin menurun. Selanjutnya faktor, presipitasi, yang pertama stres sangat berpengaruh terhadap penyakit diabetes melitus karena hal itu akan berpengaruh terhadap pengendalian dan tingkat kadar glukosa darah. Situasi yang dapat menimbulkan respon stres berupa peningkatan hormon adrenalin yang akhirnya dapat mengubah cadangan glikogen dalam hati menjadi glukosa sehingga memicu pelepasan katekolamin dan hormon kortisol sehingga menghambat kerja insulin. Kedua seseorang yang tidak mengontrol pola makan disertai kurang aktif secara fisik menyebabkan kurangnya pembakaran energi sehingga memicu produksi jumlah insulin tidak seimbang memiliki kecenderungan risiko diabetes melitus tipe 2 yang lebih tinggi. Ketiga seseorang yang merokok beresiko mengalami diabetes karena bahan kimia atau kandungan nikotin dalam asap rokok membahayakan sel-sel tubuh, sehingga mengurangi respon pankreas untuk memproduksi insulin (Lestari et al., 2021).

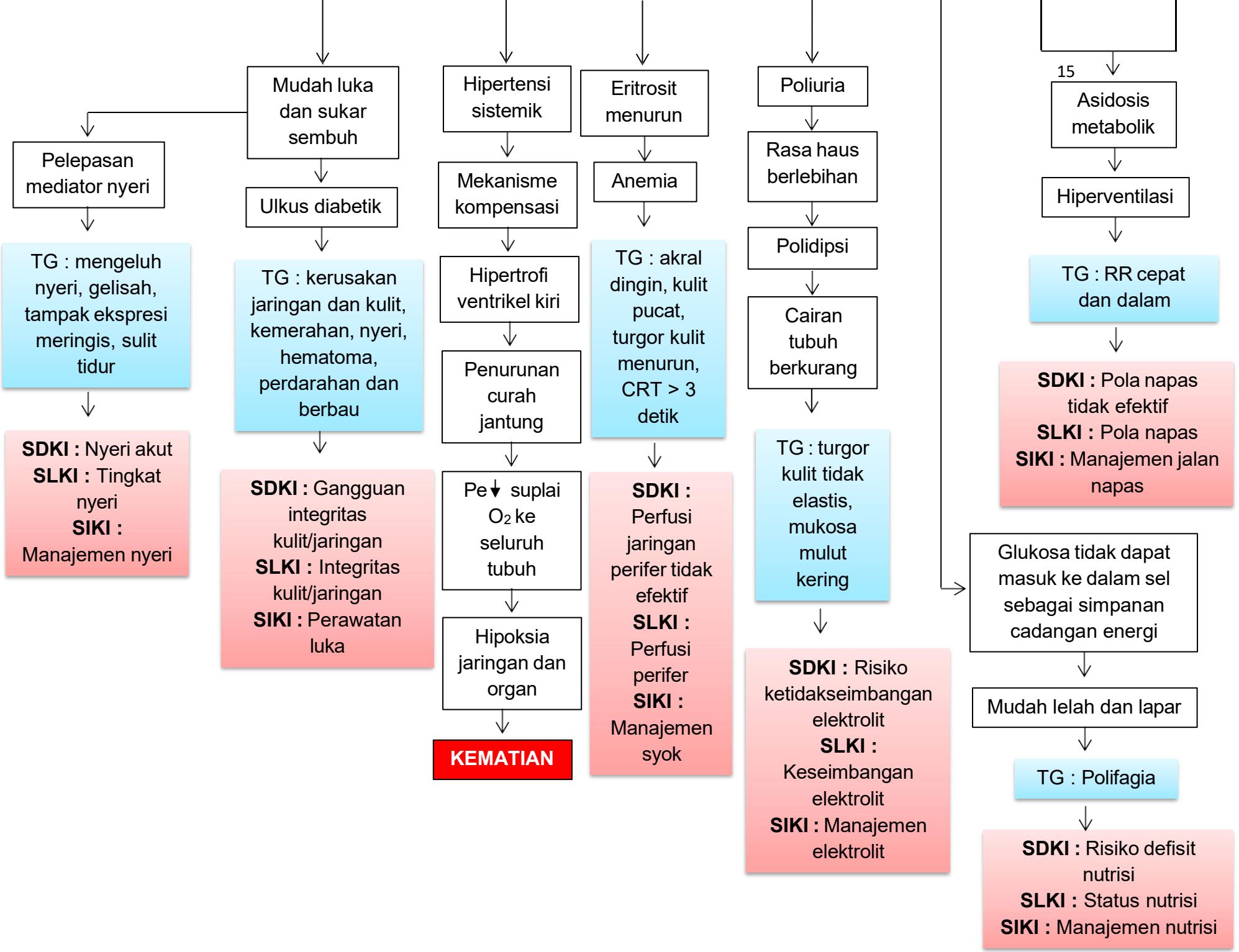
Diabetes melitus tipe II terjadi karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin karena kelainan fungsi sel β. Resistensi insulin ditandai dengan berkurangnya kemampuan insulin untuk menyeimbangkan kadar glukosa darah karena berkurangnya sensitivitas jaringan sehingga meningkatkan produksi insulin oleh sel β pankreas. Resistensi insulin dan hyperinsulinemia menyebabkan gangguan toleransi glukosa. Sel islet akan meningkatkan jumlah insulin yang disekresi untuk mengatasi resistensi insulin. Hiperinsulinemia, yang terjadi pada tahap awal dan menengah penyakit, merupakan pendorong DM tipe II. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam

mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikitlebih tinggi kadarnya. Namun, jika sel β tidak dapat menjaga dengan meningkatnya kebutuhan insulin maka akan mengakibatkan kadar glukosa meningkat dan DM tipe 2 berkembang (Lestari et al., 2021).

5. Patoflowdiagram




Defisiensi insulin/ insulin resistant
Glukosa tertahan dalam darah
Glukosa tinggi dalam darah
Hiperglikemia
DIABETES MELITUS TIPE II
Glukosa tidak dapat diserap oleh sel-sel tubuh
Glukosa menumpuk dalam darah
TG : hiperglikemia, resistensi insulin
SDKI : Ketidakstabilan kadar glukosa darah
SLKI : Kestabilan kadar glukosa darah
SIKI : Manajemen hiperglikemia
Penebalan dinding epitel pembuluh darah
Makroangiopati
Penyumbatan vaskuler
Pe↓ suplai O2 ke ekstermitas
Pe↓ sensasi rasa pada ekstermitas
Resistensi insulin
Kerusakan glomerulus dan nefron
Pe↓ fungsi sekresi nefron secara progresif
CKD
Hipertensi sistemik
Produksi eritropoetin
Pe↑ volume cairan ekstravaskuler
Pe↑ filtrasi glomerulus
Konsentrasi glukosa meningkat
Peningkatan osmolaritas
Diuresis osmotik
Sel kekurangan glukosa
Glukogenesis
Lemak
Protein
Pe↑ asam lemak
Asam amino
Produksi keton
Zat sisa ureum


Pelepasan mediator nyeri
TG : mengeluh nyeri, gelisah, tampak ekspresi meringis, sulit tidur
SDKI : Nyeri akut
SLKI : Tingkat nyeri
SIKI : Manajemen nyeri
Mudah luka dan sukar sembuh
Ulkus diabetik
TG : kerusakan jaringan dan kulit, kemerahan, nyeri, hematoma, perdarahan dan berbau
SDKI : Gangguan integritas kulit/jaringan
SLKI : Integritas kulit/jaringan
SIKI : Perawatan luka
Hipertensi sistemik
Mekanisme kompensasi
Hipertrofi ventrikel kiri
Penurunan curah jantung
Pe↓ suplai O_2 ke seluruh tubuh
Hipoksia jaringan dan organ
KEMATIAN
Eritrosit menurun
Anemia
TG : akral dingin, kulit pucat, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik
SDKI : Perfusi jaringan perifer tidak efektif
SLKI : Perfusi perifer
SIKI : Manajemen syok
Poliuria
Rasa haus berlebihan
Polidipsi
Cairan tubuh berkurang
TG : turgor kulit tidak elastis, mukosa mulut kering
SDKI : Risiko ketidakseimbangan elektrolit
SLKI : Keseimbangan elektrolit
SIKI : Manajemen elektrolit
15
Asidosis metabolik
Hiperventilasi
TG : RR cepat dan dalam
SDKI : Pola napas tidak efektif
SLKI : Pola napas
SIKI : Manajemen jalan napas
Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sebagai simpanan cadangan energi
Mudah lelah dan lapar
TG : Polifagia
SDKI : Risiko defisit nutrisi
SLKI : Status nutrisi
SIKI : Manajemen nutrisi

6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang khas dialami oleh pasien DM atau yang disebut TRIAS DM yaitu poliura (sering BAK), polidipsi(mudah haus), dan polyphagia (mudah lapar) serta beberapa tanda dan gejala lainnya yaitu (Priharsiwi & Kurniawati, 2021) :

a. Poliura (sering BAK)

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti dan menyebabkan cairan intrasel berdisfusi ke dalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotic (poliuria) (Lestari et al., 2021).

b. Polidpsi (banyak minum)

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel, akibatnya mulut menjadi keringdan sensor haus teraktivasi sehingga menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia) (Priharsiwi & Kurniawati, 2021).

c. Poliphagia (banyak makan)

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia) (Lestari et al., 2021).

d. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan terjadi karena glukosa tidak dapat di transport ke dalam sel sehingga sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot

mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis (Lestari et al., 2021).

e. Malaise atau kelemahan

Kurangnya cadangan energi menyebabkan pasien cepat lelah disebabkan metabolisme protein dan kehilangan kalium lewat urine (Priharsiwi & Kurniawati, 2021).

f. Kesemutan pada ekstremitas

Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki di waktu malam. Kulit akan terasa panas atau seperti tertusuk jarum, sering mengalami keram, dan rasa tebal di kulit sehingga saat berjalan seperti di atas bantal atau kasur (R. N. Putri & Waluyo, 2019).

g. Kelainan pada mata (penglihatan kabur)

Keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadilambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa (Sumiyati et al., 2021).

h. Infeksi kulit/gatal

Gatal-gatal disekitar penis atau vagina karena adanya peningkatan glukosa darah yang mengakibatkan penumpukan pula pada kulit sehingga menjadi gatal. Jamur dan bakteri mudah menyerang kulit sehingga mengakibatkan luka sulit sembuh (Larissa et al., 2021).

