



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DIRUANG BERNADETH
II RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

PENI SUDDIN (NS2214901129)

PIDELVIA PASAPAN (NS2214901130)

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

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIABETES MELITUS TIPE II DIRUANG BERNADETH
II RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

PENI SUDDIN (NS2214901129)

PIDELVIA PASAPAN (NS2214901130)

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

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. PENI SUDDIN (NS2214901129)
2. PIDELVIA PASAPAN (NS2214901130)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar - benarnya.

Makassar, 9 Juli 2023

Yang Menyatakan,


Peni Suddin


Pidelvia Pasapan

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

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

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Peni Suddin/NS2214901129
2. Pidelvia Pasapan/NS2214901130

Di setujui oleh:

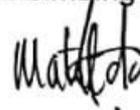
Pembimbing 1



Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep

NIDN: 0907049202

Pembimbing 2

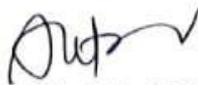


Matilda Paseno, Ns., M. Kes

NIDN: 0925107502

Menyetujui,

**Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita, NS., M. Kep., Sp. KMB)

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan Oleh:

Nama : 1. Peni Suddin (NS2214901129)
2. Pidelvia Pasapan (NS2214901130)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Bernadeth II
Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep (*Fairy*)
Pembimbing 2 : Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes (*Matilda*)
Penguji 1 : Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN (*Anita*)
Penguji 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes (*Rosmina*)

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 12 Juni 2023

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:

1. Peni Suddin (NS2214901129)
2. Pidelvia Pasapan (NS2214901130)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, 9 Juli 2023

Yang menyatakan


Peni Suddin


Pidel Pasapan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat - Nya yang berlimpah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.”**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E.R Sa'pang, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai pembimbing II Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar
5. Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN selaku Ketua Senat Akademik STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai penguji I yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini

6. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
7. Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
8. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar
9. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes. selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini
10. Segenap dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan
11. Kepada para tenaga medis dan keperawatan ruangan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar
12. Untuk kedua orang tua dari Peni Suddin (Edi Suddin dan Esther Simon) dan orang tua Pidelvia Pasapan (Matius Sirri dan Brigita Pasapan) dan seluruh teman - teman seangkatan serta keluarga, sahabat dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
13. Untuk teman - teman mahasiswa Ners angkatan 2022/2023 yang selalu bersama - sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH AKHIR ...	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Rumah Sakit	5
2. Bagi Profesi Keperawatan	5
3. Bagi Instusi Pendidikan	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi	14
5. Patoflow Diagram	17
6. Klasifikasi	20
7. Manifestasi Klinis	21
8. Komplikasi	23
9. Test Diagnostik	25

10. Penatalaksanaan Medis	27
B. Konsep Dasar Keperawatan	31
1. Pengkajian	31
2. Pola Fungsional Gordon	32
3. Diagnosa Keperawatan	34
4. Standar Luaran Keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan	34
5. <i>Discharge Planning</i>	38

BAB III PENGAMATAN KASUS

1. Pengamatan Kasus	40
2. Pengkajian	41
3. Diagnosa Keperawatan	73
4. Rencana Tindakan	74
5. Tindakan Keperawatan	79
6. Evaluasi Keperawatan	101

BAB IV PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Kasus	115
1. Pengkajian	115
2. Diagnosis Keperawatan	118
3. Perencanaan Keperawatan	120
4. Implementasi Keperawatan	121
5. Evaluasi Keperawatan	122
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	124

BAB V PENUTUP

A. SIMPULAN	130
B. SARAN	131

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	8
Gambar 2.2 Patoflowdiagram DM Tipe II	17
Gambar 3.1 Genogram	43

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang	59
Tabel 3.2 Kimia Darah	60
Table 3.3 Pemeriksaan Hematologi	60
Table 3.4 Analisa Data	69
Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan	73
Table 4.6 Rencana Keperawatan	74
Table 3.7 Tindakan Keperawatan	79
Table 3.8 Evaluasi Keperawatan	101

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP

Lampiran 2 Leflet Diet Diabetes Melitus

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

BAB 1

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan agar mampu melakukan aktifitas secara normal. Kesehatan dapat diartikan dengan kondisi fisik, mental, dan sosial yang bebas dari gangguan penyakit. Untuk mendapatkan standar kesehatan yang baik maka harus mengelola lingkungan sekitar dengan menerapkan gaya hidup yang sehat (Susanti & Kholisoh, 2018). Peningkatan angka harapan hidup di negara berkembang dari tahun ke tahun dapat membuat perubahan gaya hidup manusia menjadi tidak sehat. Gaya hidup yang sudah berubah dengan perubahan pola diet tinggi garam, lemak, dan gula dapat mengakibatkan masyarakat cenderung mengkonsumsi makanan secara berlebihan, dan juga makanan cepat saji yang saat ini digemari. Kebiasaan mengkonsumsi makanan yang berlemak dan makanan cepat saji dapat mengakibatkan peningkatan kadar gula darah yang biasa terjadi pada penderita diabetes melitus (Nuzulla, 2022).