7. Tes Diagnostik

Ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk membuktikan seseorang benar-benarmenderita diabetes melitus, yaitu (Alpian et al., 2022) :

a. Tes HbA1C

Tes hemoglobin terglikasi (HbA1C) adalah pengukuran gula darah jangka panjang. Tes diagnosis diabetes melitus ini

memungkinkan dokter tahu berapa rata-rata nilai gula darah dalam beberapa bulan terakhir. Tes diagnosis diabetes melitus ini mengukur presentase gula darah yang terkait dengan hemoglobinyang membawa protein dalam sel darah merah. Semakin tinggi hemoglobin A1C, semakin tinggi pula tingkat gula darah.

b. Tes gula darah puasa (GDP)

Melakukan tes gula darah puasa untuk menegakan diagnosis risiko diabetes melitus. Sampel darah dalam tes diagnosis diabetes melitus ini akan diambil setelah melakukan puasa semalam (kurang lebih 8 jam). Untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus, terdapat beberapa kategori gula darah puasa yang harus diperhatikan. Norlam apabila GDP kurang dari 100 mg/dL (5.6 mmol/L). Prediabetes apabila GDP berada pada 100-125 mg/dL (5.6-6.9 mmol/L). Diabetes apabila GDP : 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih. Sejauh ini, tes gula darah puasa dianggap sebagai metode diagnosis diabetes melitus yang cukup efektif.

c. Tes gula darah sewaktu

Tes diagnosis diabetes melitus ini bisa dilakukan kapan saja, tanpa perlu mempertimbangkan waktu makan terakhir. Namun, biasanya tes diagnosis ini dilakukan apabila seseorang sudah memiliki gejala diabetes melitus seperti buang air kecil serta kehausan ekstrem. Nilai gula darah dalam tes diagnosis diabetes melitus ini akan ditampilkan dalam bentuk milligram per desiliter (mg/dL) atau millimole perliter (mmol/L). Jika hasil tes diagnosis diabetes melitusini menunjukkan 200 mg/dL (11.1 mmol/L) atau lebih, artinya gula darah seseorang tinggi dan dia mempunyai diabetes. Sementara jika hasil tes diagnosis diabetes melitus ini menunjukkan angka di bawah 200 mg/dL, artinya kadar gula darah masih di angka normal.

8. Penatalaksanaan Medis

Dalam penatalaksanaan medis ada beberapa obat yang dianjurkan bagi penderita diabetes melitus yaitu sebagai berikut (Alpian et al., 2022) :

a. Antidiabetik

Penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik, dan mengontrol berat badan. Bagi pasien DM tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetik oral terutama ditujukan untuk penanganan pasien DM tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi dan karbohidrat serta olahraga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olahraga dilakukan, kadar gula darah tetap di atas 200 mg% dan HbA1c di atas 8%. Jadi obat ini bukan menggantikan upaya diet, melainkanmembantunya.

b. Insulin

Insulin digunakan pada pasien yang tidak terkontrol dengandiet atau pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif. Pada pasien diabetes melitus fungsi insulin antara lain menaikkan pengembalian glukosa ke dalam sel-sel, menaikan penguraian glikogen dalam hati dan otot serta mencegah penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa.

9. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita diabetes melitus terbagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik (Yusnita et al., 2021) :

a. Komplikasi akut
    1) Hipoglikemia, adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dL). Kadar gula darah yang terlalu rendah mengakibatkan kurangnya pasokan energi pada sel-sel otak sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalamikerusakan.
    2) Hiperglikemia, adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik.
b. Komplikasi Kronis
    1) Komplikasi makrovaskuler, ialah komplikasi yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombosit otak (pembesaran darah pada sebagian otak), mengalami penyakitjantung koroner, gagal jantung kongesif dan stroke.
    2) Komplikasi mikrovaskuler, terutama terjadi pada penderita DM tipe 2 neuropati diabetik dan amputasi. Perubahan-perubahan yang terjadi pada penderita yakni :
        a) Retinopati diabetik : kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil pada retina mata.
        b) Nefropati : penyakit diabetes melitus turut menyebabkan kurang lebih 25% dari pasien-pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal yang memerlukan dialisis atau transplantasi setiap tahunnya di negara Amerika Serikat. Penyandang diabetes melitus tipe I sering memperlihatkan tanda-tanda permulaan penyakit renal setelah 15-20 tahun kemudian, sementara pasien diabetes melitus tipe II dapat terkena penyakit renal dalam waktu 10 tahun sejak diagnosis diabetes ditegakkan.

c) Neuropati: neuropati dalam diabetes melitus mengacu kepada sekelompok penyakit-penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom dan spinal. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis dan bergantung pada lokasi sel saraf.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Biodata

1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosis medis)
2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat,hubungan dengan pasien)

b. Anamnese

1) Keluhan utama

Cemas, lemas, anoreksia, mual, muntah, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kusmaul, nyeri abdomen, poliuri, polidipsi, penglihatan mata kabur, kelemahan, dan sakit kepala, biasanya disertai dengan adanya ulkus kaki diabetik.

2) Riwayat kesehatan saat ini

Berisi mengenai kapan awal mula terjadinya penyakit, faktor penyebab terjadinya penyakit ini, serta upaya yang sudah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya

3) Riwayat kesehatan sebelumnya

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit - penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Riwayat atau adanya faktor risiko, riwayat keluarga mengenai penyakit, obesitas, riwayat pankrearitis kronik,

riwayat pernah melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosaria selama stres (kehamilan, pembedahan, trauma, sebuah infeksi) atau terapi obat glukortikosteroid, diuretik, tiasid, kontrasepsi oral).

2. Pola Fungsional Gordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif : Pasien atau keluarga pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus, obesitas, jarang berolahraga, memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan manis, pasien mengatakan sering merasa haus dan lapar, sering BAK, kesemutan pada kaki, luka yang sulit sembuh, pasien mengatakan lelah meskipun tidak melakukan aktivitas.

Data objektif : pasien lemah, mengantuk, mengalami penurunan kesadaran, tampak luka pada ekstermitas, .

b. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif : Pasien mengeluh sering merasa lapar dan haus, mengalami penurunan berat badan.

Data objektif : Tampak mukosa bibir kering, tampak pasien sering makan dan minum

c. Pola eliminasi

Data subjektif : Perubahan pola berkemih yaitu pasien sering BAK (poliuria)

Data objektif : Tampak pasien sering BAK, urine berbau keton.

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif : Pasien mengatakan lelah atau lesu, mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas akibat luka, mengeluh kesemutan pada kaki.

Data objektif : Tampak pasien lelah atau lesu, tampak luka pada ekstermitas.

e. Pola istirahat dan tidur

   Data subjektif : Pasien mengatakan mengantuk

   Data objektif : Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, sering tertidur.

f. Pola persepsi kognitif

   Data subjektif : Mengalami gangguan pada penglihatan seperti penglihatan yang tidak jelas/kabur.

   Data objektif : Tampak pasien tidak mampu melihat dengan jelas.

g. Pola persepsi dan konsep diri

   Data subjektif: Perasaan tidak berdaya

   Data objektif: Merasa cemas

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

   Data subjektif: Terjadi perubahan peran.

   Data objektif: Perubahan pola biasa dalam tanggung jawab atau perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

   Data subjektif : Hubungan penyakit dengan masalah seksualitas

   Data objektif : Perilaku distraksi, gelisah, kelelahan otot, penurunan libido.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

   Data subjektif : Adanya faktor stres lama serta perasaan tak berdaya, putus asa.

   Data objektif : ansietas, ketakutan, mudah tersinggung

k. Pola sistem kepercayaan

   Data subjektif : Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakitnya

   Data objektif : Tampak sering berdoa, perlengkapan ibadah tersedia

3. Diagnosis Keperawatan

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin) (D.0027)
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0139)
d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan (D.0019)
e. Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (D.0142)
f. Risiko ketidakseimbangan elektrolit dibuktikan denganganggguan mekanisme regulasi (D.0037)

4. Standar Luaran Keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan berdasarkan diagnosa di atas menurut SLKI adalah sebagai berikut :

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia (resistensi insulin) (D.0027)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: kadar glukosa dalam darah cukup membaik, lelah/lesu cukup menurun, keluhan lapar cukup menurun.

Intervensi :

Manajemen Hiperglikemia

1) Observasi
    a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
       R/ Untuk mengetahui penyebab hiperglikema pada pasien
    b. Monitor kadar gukosa darah
       R/ Untuk mengetahui kadar glukosa pasien

c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

R/ Untuk mengetahui tanda dan gejala yang terjadi padapasien

2) Edukasi

a) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri

R/ Untuk mendeteksi hipoglikemia dan menyesuaikan dosis insulin sesuai kebutuhan

b) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

R/ Untuk membantu menstabilkan kadar gula darah

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu

R/ Untuk membantu penyerapan glukosa dalam sel-sel tubuh untuk mengendalikan kadar glukosa darah

b) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

R/ Untuk mencegah timbulnya gangguan elektrolit yang diakibatkan oleh peningkatan gula darah

b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, gelisah cukup menurun, kesulitan tidur cukup menurun.