Menurut *American Diabetes Association* tahun 2020, menjelaskan bahwa Diabetes Melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang terjadi karena pankreas tidak mampu mensekresi insulin, gangguan kerja insulin, ataupun keduanya. Dapat terjadi kerusakan jangka panjang dan kegagalan pada berbagai organ seperti mata, ginjal, saraf, jantung, serta pembuluh darah apabila dalam keadaan hiperglikemia kronis (Mathematics, 2016). Menurut P2PTM Kemenkes RI (2020), nilai normal gula darah sewaktu (GDS) / tanpa puasa adalah < 200 mg/dl sedangkan gula darah puasa (GDP) < 126 mg/dl. Diabetes mellitus

disebabkan oleh kekurangan hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas untuk menurunkan kadar gula darah (Dewi, 2022).

Salah satu cara yang telah terbukti untuk mengurangi resiko komplikasi pada penderita diabetes melitus yaitu pengendalian gula darah yang baik. Supaya bisa melakukan pengendalian terhadap gula darah dengan cara yang baik juga perlu melakukan penatalaksanaan holistic meliputi, edukasi, atau penyuluhan kesehatan, konsultasi gizi ada ahli gizi, melakukan aktivitas fisik yang sehat, mengkonsumsi obat - obatan yang dianjurkan, dan terus melakukan pemantauan gula darah secara rutin (PERKENI, 2021).

Berdasarkan laporan *International diabetes federation* (2021) juga memprediksi untuk umur sekitar 20-79 tahun pada angka penderita diabetes di Indonesia yang semula berjumlah 19,5 juta di tahun 2021 akan meningkat menjadi 28,6 juta di tahun 2045 mendatang. Dengan jumlah penderita diabetes yang meningkat setiap tahunnya yang membuat Indonesia menempati urutan ke-5 di dunia pada tahun 2045 dengan penderita diabetes terbanyak, atau akan naik satu peringkat dibanding data IDF pada tahun 2021 yang menempati peringkat ke-5 di (Kementerian Kesehatan RI., 2020).

Prevalensi penderita diabetes melitus yang terdiagnosis dokter atau gejala, tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah sebanyak 1,6%, Sulawesi Utara sebanyak 0,13% dan Sulawesi Selatan sebanyak 1,2%. Adapun menurut data statistik Kota Makassar tahun 2017 penyakit diabetes melitus menempati peringkat 5 dari 10 penyebab utama kematian, ditemukan sekitar 65 orang penderita diabetes melitus. Angka ini tidak menutup kemungkinan akan terus mengalami peningkatan (Adri et al., 2020).

Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur 15 tahun sebesar 2% angka ini menunjukkan peningkatan di bandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk 15 tahun pada hasil

Riskesmas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018 angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25% penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes melitus. Menurut kriteria tersebut, diabetes melitus di tegakkan bila kadar glukosa darah puasa > 200 mg/dL dengan gejala sering lapar, haus dan sering buang air kecil dan dalam jumlah banyak, dan berat badan (Kementerian Kesehatan RI., 2020).

Upaya untuk meningkatkan persepsi pada pasien yang menderita penyakit, diabetes melitus maka diperlukan seorang perawat melakukan penatalaksanaan yang efektif. Salah satu penatalaksanaan yang efektif yaitu memberikan edukasi perawat memberikan edukasi kesehatan kepada pasien diabetes melitus mengenai bagaimana melakukan perawatan diri, menjaga pola hidup, dan perubahan gaya hidup. Informasi yang diberikan oleh perawat tentang penyakit akan menambah pengetahuan seseorang terhadap penyakitnya dan persepsi yang muncul dapat memberikan informasi (Anggraeni et al., 2020).

Berdasarkan data diatas, menunjukkan bahwa penderita DM Tipe II membutuhkan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dan komprehensif. Perawat sebagai tenaga profesional dibidang pelayanan Kesehatan memiliki kontribusi yang besar dalam perawatan kesehatan khususnya pasien dengan DM, karena perawat tidak hanya memberikan asuhan keperawatan tetapi perawat juga melakukan peran edukator untuk memberi edukasi pada pasien dan keluarga baik saat dirawat, maupun akan pulang dari RS. Oleh sebab itu, penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di ruang perawatan Bernadeth II RS. Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes melitus tipe II di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi instansi rumah sakit

Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dan ketrampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Diabetes Melitus Tipe II serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah

3. Bagi institusi Pendidikan

Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi/ bacaan serta acuan dibagikan sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang

pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.