Intervensi:

Manajemen nyeri

1) Observasi

a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri

R/ Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri

b) Identifikasi skala nyeri

R/ Untuk mengukur tingkat nyeri pasien

c) Identifikasi respon non verbal

R/ Untuk mengetahui perilaku atau ekspresi pasien saatmerasa nyeri

2) Terapeutik
   a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
      R/ Untuk penatalaksanaan mengurangi rasa nyeri
   b) Fasilitas istirahat dan tidur
      R/ Untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan istirahatdan tidur
3) Edukasi
   a) Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
      R/ Mengajarkan pada pasien teknik non farmakologi untuk membantu mengurangi nyeri
4) Kolaborasi
   a) Kolaborasi pemberian analgetik
      R/ Untuk mengurangi atau meredakan rasa nyeri

c. Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer (D.0139)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Kerusakan jaringan cukup menurun, kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nekrosis cukup menurun.

Penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil: drainase purulent cukup menurun, bau tidak sedap pada luka cukup menurun, infeksi cukup menurun

Intervensi:

Perawatan luka

1) Observasi
   a) Monitor karakteristik luka
      R/ Untuk mengetahui perkembangan luka
   b) Monitor tanda-tanda infeksi

R/ Untuk mengetahui terdapat infeksi atau tidak

2) Terapeutik
   a) Langkah-langkah perawatan luka
3) Edukasi
   a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
      R/ Agar pasien dan keluarga mengetahui kondisi luka pasien
   b) Anjurkan perawatan luka secara mandiri
      R/ mengajarkan pada pasien dan keluarga agar dapat mengetahui dasar perawatan luka untuk mengoptimalkan penyembuhan luka
4) Kolaborasi
   a) Kolaborasi prosedur *debriment*
      R/ Untuk mengangkat jaringan mati yang rusak
   b) Kolaborasi pemberian antibiotik
      R/ Untuk menghambat pertumbuhan bakteri dan infeksi

d. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
   Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Berat badan membaik, indeks masa tubuh (IMT) membaik, frekuensi makan membaik.
   Intervensi:
   Manajemen Nutrisi
   1) Observasi
      a) Identifikasi status nutrisi
      b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
      c) Identifikasi makanan yang disukai
      d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
      e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
      f) Monitor asupan makanan
      g) Monitor berat badan

h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

2) Terapeutik
   a) Lakukan oral hygiene sebelum makan
   b) Fasilitasi menentukan pedoman diet
3) Edukasi
   a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
   b) Anjurkan diet yang di programkan
4) Kolaborasi
   a) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang di butuhkan.

e. Resiko infeksi b/d penyakit kronis

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Kemerahan menurun, nyeri menurun.

Intervensi:

Pencegahan Infeksi

1) Observasi
   a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2) Terapeutik
   a) Batasi jumlah pengunjung
   b) Berikan perawatan kulit pada area edema
   c) Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
   d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
3) Edukasi
   a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
   b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
   c) Ajarkan teknik batuk dengan benar
   d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
   e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4) Kolaborasi
    a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

f. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b/d gangguan mekanisme
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3X24 jam, maka keseimbangan elektrolit meningat dengan kriteria hasil: Serum natrium meningkat, serum kalium meningkat, serum klorida meningkat
Intervensi :
Pemantauan elektrolit
1) Observasi
    a) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
    b) Monitor kadar eletrolit serum
    c) Monitor mual, muntah dan diare
    d) Monitor kehilangan cairan, jika perlu
    e) Monitor tanda dan gejala hiponatremia
    f) Monitor tanda dan gejala hipokalsemia
    g) Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia
    h) Monitor tanda dan gejala hipomagnasemia
2) Terapeutik
    a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

5. *Discharge Planning*

Hal-hal yang perlu diperhatikan keluarga mengenai penanganan dan pengobatan di rumah sehubungan dengan penyakit antara lain:

a. Demonstrasikan cara pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stik” dan beri kesempatan pasien untuk mendemonstrasikan kembali.
b. Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan di luar rumah.

c. Ajarkan identifikasi gejala hipoglikemia (mis, lemah, pusing, diaforesis, pucat, takikardi, tremor, pucat, sakit kepala).
d. Gunakan alas kaki saat berjalan dan hindari pemakaian sepatu yang sempit atau kurang pas untuk mencegah terjadinya luka dan apabila terdapat luka maka segera lakukan perawatan luka untuk mencegah perluasan luka.

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Ny. L umur 77 tahun masuk rumah sakit di ruang perawatan Santo Yoseph 5 RS Stella Maris Makassar pada tanggal 20 Oktober 2024 dengan diagnosis diabetes mellitus tipe II. Keluarga pasien mengatakan pasien cenderung tidur sejak 3 jam yang lalu sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris. Pada saat pengkajian tanggal 21 Oktober 2024, pasien cenderung lemas, mengantuk, pusing, tampak luka pada metatarsal kiri dengan luas 2x3 cm, tampak luka kemerahan, bengkak, terdapat pus dan bernanah. Pasien mengatakan sering merasa lapar. Pasien mengatakan luka pada punggung kaki kiri sejak 2 minggu yang lalu. Hasil pemeriksaan TTV : TD :130/68 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36,5 ^{o}C, P : 20x/menit, SpO_2 : 98%. Hasil pemeriksaan GDS : 264 mg/dL. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu dan memiliki sediaan obat amlodipine 5 mg dan metformin 500 mg namun tidak rutin minum obat karena merasa sudah sehat. Keluarga pasien mengatakan seminggu yang lalu pasien pernah dirawat dengan keluhan yang sama. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan mengonsumsi cemilan yang manis-manis seperti coklat, snack, biskuit dan minum kopi 2 kali sehari. Pasien mengatakan jarang berolahraga dan tidak suka mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran. Terapi obat yang diberikan : fonilyn MR/ 60 mg/ 24 jam/ oral, levofloxacin/ 500mg/ 24 jam/ IV, metformin/ 500 mg/ 8 jam/ oral, farbion/ 3cc/ 24 jam/ IV, amlodipine/ 5 mg/ 24 jam/ oral, glimepiride/ 3 mg/ 24 jam/ oral, bisoprolol/ 5 mg/ 24 jam/ oral.

Berdasarkan data di atas maka penulis mengangkat dua diagnosis keperawatan, yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: 1. Andris Manampaisem (NS2414901003) 2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Unit : Santo Yoseph 5 Autoanamnese : √

Kamar : 5006 Alloanamnese : √

Tanggal Masuk RS : 20 Oktober 2024

Tanggal Pengkajian : 21 Oktober 2024

1. IDENTITAS
   a. Pasien
      Nama Initial : Ny. L
      Umur : 77 tahun
      Jenis Kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak 5
      Agama/Suku : Kristen/Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang Digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : S1
      Pekerjaan : Pensiunan
      Alamat Rumah : Jl. Merpati II, No. 15
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Ny. L
      Umur : 42 tahun
      Alamat : Jl. Merpati II, No. 15
      Hubungan dengan pasien : Anak
2. DATA MEDIK
   a. Diagnosa medik
      1) Saat masuk : Diabetes Melitus Tipe II
      2) Saat pengkajian : Diabetes Melitus Tipe II

3. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Sakit

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

Alasan : tampak keadaan umum pasien lemah, tampak pasien lemas, sering tidur, tampak luka kemerahan pada metatarsal kiri pasien, tampak terpasang infus RL 500cc/ 20 tpm.

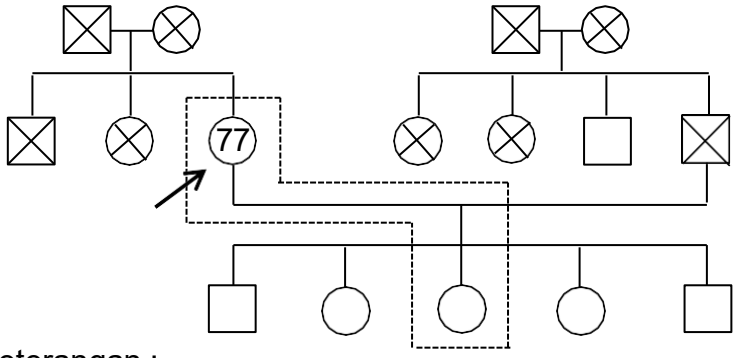
Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

1) Skala koma Glasglow (kuantitatif)
   a) Respon motorik 6
   b) Respon bicara 5
   c) Respon membuka mata 4
   Jumlah 15
   Kesimpulan : Pasien dalam kondisi sadar penuh

b. Tanda-Tanda Vital
   1) Tekanan darah : 130/68 mmHg
   2) MAP : 88,7
      Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai
   3) Suhu : 36,5^{o}C di axilla
   4) Pernapasan : 20x/menit
      a) Irama : Teratur
      b) Jenis : Dada
   5) Nadi : 76x/menit
      a) Irama : Teratur dan teraba kuat

c. Pengukuran
   1) Lingkar lengan atas : 33 cm
   2) Tinggi badan : 155 cm
   3) Berat badan : 62 kg
   4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 25,8 kg/m^2
      Kesimpulan : Berat badan lebih

d. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

: Meninggal

----- : Tinggal serumah

Penjelasan :

Pasien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu dari 5 orang anak. Pasien mengatakan ia tinggal bersama anak dan cucunya. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengannya. Pasien mengatakan kedua orang tuanya meninggal karena faktor usia. Pasien mengatakan ayah dan ibu mertuanya meninggal karena faktor usia. Pasien mengatakan suaminya meninggal karena kecelakaan.

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan jika sakit maka akan membeli obat di apotek dan beristirahat. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan mengonsumsi cemilan yang manis-manis seperti coklat, snack, biskuit dan minum kopi 2 kali sehari. Pasien

mengatakan jarang berolahraga dan tidak suka mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran.

2) Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama : Pasien tampak lemas
   b) Riwayat keluhan utama:

      Keluarga pasien mengatakan pasien cenderung tidur sejak 3 jam yang lalu sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris pada tanggal 20 Oktober 2024. Pada saat pengkajian tanggal 21 Oktober 2024, pasien cenderung lemas, mengantuk, pusing, tampak luka pada metatarsal kiri dengan luas 2x3 cm, tampak luka kemerahan, bengkak, terdapat pus dan bernanah. Pasien mengatakan sering merasa lapar. Pasien mengatakan luka pada punggung kaki kirinya dialami sejak 2 minggu yang lalu. Hasil pemeriksaan TTV : TD :130/68 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36,5 ^{o}C, P : 20x/menit, SpO_2 : 98%. Hasil pemeriksaan GDS : 264 mg/dL.
   c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

      Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu dan memiliki sediaan obat amlodipine 5 mg dan metformin 500 mg namun tidak rutin minum obat karena merasa sudah sehat. Keluarga pasien mengatakan seminggu yang lalu pasien pernah dirawat dengan keluhan yang sama.
   d) Riwayat kesehatan keluarga :

      Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit seperti dirinya.

e) Pemeriksaan fisik :

(1) Kebersihan rambut	:	Tampak bersih, berwarna putih, tidak berbau
(2) Kulit kepala	:	Tampak bersih, tidak ada lesi
(3) Kebersihan kulit	:	Tampak bercak-bercak hitam dan tampak luka kemerahan pada kaki kiri
(4) Hygiene rongga mulut	:	Tampak kotor dan berbau
(5) Kebersihan genetalia	:	Tampak bersih
(6) Kebersihan anus	:	Tampak bersih

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pola makan 3 kali sehari dengan menu nasi, gorengan seperti ikan goreng, tempe. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi dan makanan snack, biscuit atau kue yang manis sebelum sarapan dan pada sore hari. Pasien mengatakan tidak suka mengonsumsi sayuran dan juga buah-buahan kecuali pisang dan buah naga. Keluarga pasien mengatakan kadang makan lebih dari 3 kali sehari karena sering merasa lapar. Pasien mengatakan dalam sehari mampu menghabiskan 1250 – 2000 cc air putih dalam sehari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu yang disediakan rumah sakit. Pasien mengatakan sering merasa lapar. Pasien minum 1500-2500 cc air putih perhari.

3) Observasi :

Tampak terpasang cairan RL 500cc/20 tpm, tampak pasien menghabiskan porsi makanannya

4) Pemeriksaan fisik :
   a) Keadaan rambut : Tampak bersih, berwarna putih, tidak berbau
   b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebral tidak edema dan tampak conjungtiva tidak anemis
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak bersih, tidak ada peradangan, septum berada di tengah
   f) Rongga mulut : Tampak bersih
      Gusi : Tampak tidak ada peradangan
   g) Gigi : Tampak ada karang gigi, tampak ada gigi yang tanggal
      Gigi palsu : Tampak tidak ada penggunaan gigi palsu
   h) Kemampuan mengunyah keras :
      Pasien tidak mampu mengunyah keras
   i) Lidah : Tampak lidah bersih
   j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
   k) Kelenjar getah bening : Tidak teraba pembesaran
   l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran
   m) Abdomen :
      (1) Inspeksi : Tampak distensi
      (2) Auskultasi : Terdengar bising usus 15x/menit
      (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
      (4) Perkusi : Terdengar thympani
   n) Kulit :
      (1) Edema : Negatif
      (2) Ikterik : Negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada
(4) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi
1) Keadaan sebelum sakit :
Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat dan tidak mengedan saat BAB serta BAK lebih dari 5 kali sehari berwarna kekuningan. Pasien mengatakan tidak merasa nyeri saat BAB maupun BAK.
2) Keadaan sejak sakit :
Pasien mengatakan tidak ada masalah mengenai BAB dan BAKnya sejak sakit. Pasien mengatakan terakhir BAB kemarin sore 1 kali dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Pasien mengatakan sudah BAK 3 kali sejak tadi pagi dengan urine berwarna kuning pucat.
3) Observasi :
Tampak pasien menggunakan pampers.
4) Pemeriksaan fisik :
a) Peristaltik usus : 15 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : Teraba kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji
e) Anus :
(1) Peradangan : Tidak dikaji
(2) Hemoroid : Tidak dikaji
(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan
1) Keadaan sebelum sakit :
Pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas di rumah dengan melakukan pekerjaan rumah

seperti memasak. Pasien mengatakan sebelum sakit rajin mengikuti kegiatan yang diadakan di gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitasnya seperti semula. Pasien mengatakan lemas dan mengantuk sehingga sebagian aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak sering tertidur, tampak aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga.

Aktivitas harian :

(1) Makan : 0
(2) Mandi : 2
(3) Pakaian : 2
(4) Kerapihan : 2
(5) Buang air besar : 2
(6) Buang air kecil : 2

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

(1) Mobilisasi di tempat tidur : 2

a) Postur tubuh : Tampak gemuk
b) Gaya jalan : Tidak dapat dikaji
c) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada
d) Fiksasi : Tidak tampak penggunaan fiksasi
e) Tracheostomi : Tidak tampak penggunaan tracheostomy

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 130/68 mmHg
Duduk : Tidak dapat dikaji
Berdiri : Tidak dapat dikaji

Kesimpulan : -

b) HR : 76 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak datar dan simetris

Retraksi interkostal : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada

Stridor : Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Teraba getaran pada kedua lapang paru sama

Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi

(3) Perkusi : Terdengar redup pada kedua lapang paru

(4) Auskultasi :

Suara napas : Terdengar vesicular

Suara ucapan : Terdengar jelas dan normal

Suara tambahan : Tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Ictus cordis teraba 2 jari pada ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

(3) Perkusi

Batas atas jantung : Pada ICS 2 linea parasternalis sinistra

Batas bawah jantung : Pada ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : Pada ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung : Pada ICS 5 linea mid clavicularis sinistra

h) Auskultasi

(1) Bunyi jantung II A : Terdengar tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

(2) Bunyi jantung II P : Terdengar tunggal pada ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

(3) Bunyi jantung I T : Terdengar tunggal pada ICS 4 linea sternalis kiri

(4) Bunyi jantung I M : Terdengar tunggal pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(5) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

(6) Murmur : Tidak terdengar

(7) Bruit aorta : Tidak terdengar

Arteri renalis : Tidak terdengar

Arteri femoralis : Tidak terdengar

i) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : Negatif

(2) Rentang gerak : Tampak pasien mampu mengangkat tangan dan kakinya

Kaku sendi : Tidak tampak

Nyeri sendi : Tidak tampak

Fraktur : Tidak tampak

Parese : Tidak tampak

Paralisis : Tidak tampak

(3) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Kesimpulan : Kekuatan penuh

Refleks fisiologi

(1) Bisep : + / +

(2) Trisep : + / +

(3) Patella : + / +

(4) Achilles : + / +

Refleks patologis

(1) Babinski kiri : Negatif

(2) Babinski kanan : Negatif

Clubbing jari-jari : Negatif

Varises tungkai : Tidak tampak adanya varises tungkai

j) Columna vertebralis :

(1) Inspeksi : Tampak sedikit lordosis

(2) Palpasi : Teraba tidak ada benjolan

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidur kurang lebih 8-9 jam setiap harinya. Pasien tidur siang sekitar jam 13.00 atau jam 14.00 selama 1-2 jam setiap harinya. Pasien tidur pada malam hari selama 8 jam pada pukul 21.00 dan bangun pada pukul 05.00. Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur dan dapat langsung tertidur dengan pulas jika beristirahat.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan lebih banyak tidur sepanjang hari karena merasa mengantuk. Keluarga pasien mengatakan pasien sering tertidur dan menguap. Pasien biasanya tidur pada pagi dan sore hari ±3 jam. Pasien tidur pada malam hari dari jam 20.00 dan bangun pada jam 07.00.

3) Observasi :

Tampak pasien lemas, tampak pasien sesekali menguap

a) Ekspresi wajah mengantuk : Positif
b) Banyak menguap : Positif
c) Palpebra inferior berwarna gelap : Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia dapat melihat tanpa alat bantu namun jika membaca ia harus menggunakan kacamata. Pasien mampu mendengar dengan baik tanpa alat bantu. Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada pengecapan, penghiduan, maupun perabaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada fungsi persepsi sensori

3) Observasi :

Tampak pasien mampu mengenali orang lain tanpa menggunakan alat bantu untuk melihat dan mendengar

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih
(2) Pupil : Tampak isokor
(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Tekanan intraokuler pada kedua bola mata sama

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak bersih dan simetris

(2) Kanalis : Tampak tidak ada serumen

(3) Membran timpani : Tampak utuh

(4) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien mampu merasakan sentuhan pada kedua tangan dan kakinya

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sebagai istri, dan juga seorang ibu bagi kelima anaknya dan seorang nenek bagi cucu dan cicitnya. Pasien mengatakan untuk menafkahi keluarga diperoleh dari gaji pensiunan dan juga dari anak-anaknya. Pasien mengatakan sering memberi nasihat kepada anak serta cucu, cicitnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat kembali ke aktivitasnya.

3) Observasi :

Tampak pasien mampu berinteraksi dengan baik

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata saat berinteraksi

b) Rentang perhatian : Rentang perhatian penuh

c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas dan agak pelan

d) Postur tubuh : Tidak dapat dikaji

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak tampak adanya kelainan bawaan

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji

c) Kulit : Tampak kering

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tinggal bersama anak dan cucunya. Pasien mengatakan hubungan dengan anak, keluarga, serta kerabatnya terjalin baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa sangat diperhatikan oleh semua anak, keluarga dan kerabatnya. Pasien mengatakan anak, cucu dan cicitnya selalu mendampingi dan menjaga pasien selama dirawat serta selalu dijenguk oleh keluarga dan kerabatnya.

3) Observasi :

Tampak anak, cucu dan cicit bergantian mengunjungi dan menjaga pasien. Tampak pasien sering dikunjungi oleh keluarga maupun kerabatnya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah atau gangguan seksual.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sudah menopause dan tidak memiliki masalah atau gangguan pada reproduksi dan seksualitasnya

3) Observasi :

Tampak pasien berpakaian dan berpenampilan sesuai jenis kelaminnya.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika sedang stres ia memilih untuk berdoa agar ia bisa mengontrol emosinya. Pasien mengatakan jarang marah kepada keluarganya dan lebih memilih diam jika sedang marah.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisinya. Pasien merasa gelisah dan tidak nyaman dengan kondisinya saat ini yang harus terbaring lemah di tempat tidur.

3) Observasi :

Tampak pasien sedikit sedih saat menceritakan perasaannya terkait kondisinya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama kristen protestan dan sering melakukan pelayanan di gereja. Pasien juga mengatakan tidak memiliki nilai budaya atau agama tertentu yang dianut yang berhubungan dengan penyakitnya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan ia tidak dapat melakukan pelayanan bersama teman pelayanannya di gereja. Pasien selalu berdoa di tempat tidur demi kesembuhannya.

3) Observasi :

Tampak pasien selalu menyebut nama Tuhan ketika pasien merasa kesakitan.

5. Uji saraf kranial

a. N I (Olfaktorius)

Pasien dapat menghirup dan menyebutkan aroma minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II (Opticus)
   Pasien tidak mampu membaca tanda pengenal perawat dalam jarak ±30 cm dengan ukuran font 12.
c. N III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducen)
   Pasien mampu mengikuti gerakan tangan perawat ke atas, bawah, kiri dan kanan.
d. N V (Trigeminus)
   Sensorik : Pasien mampu menunjuk lokasi gerakan tissue pada wajah pasien.
   Motorik : Pasien mampu menelan dan menggigit dengan baik
e. N VII (Fascialis)
   Sensorik : Pasien mampu mengangkat kedua alis
   Motorik : Pasien mampu merasakan rasa dari makanan yang disediakan
f. N VIII (Vestibuloacusticus)
   Vestibularis : TIdak dapat dikaji
   AKustikus : Pasien mampu mendengar dan menunjuk lokasi suara gesekan tangan perawat di kedua telinga pasien
g. N IX (Glossopharyngeus)
   Tampak uvula berada di tengah
h. N X (Vagus)
   Pasien mampu menelan dengan baik
i. N XI (Accesorius)
   Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri
j. N XII (Hypoglossus)
   Pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari dalam dengan menggunakan lidah

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Gula Darah

Tanggal pemeriksaan :

1) 20 Oktober 2024 (GDS)

15.00 : 35 mg/dL

16.00 : 250 mg/dL

17.00 : 141 mg/dL

18.00 : 160 mg/dL

21.00 : 90 mg/dL

22.00 : 167 mg/dL

23.00 : 132 mg/dL

24.00 : 136 mg/dL

2) 21 Oktober 2024 (GDS)

03.00 : 138 mg/dL

06.00 : 82 mg/dL

07.00 : 281 mg/dL

08.00 : 271 mg/dL

09.00 : 250 mg/dL

12.00 : 265 mg/dL

16.00 : 264 mg/dL

b. Laboratorium

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorim 20 Oktober 2024

Parameter	Nilai	Rujukan	Satuan
WBC	10.54	4.79 – 11.34	10^3/uL
RBC	3.01	4.00 – 5.50	10^6/uL
HB	9.5	10.8 – 14.9	g/dL
HCT	27.6	34.0 – 45.1	%
MCV	91.7	71.8 – 92.0	fL
MCH	31.6	22.6 – 31.0	Pg

MCHC	34.4	30.8 – 35.2	g/dL
PLT	330	150 – 450	10^3/uL
RDW-CV	12.9	11.3 – 14.6	%
PDW	7.5	9.0 – 13.0	fL
MPV	8.3	7.2 – 11.1	fL
P-LCR	10.9	15.0 – 25.0	%
NEUT#	7.89	2.72 – 7.53	10^3/uL
LYMPH#	1.95	1.46 – 3.73	10^3/uL
MONO#	0.60	0.33 – 0.91	10^3/uL
EO#	0.09	0.04 – 0.43	10^3/uL
BASO#	0.01	0.02 – 0.09	10^3/uL
IG#	0.04		10^3/uL
NEUT%	74.8	42.5 – 71.0	%
LYMPH%	18.5	20.40 – 44.60	%
MONO%	5.7	3.60 – 9.90	%
EO%	0.9	0.7 – 5.4	%
BASO%	0.1	0.00 – 1.00	%
IG%	0.4	0 – 72	%

7. Terapi Obat
    a. Fonilyn MR/ 60 mg/ 24 jam/ oral
    b. Levofloxacin/ 500 mg/ 24 jam/ IV
    c. Metformin/ 500 mg/ 8 jam/ oral
    d. Farbion/ 3cc/ 24 jam/ IV
    e. Amlodipine/ 5 mg/ 24 jam/ oral
    f. Glimepiride/ 3 mg/ 24 jam/ oral
    g. Bisoprolol/ 5 mg/ 24 jam/ oral

B. Analisa Data

Nama : Ny. L

Usia : 77 tahun

Dx Medis : Diabetes Melitus Tipe II

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data subjektif : a. Pasien mengatakan merasa lemas b. Pasien mengatakan merasa mengantuk c. Pasien mengatakan sering merasa lapar d. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 3 tahun yang lalu namun tidak rutin minum obat Data objektif : a. Tampak pasien cenderung lemas b. Tampak pasien mengantuk c. Hasil pemeriksaan TTV : TD :130/68 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5 ^oC P : 20x/menit SpO_2 : 98%. d. Hasil pemeriksaan : GDS : 264 mg/dL	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2	Data subjektif : a. Pasien mengatakan luka pada punggung kaki kiri sejak 2 minggu yang lalu Data objektif : a. Tampak luka pada metatarsal kiri seluas 2x3 cm b. Tampak kemerahan pada area sekitar luka c. Tampak ada pus dan nanah	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit

	pada luka d. Tampak bengkak pada area sekitar luka		

C. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : a. Mengantuk menurun b. Lelah/lesu menurun c. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) **Observasi :** a. Monitor kadar glukosa darah, *jika perlu* **Terapeutik :** a. Berikan asupan cairan oral **Edukasi :** a. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri b. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga c. Ajarkan pengelolaan diabetes **Kolaborasi :** a. Kolaborasi pemberian insulin, *jika perlu* b. Kolaborasi pemberian cairan IV Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)

			Observasi : a. Identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan **Terapeutik :** a. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani **Edukasi :** a. Informasikan program yang harus dijalani b. Informasikan manfaat yang akan diperoleh
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Kemerahan menurun	Perawatan Luka (I.14564) **Observasi :** a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda-tanda infeksi **Terapeutik :** a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan c. Bersihkan jaringan nekrotik

			d. Berikan salep yang sesuai ke kulit e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase **Edukasi :** a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan prosedur luka secara mandiri **Kolaborasi :** a. Kolaborasi pemberian antibiotik, *jika perlu*

E. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	DX	Jam	Implementasi Keperawatan	Perawat
Selasa, 22 Oktober 2024	I	06.00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP : 446 mg/dL	Andris & Lidya
	I, II	08.30	Mengobservasi TTV dan KU pasien Hasil : TD : 122/59 mmHg N : 73 x/menit S : 36,2^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan merasa mengantuk, keluarga pasien mengatakan pasien sering tertidur, tampak pasien menguap, tampak KU lemah, GCS 15.	Andris & Lidya
	II	10.00	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak luka kemerahan, tampak ada pus	Andris & Lidya
	II	10.05	Melakukan perawatan luka Hasil : Tampak luka dibersihkan	Andris & Lidya

			menggunakan cairan NaCl, dan membuang jaringan nekrotik, lalu dibalutkan dengan kasa steril	
	I	10.10	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Tampak keluarga dan pasien mengerti mengenai tanda dan gejala infeksi	Andris & Lidya
	I, II	12.00	Memberikan obat : Hasil : - Metformin 500 mg/ oral - Amlodipine 5 mg/ oral - Bisoprolol 5 mg/ oral - Farbion 3 cc/ IV	Andris & Lidya
	I	12.05	Menginformasikan program yang harus dijalani Hasil : Tampak pasien bersedia mengikuti anjuran untuk mengurangi konsumsi makanan manis dan patuh menjalankan program pengobatan dengan rutin melakukan *check up* dan kontrol gula darah	Andris & Lidya

	II	12.10	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak kemerahan disekitar area luka, tampak luka dibalut dengan kassa.	Andris & Lidya
	I	13.30	Mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan Hasil : Keluarga mengatakan pasien sudah minum obat. Tampak obat yang diberikan telah diminum pasien	Andris & Lidya
	I, II	13.35	Mengobservasi TTV dan KU pasien Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 88 x/menit S : 36,5^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 99% Tampak pasien tertidur.	Andris & Lidya
	I, II	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 140/100 mmHg N : 80 x/menit S : 36^{o}C P : 20 x/menit	

			SpO_2 : 99%	
	I, II	18.00	Memberikan obat Hasil : - Fonilyn MR 60 mg/ oral - Levofloxacin 500 mg/ IV - Metformin 500 mg/ oral - Glimepiride 3 mg/ oral	
Rabu, 23 Oktober 2024	I	06.00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP : 157 mg/dL	
	I	06.05	Memberikan obat Hasil : Metformin 500 mg/ oral	
	I, II	08.30	Mengobservasi TTV dan KU pasien Hasil : TD : 143/65 mmHg N : 62 x/menit S : 36ºC P : 20 x/menit SpO_2 : 98% Pasien mengatakan merasa mengantuk, keluarga pasien mengatakan pasien cenderung tertidur, tampak pasien menguap, tampak KU lemah, GCS 15.	Andris & Lidya

	II	10.00	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak luka kemerahan dan bengkak pada area sekitar luka, tampak luka bersih.	Andris & Lidya
	II	10.05	Melakukan perawatan luka Hasil : Tampak luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl, dan membuang jaringan nekrotik, lalu dibalutkan dengan kasa steril	Andris & Lidya
	II	10.10	Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri Hasil : Tampak keluarga dan pasien diajarkan mengenai cara perawatan luka di rumah	Andris & Lidya
	I, II	12.00	Memberikan obat : Hasil : - Metformin 500 mg/ oral - Amlodipine 5 mg/ oral - Bisoprolol 5 mg/ oral - Farbion 3 cc/ IV	Andris & Lidya
	I	12.05	Menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika patuh terhadap program pengobatan	Andris & Lidya

			Hasil : Tampak pasien dan keluarga bersedia mengerti dan mengetahui manfaat jika patuh terhadap pengobatan.	
	II	12.10	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak kemerahan dan bengkak di sekitar area luka, tampak luka dibalut dengan kassa.	Andris & Lidya
	I	13.30	Mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan Hasil : Keluarga mengatakan pasien sudah minum obat. Tampak obat yang diberikan telah diminum pasien	Andris & Lidya
	I, II	13.35	Mengobservasi TTV dan KU pasien Hasil : TD : 135/80 mmHg N : 78 x/menit S : 37 ^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 99% Tampak pasien tertidur.	Andris & Lidya

	I, II	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/900 mmHg N : 80 x/menit S : 36^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 99% Memberikan obat Hasil : - Fonilyn MR 60 mg/ oral - Levofloxacin 500 mg/ IV - Metformin 500 mg/ oral - Glimepiride 3 mg/ oral	
Kamis, 24 Oktober 2024	I	06.00	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : GDP : 135 mg/dL	
	I	06.05	Memberikan obat Hasil : Metformin 500 mg/ oral	
	I, II	08.30	Mengobservasi TTV dan KU pasien Hasil : TD : 143/65 mmHg N : 62 x/menit S : 36^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 98%	Andris & Lidya

			Pasien mengatakan rasa mengantuk berkurang, keluarga pasien mengatakan pasien sudah jarang tertidur, tampak KU lemah, GCS 15.	
	II	10.00	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak luka kemerahan, tampak bengkak dia sekitar area luka berkurang, tampak luka bersih.	Andris & Lidya
	II	10.05	Melakukan perawatan luka Hasil : Tampak luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl, dan membuang jaringan nekrotik, lalu dibalutkan dengan kasa steril	Andris & Lidya
	II	10.10	Mengajarkan pengelolaan diabetes Hasil : Tampak keluarga dan pasien diajarkan mengenai pengelolaan diabetes dengan rutin mengonsumsi obat anti diabetes	Andris & Lidya
	I, II	12.00	Memberikan obat :	Andris &

			Hasil : - Metformin 500 mg/ oral - Amlodipine 5 mg/ oral - Bisoprolol 5 mg/ oral - Farbion 3 cc/ IV	Lidya
	I	12.05	Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang akan dijalani Hasil : Tampak keluarga bersedia mendukung program pengobatan pasien.	Andris & Lidya
	II	12.10	Memonitor karakteristik luka Hasil : Tampak kemerahan disekitar area luka, tampak bengkak berkurang, tampak luka dibalut dengan kassa.	Andris & Lidya
	I	13.30	Mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan Hasil : Keluarga mengatakan pasien sudah minum obat. Tampak obat yang diberikan telah diminum pasien.	Andris & Lidya
	I, II	13.35	Mengobservasi TTV dan KU	Andris &

			pasien Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 70 x/menit S : 36,5 ºC P : 20 x/menit SpO_2 : 99% Pasien mengatakan merasa lebih segar dan sudah jarang tertidur, tampak pasien sedang nonton TV	Lidya

F. Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	DK	Evaluasi	Perawat
Selasa, 22 Oktober 2024	I	**DK I : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin** S : - Pasien mengatakan merasa mengantuk - Keluarga pasien mengatakan pasien sering tertidur O : - Tampak pasien lebih banyak tertidur - Tampak pasien menguap - Hasil pemeriksaan GDP : 446 mg/dL - TTV : TD : 130/90 mmHg N : 88 x/menit S : 36,5^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 99% A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor kadar glukosa darah	Andris & Lidya

		- Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga - Ajarkan pengelolaan diabetes - Ajarkan kepatuhan menjalani program pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	**DK II : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer** S : - O : - Tampak area sekitar luka bengkak dan kemerahan - Tampak luka dibalut dengan kassa steril A : Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : Perawatan luka	Andris & Lidya
Rabu, 23 Oktober 2024	I	**DK I : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin** S : - Pasien mengatakan merasa	Andris & Lidya

		mengantuk - Keluarga pasien mengatakan pasien cenderung tertidur O : - Tampak pasien lebih banyak tertidur - Tampak pasien menguap - Hasil pemeriksaan GDP : 157 mg/dL - TTV : TD : 135/80 mmHg N : 78 x/menit S : 37 ^{o}C P : 18 x/menit SpO_2 : 99% A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga - Ajarkan pengelolaan diabetes - Ajarkan kepatuhan menjalani program pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	**DK II :Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati**	Andris & Lidya

		perifer S : - O : - Tampak area sekitar luka kemerahan dan bengkak - Tampak luka bersih - Tampak luka dibalut dengan kassa steril A : Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Perawatan luka	
Kamis, 24 Oktober 2024	I	**DK I : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin** S : - Pasien mengatakan rasa mengantuk berkurang - Pasien mengatakan merasa lebih segar dan sudah jarang tertidur - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah jarang tertidur O : - Tampak pasien sedang menonton	Andris & Lidya

		TV - Hasil pemeriksaan GDP : 135 mg/dL - TTV : TD : 130/80 mmHg N : 70 x/menit S : 36,5 ^{o}C P : 20 x/menit SpO_2 : 99% A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebagian teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor kadar glukosa darah - Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga - Ajarkan pengelolaan diabetes - Ajarkan kepatuhan menjalani program pengobatan - Kolaborasi pemberian obat	
	II	**DK II :Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer** S : - O : - Tampak area sekitar luka kemerahan dan bengkak	Andris & Lidya

		- Tampak luka bersih - Tampak luka dibalut dengan kassa steril A : Masalah keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : Perawatan luka	

DAFTAR OBAT

1. Fonilyn MR
   a. Nama obat : Fonilyn
   b. Klasifikasi/golongan obat : Anti diabetes golongan sulfonilurea
   c. Dosis umum : 30 - 120 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 60 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Fonilyn MR bekerja dengan cara meningkatkan pelepasan insulin dalam darah yang diproduksi oleh sel beta pankreas.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

      Untuk mengontrol gula darah pasien
   h. Kontraindikasi

      Hipersensitif, diabetes mellitus tipe 1, koma diabetik dan pra-koma, ketoasidosis diabetik, gangguan hati, ginjal, hamil, menyusui dan penggunaan bersamaan dengan miconazole.
   i. Efek samping

      Mual, muntah, diare, rasa tidak nyaman pada lambung

2. Levofloxacin/ 500 mg/ 24 jam/ IV
   a. Nama obat : Levofloxacin
   b. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik golongan fluorokuinolon
   c. Dosis umum : 500 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 500 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Levofloxacin bekerja dengan cara menghambat enzim yang diperlukan oleh bakteri untuk memperbanyak diri. Hasilnya, pertumbuhan bakteri dapat dihambat dan sistem kekebalan tubuh dapat membunuh bakteri yang tersisa.

g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

Sebagai antimikroba untuk mengatasi infeksi akibat kondisi hiperglikemik.

h. Kontraindikasi

Hipersensitif, epilepsi, riwayat gangguan tendon yang berhubungan dengan penggunaan fluoroquinolone sebelumnya.

i. Efek samping

Mual, muntah, dyspepsia, nyeri perut, diare, pusing, sait kepala, gangguan tidur (insomnia).

3. Metformin

a. Nama obat : Metformin
b. Klasifikasi/golongan obat : Anti diabetes golongan biguanide
c. Dosis umum : 500 - 850 mg/ 12 jam
d. Dosis untuk pasien : 500 mg/ 8 jam
e. Cara pemberian obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

Metformin bekerja dengan cara menghambat produksi glukosa (glukogenesis) di hati sehingga terjadi penundaan absorpsi atau penyerapan glukosa di usus dan menyebabkan terjadinya penurunan glukosa plasma baik basal maupun postprandial.

g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

Untuk mengontrol gula darah pasien.

h. Kontraindikasi

Pasien dengan penyakit ginjal, IMA, septicemia, CHF, penyakit hati kronik, alkoholik, hipoksia, asidosis metabolik, ketoasidosis diabetes, wanita hamil dan menyusui.

i. Efek samping

Anoreksia, mual muntah, diare, kepala terasa ringan, ruam kulit, keringat berlebihan dan gangguan daya pengecapan.

4. Farbion
   a. Nama obat : Farbion
   b. Klasifikasi/golongan obat : Vitamin/Suplemen
   c. Dosis umum : 3 cc/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 3 cc/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : IV
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Farbion adalah suplemen multivitamin dengan kandungan vitamin B kompleks yang terdiri dari vitamin B1, B6, dan B12 untuk mengatasi kekurangan vitamin serta gangguan saraf perifer.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien
      Menambah nafsu makan pasien.
   h. Kontraindikasi
      Hipersensitif dengan kandungan obat ini.
   i. Efek samping
      Kesemutan, sensasi terbakar, mati rasa dan nyeri yang memburuk pada malam hari.

5. Glimepiride
   a. Nama obat : Glimepiride
   b. Klasifikasi/golongan obat : Antidiabetes golongan sulfonylurea
   c. Dosis umum : 1 mg/ 24 jam. Dosis pemeliharaan 4 mg/ 24 jam. Dosis maksimal 6 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 3 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Glimepiride membantu menurunkan kadar gula darah dengan cara mendorong pankreas untuk memproduksi insulin dan membantu tubuh memaksimalkan kerja insulin.

g. Alasan pemberian obat pada pada pasien
   Untuk mengontrol gula darah pasien.
h. Kontraindikasi
   Hipersensitif, pasien ketoasidosis diabetik dengan atau tanpa koma.
i. Efek samping
   Muntah, nyeri lambung, diare, penglihatan kabur, reaksi hematologk.

6. Bisoprolol/ 5 mg/ 24 jam/ oral
   a. Nama obat : Bisoprolol
   b. Klasifikasi/golongan obat : Beta blockers
   c. Dosis umum : 5 - 10 mg/ 24 jam
   d. Dosis untuk pasien : 5 mg/ 24 jam
   e. Cara pemberian obat : Oral
   f. Mekanisme kerja dan fungsi obat
      Bisoprolol bekerja dengan cara memperlambat detak jantung dan menurunkan tekanan otot jantung saat berdetak. Selain itu, bisoprolol juga memiliki efek melebarkan pembuluh darah.
   g. Alasan pemberian obat pada pada pasien
      Untuk mengontrol tekanan darah pasien.
   h. Kontraindikasi
      Hipersensitif, pasien dengan bronkospasme, angina, gagal ginjal, gangguan pada hati, wanita hamil.
   i. Efek samping
      Kram abdomen, diare, pusing, sakit kepala, mual, bradikardi, hipotensi, mati rasa, kesemutan, ekstermitas dingin, nyeri tenggorokan, sesak napas atau mengi, kelelahan.

7. Amlodipine
   a. Nama obat : Amlodipine
   b. Klasifikasi/golongan obat : *Calcium-channel blockers* (CCBs)

c. Dosis umum : 5 mg/ 24 jam
d. Dosis untuk pasien : 5 mg/ 24 jam
e. Cara pemberian obat : Oral
f. Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Amlodipine bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke dalam otot pembuluh darah dan jantung, sehingga vasodilatasi dan menurunkan tekanan darah. Fungsi obat menurunkan tekanan darah pada hipertensi dan mengobati angina.
g. Alasan pemberian obat pada pada pasien

   Pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi
h. Kontraindikasi

   Hipersesitif terhadap kandungan amlodipine, pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipertensi berat, gagal jantung dan gangguan hepar.
i. Efek samping

   Mengantuk, pusing, lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah.

BAB IV
PENGAMATAN KASUS

Pada BAB ini akan dibahas mengenai kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada saat merawat pasien Ny. L dengan diabetes mellitus tipe II di ruang perawatan Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 22 Oktober 2024 hingga 24 Oktober 2024, melalui pendekatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

   Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien. Selain itu, penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan data yang diperoleh penulis pada kasus Ny. L usia 77 tahun didapatkan pasien cenderung lemas, mengantuk, pusing, tampak luka kemerahan pada metatarsal kiri seluas 2x3 cm. Pasien mengatakan pasien sering merasa lapar. Pasien mengatakan luka pada punggung kaki kiri sejak 2 minggu yang lalu. Hasil pemeriksaan TTV : TD :130/68 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36,5 ^{o}C, P : 20x/menit, SpO_2 : 98%. Hasil pemeriksaan GDS : 264 mg/dL.

   Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu dan memiliki sediaan obat amlodipine 5 mg dan metformin 500 mg namun tidak rutin minum obat karena merasa sudah sehat. Keluarga pasien mengatakan seminggu yang lalu pasien pernah dirawat dengan keluhan yang sama. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan mengonsumsi cemilan yang manis-manis seperti coklat, snack, biskuit dan minum kopi 2 kali sehari. Pasien mengatakan jarang berolahraga dan tidak

suka mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran. Hal ini sejalan dengan faktor pemicu terjadinya diabetes mellitus yaitu gaya hidup atau jarang melakukan aktivitas. Seseorang yang tidak mengontrol pola makan disertai kurangnya aktif secara fisik, memiliki kecenderungan risiko diabetes melitus tipe 2 yang lebih tinggi. Aktifitas fisik yang kurang menyebabkan sistem sekresi tubuh berfungsi lambat sehingga menyebabkan penimbunan lemak dalam tubuh secara progresif yang menyebabkan kelebihan berat badan dan timbulnya diabetes melitus. Hal ini dikarenakan pada saat melakukan aktivitas fisik terjadi proses penyerapan gula dan lemak untuk dijadikan energi atau cadangan energi (Taja et al., 2024).

Manifestasi klinis pada pasien diabetes mellitus tipe II adalah poliura (sering BAK), polidipsi (mudah haus), dan polyphagia (mudah lapar), penurunan berat badan, kesemutan pada ekstermitas, malaise atau kelemahan, mudah mengantuk, ketoasidosis dan penurunan kesadaran, kelainan pada mata, serta infeksi kulit/gatal (Priharsiwi & Kurniawati, 2021).

Berdasarkan manifestasi pada tinjauan pustaka hamper semua ditemukan pada pasien. Pasien mengeluh lemas, mengantuk, pusing, tampak luka kemerahan pada metatarsal kiri, dan pasien sering merasa lapar.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 2 diagnosis keperawatan, yaitu :

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Penulis mengangkat diagnosa ini karena keluhan yang dialami pasien yaitu cenderung lemas, mengantuk, pusing, tampak luka kemerahan pada metatarsal kiri dan sering merasa

lapar. Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan GDS : 264 mg/dL.

b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat luka pada metatarsal kiri pasien seluas 2 x 3 cm. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit dari punggung kaki, bengkak dan berwarna kemerahan, serta terdapat pus dan bernanah.

Diagnosis keperawatan pada tinjauan teori yang tidak diangkat pada kasus ini diantaranya :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang signifikan pada pasien untuk mengangkat diagnosa ini

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang signifikan pada pasien untuk mengangkat diagnosa ini

c. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena intervensi dari diagnosa ini sudah dilakukan pada diagnosa prioritas kedua yaitu perawatan luka

d. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan mekanisme regulasi

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang signifikan pada pasien untuk mengangkat diagnosa ini

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang diangkat, selanjutnya penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Intervensi berdasarkan SIKI yaitu manajemen hiperglikemia yang meliputi : Observasi : monitor kadar glukosa darah, monitor intake dan output cairan. Terapeutik : berikan asupan cairan oral. Edukasi : anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes. Kolaborasi : kolaborasi pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan IV. Intervensi pendukung yang penulis angkat yairu dukungan kepatuhan program pengobatan yang meliputi : Observasi : identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan. Terapeutik : Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani. Edukasi : informasikan program yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh.
b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Intervensi berdasarkan SIKI yaitu perawatan luka yang meliputi : Observasi : monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik : lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesua jumlah eksudat dan drainase. Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan perawatan luka secara mandiri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian antibiotik.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. L dilaksanakan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan. Untuk implementasi pada masalah gangguan integritas kulit salah satu implementasi yang dilakukan berdasarkan EBN yaitu perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0.9%

5. Evaluasi Keperawatan

   Dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari didapatkan :

   a. Diagnosa I : ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin sebagian teratasi dibuktikan dengan kadar glukosa darah yang mulai menurun, serta rasa mengantuk yang berkurang.
   b. Diagnosis II : gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer belum teratasi dibuktikan dengan masih adanya kerusakan kulit dan jaringan

B. Pembahasan Penerapan EBN

1. Judul EBN

   Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0.9%

2. Diagnosa keperawatan

   Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit dan jaringan, tampak luka pada metatarsal kiri dengan luas 2x3 cm, tampak luka kemerahan, tampak ada pus dan bernanah

3. Luaran yang diharapkan

   Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : kerusakan jaringan dan kerusakan lapisan kulit cukup menurun. Penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil : drainase purulent dan infeksi cukup menurun

4. Intervensi prioritas mengacu EBN

   Perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0.9%

5. Pembahasan tindakan keperawatan

   a. Pengertian tindakan

      Perawatan luka merupakan tindakan perawatan yang dilakukan dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman dan bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya. Perawatan luka dengan NaCl 0.9%,

cairan normal salin (NS) atau natrium klorida merupakan cairan yang direkomendasikan sebagai pembersih luka karena cairan ini memiliki komposisi yang sama seperti plasma darah sehingga aman bagi tubuh

b. Tujuan/rasional EBN

Membantu mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien dan mengurangi terjadinya risiko infeksi dan komplikasi berlanjut

c. PICOT EBN

	Jurnal I	Jurnal II
Judul Jurnal	Penerapan Perawatan Luka Ulkus Diabetik dengan NaCl 0.9% pada Pasien Diabetes Melitus di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar (Prayoga & Andriyani, 2024)	Penerapan Pembersihan Luka dengan Menggunakan NaCl 0.9% untuk Menghindari Kerusakan Integritas Kulit pada Pasien yang Mengalami Ulkus Diabetik (Suriani et al., 2023).
P : Problem	Sampel terdiri dari 2 orang yang menderita diabetes mellitus dengan luka ulkus	Sampel terdiri dari 1 orang yang menderita diabetes mellitus dengan luka ulkus
I : Intervention	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah perawatan luka menggunakan NaCl 0.9%	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah perawatan luka menggunakan NaCl 0.9%
C : Comprasion	Penelitian ini	Penelitian ini dilakukan

	dilakukan untuk mengetahui tingkat luka diabetes mellitus sebelum dan sesudah dilakukan perawatan luka menggunakan NaCl 0.9% serta untuk melihat perbandingan keduanya.	untuk mengetahui gambaran umum tentang penerapan pembersihan luka menggunakan NaCL 0.9% serta untuk menghindari kerusakan integritas kulit
O : Outcome	Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan tidak adanya pengurangan terhadap derajat luka namun terjadi pengurangan mengenai pus pada luka dan luka tampak bersih	Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan integritas kulit belum teratasi namun pus pada luka berkurang dan telah muncul jaringan baru pada bagian tengah luka
T : Time	Tindakan ini dilakukan selama kurang lebih 30 menit dalam sehari dan dilakukan selama 3 hari	Tindakan ini dilakukan dilakukan 1 kali/ hari selama 3 hari

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan diabetes mellitus tipe II dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

   Berdasarkan data yang diperoleh penulis pada kasus Ny. L usia 77 tahun didapatkan pasien cenderung lemas, mengantuk, pusing, tampak luka pada metatarsal kiri dengan luas 2x3 cm, tampak luka kemerahan, bengkak, terdapat pus dan bernanah. Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa lapar. Hasil pemeriksaan TTV : TD :130/68 mmHg, N : 76 x/menit, S : 36,5 ^{o}C, P : 20x/menit, SpO_2 : 98%. Hasil pemeriksaan GDS : 264 mg/dL.

2. Diagnosa Keperawatan

   Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. L adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan gangguan integritas kuli/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

3. Intervensi Keperawatan

   Rencana tindakan keperawatan dibuat berdasarkan hasil dari diagnosis keperawatan yang telah dibuat diantaranya : manajemen hiperglikemia dan dukungan kepatuhan program pengobatan serta perawatan luka.

4. Implementasi Keperawatan

   Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari berdasarkan intervensi yang telah dibuat. Salah satu implementasi yang dilakukan berdasarkan EBN adalah perawatan luka dengan NaCl 0.9%.

5. Evaluasi Keperawatan

   Dari hasil implementasi yang dilakukan pada Ny. L selama 3 hari didapatkan : Diagnosa I sebagian teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan dan diagnosis II belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

   Bagi pihak rumah sakit agar mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien diabetes mellitus tipe II berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

   Bagi profesi keperawatan diharapkan dapat berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian diabetes mellitus tipe II dengan pemberian pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Bagi institusi pendidikan diharapkan mampu memanfaatkan referensi ini untuk memperoleh ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II.

4. Bagi Pasien

   Diharapkan pasien dan keluarga selalu menjaga kesehatan dengan tetap menjaga pola makan, menerapkan pola hidup sehat dan rutin memeriksakan kesehatannya ke layanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Alpian, M., Mariawan Alfarizi, L., & Almahera. (2022). Diabetes mellitus tipe 2 (dua) dan pengobatannya: Suatu tinjauan literatur. *Journal of Public Health and Medical Studies*, *1*(1), 13–23. https://doi.org/10.56282/jphms.v1i1.254

Anggraeni, R., & Herlina, N. (2021). Hubungan antara stres dengan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus tipe 2: Study literature review. *Borneo Studies and Research*, *3*(1), 189–202.

InternationalDiabetesFederation. (2021). *Diabetes around the world in 2021*. International Diabetes Federation. https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/

Karmana, I. W. (2023). Penerapan pola hidup sehat untuk mencegah diabetes mellitus. *Panthera : Jurnal Ilmiah Pendidikan Sains Dan Terapan*, *3*(1), 1–7. https://doi.org/10.36312/pjipst.v3i1.141

KemenkesRI. (2019). Penyakit Tidak Menular. In *Laporan Provinsi Sulawesi Selatan RISKESDAS 2018* (pp. 110–121). Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan.

Komariah, & Rahayu, S. (2020). Hubungan usia, jenis kelamin dan indeks massa tubuh dengan kadar gula darah puasa pada pasien diabetes melitus tipe 2 di klinik Pratama Rawat jalan Proklamasi, Depok, Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, *11*(1), 41–50. https://doi.org/10.34035/jk.v11i1.412

Larissa, D., Nababan, K., & Sibarani, J. (2021). Manifestasi penyakit kulit pada pasien diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit Dr. Pirngadi Medan. *Nommensen Journal of Medicine*, *6*(2), 65–67. https://doi.org/10.36655/njm.v6i2.242

Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). *Diabetes melitus : Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan*. *7*(1), 237–241. https://doi.org/10.24252/psb.v7i1.24229

Nisak, R. (2021). Evaluasi kejadian dan klasifikasi ulkus diabetikum menurut Wagner pada penderita diabetes mellitus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, *7*(2). https://doi.org/10.33023/jikep.v7i2.729

Nursihhah, M., & Septian Wijaya, D. (2021). Hubungan kepatuhan diet terhadap pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Medika Hutama*, *02*(03), 1002–1010. https://jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/203/134

Prayoga, S. P. R., & Andriyani, A. (2024). Penerapan perawatan luka ulkus diabetik dengan NaCl 0 . 9 % pada pasien diabetes melitus di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, *2*(4), 179–187. https://doi.org/10.61132/protein.v2i4.725

Priharsiwi, D., & Kurniawati, T. (2021). Gambaran dukungan keluarga dan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2: Literature review. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, *1*, 324–335. https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.679

Putri, F. M. (2023). *Fisiologi dan anatomi manusia*. Anak Hebat Indonesia.

Putri, R. N., & Waluyo, A. (2019). Faktor resiko neuropati perifer diabetik pada pasien diabetes melitus tipe 2 : Tinjauan literatur. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, *3*(2), 17–25. https://doi.org/10.36341/jka.v3i2.839

Sumiyati, Umami, N. Z., & Simarmata, M. M. (2021). Pengaruh diabetes melitus terhadap mata. *Jurnal Mata Optik*, *2*(2), 1–9. https://doi.org/10.54363/jmo.v2i2.36

Suriani, A., Syahruddin, Samsul, T. D., & Fardi. (2023). Penerapan pembersihan luka dengan menggunakan NaCl 0 . 9 % untuk menghindari kerusakan integritas kulit pada pasien yang mengalami ulkus diabetik. *Jurnal Ilmu Kesehatan Sandi Husada*, *12*(2), 459–466. https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.1117

Taja, L. E. C., Ndoen, H. I., & Ndun, H. J. N. (2024). Hubungan genetik , kebiasaan merokok , dan aktivitas fisik dengan kejadian diabetes melitus tipe 2 pada lansia di wilayah kerja puskesmas Sikumana tahun 2021. *SEHATMAS (Jurnal Ilmian Kesehatan Masyarakat)*, *3*(3), 515–521. https://doi.org/10.55123/sehatmas.v3i3.3878

Tjahjono, H. D. (2020). Self management diabetes pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetikum di puskesmas Jagir Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, *9*(1), 33–38. https://doi.org/10.47560/kep.v9i1.212

Utomo, Al. A., Aulia, A., Rahmah, S., & Amalia, R. (2020). Faktor risiko diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Kajian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, *01*(01), 44–52. https://doi.org/10.31101/jkk.395

Yusnita, Hi. A. Djafar, M., & Tuharea, R. (2021). Risiko gejala komplikasi diabetes mellitus tipe II di UPTD Diabetes Center Kota Ternate. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, *4*(1), 60–73. https://doi.org/10.56338/mppki.v4i1.1391

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Andris Manampaisem (NS2414901003)
2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Teori : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Kamis, 19 November 2024	BAB I - Tambahkan mengenai penerapan EBN BAB II - Perbaiki pola Gordon sesuai dengan teori tentang DM - Perbaiki penulisan diagnosa risiko - Tambahkan perawatan luka dan pencegahan ulkus kaki diabetik pada *discharge planning* Perhatikan daftar pustaka dan sitasi			
2	Rabu, 4 Desember 2024	ACC BAB I – BAB II			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Andris Manampaisem (NS2414901003)
2. Lidya Kakisina (NS2414901010)

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Santo Yoseph 5 Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing Askep : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	Senin, 21 Oktober 2024	- Lapor kasus - ACC kasus : Diabetes mellitus tipe II - Lanjutkan intervensi - pengkajian			
2	Selasa, 19 November 2024	- Perbaikan pada pengkajian - Perbaikan pada analisa data - Perbaikan pada implementasi - Lanjutkan BAB IV			
3	Selasa, 3 Desember 2024	- Perhatikan kata yang salah ketik - Perbaikan kata pengantar - Lanjutkan BAB V			
4	Jumat, 13 Desember 2024	BAB V - Perhatikan judul bab - Tambahkan saran untuk pasien			
5	Senin, 15 Desember 2024	ACC BAB III - V			

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	:	Andris Manampaisem
Tempat/Tanggal Lahir	:	Sawarkas, 15 April 1984
Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Agama	:	Kristen Protestan
Alamat	:	Kampung Sawarkas, Desa Wafor, Kec. Supiori Timur, Kab. Supiori, Papua

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu	:	Simon Manampaisem / Ursula Rayar
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu	:	Petani / IRT
Alamat	:	Kampung Sawarkas, Desa Wafor, Kec. Supiori Timur, Kab. Supiori, Papua

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD YPK Nyiben	: 1995 – 2000
SMPN 2 Mansoben	: 2001 – 2003
SPK Pemda Biak	: 2004 – 2006
Keperawatan Biak (Diploma III)	: 2013 – 2015
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners)	: 2022 – 2024

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	:	Lidya Kakisina
Tempat/Tanggal Lahir	:	Lilibooi, 6 Maret 1987
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Kristen Protestan
Alamat	:	Wakre, Kel. Marsam, Kec. Supiori Timur, Kab. Supiori

Identitas Orang Tua/Wali

Nama Ayah / Ibu	:	Octovianus Kakisina / Carlina Huwae
Agama	:	Kristen Protestan
Pekerjaan Ayah / Ibu	:	Petani / Petani
Alamat	:	Sektor 1 Lilibooi, Kel. Lilibooi, Kec. Lehitu Barat, Kab. Maluku Tengah

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 2 Lehitu Barat	: 1994 – 2000
SMP Negeri 2 Lehitu Barat	: 2000 – 2003
SMA Negeri 1 Lehitu	: 2003 – 2006
Universitas Cendrawasi (Diploma III)	: 2006 – 2009
STIK Stella Maris Makassar (S1 & Ners)	: 2022 – 2024