D. Metode Penulisan

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

1. Studi kepustakaan

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

2. Studi kasus

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

a. Observasi

Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi pasien

b. Wawancara

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

c. Pemeriksaan fisik

Dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

d. Diskusi

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

e. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini tersusun dari 5 bab yang terdiri bab 1 “pendahuluan” bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, tujuan penulisan manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II “Tinjauan Teoritis” bab ini menguraikan tentang pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* dan patoflowdiagram. Bab III “Pengamat Kasus” menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV “Pembahasan Kasus” yaitu bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan dilapangan. Bab V “Penutup” terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

PEMBAHASAN

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

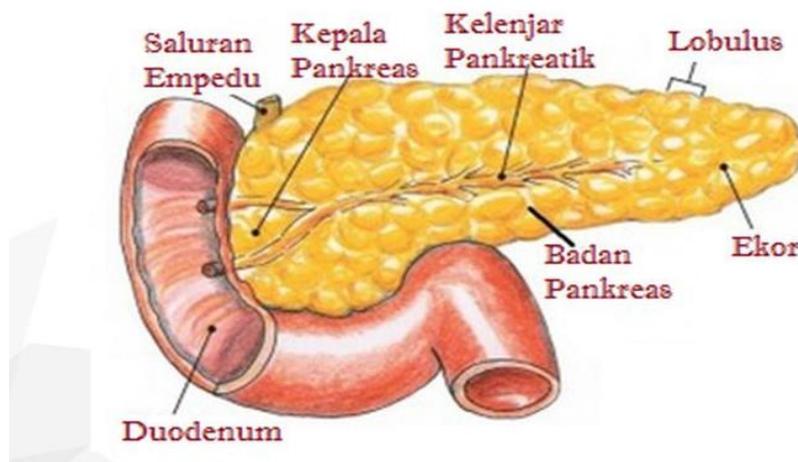
Diabetes adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan adanya peningkatan kadar gula dalam darah. Diabetes terjadi karena masalah produksi hormon insulin oleh pankreas baik hormon itu tidak diproduksi dalam jumlah yang benar maupun tubuh tidak bisa menggunakan hormon yang benar (Fabiana Meijon Fadul, 2019)

Diabetes mellitus adalah kondisi kronis yang terjadi bila ada peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin atau menggunakan insulin secara efektif (Pangestika et al., 2022)

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2019, Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang terjadi karena pankreas tidak mampu mensekresi insulin, gangguan kerja insulin, ataupun keduanya. Dapat terjadi kerusakan jangka panjang dan kegagalan pada berbagai organ mata, ginjal, saraf, jantung, serta pembuluh darah apabila dalam keadaan hiperglikemia kronis (Maria, 2019)

Berdasarkan beberapa teori diatas maka penulis menyimpulkan bahwa diabetes melitus adalah suatu penyakit karena adanya gangguan metabolisme sehingga menyebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah, dan membuat produksi hormon insulin ke pankreas bekerja secara tidak efektif.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Pankreas (Sumber: (Izzaty et al., 2021).

Pankreas adalah organ pipih yang terletak dibelakang dan sedikit di bawah lambung dalam abdomen yang tidak menghasilkan cukup insulin (WHO 2020). Pankreas merupakan kelenjar retroperitoneal dengan panjang sekitar 12-15 cm (5-6 inchi) dan tebal 2,5 cm (1 inchi). Pankreas berada di posterior kurvatura mayor lambung. Pankreas terdiri dari kepala, badan, dan ekor dan biasanya terhubung ke duodenum oleh dua saluran, yaitu duktus santorini dan ampula vateri (Tortora & Derrickson, 2012). Pankreas terletak di perut bagian atas di belakang perut. Pankreas adalah bagian dari sistem pencernaan yang membuat dan mengeluarkan enzim pencernaan ke dalam usus, dan juga organ endokrin yang membuat dan mengeluarkan hormon ke dalam darah untuk mengontrol metabolisme energi dan penyimpanan seluruh tubuh (Egabella, 2021). Jaringan penyusun pankreas terdiri dari:

- 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/Islet of Langerhans* yang tersebar di seluruh jaringan pankreas, yang menghasilkan insulin dan glukagon ke dalam darah. Pulau-pulau *langerhans* tersebut terdiri dari beberapa sel yaitu:
 - 1) Sel α (sekitar 20%), menghasilkan hormon glucagon
 - 2) Sel β (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 (Mescher, 2010 dalam Jepli, 2014).

Insulin merupakan protein kecil terdiri dari dua rantai asam amindio, satu sama lain di hubungkan oleh ikatan disulfde. Sebelum dapat berfungsi ia harus berkaitan dengan protein reseptor yang besar dalam membran sel. Sekresin 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

a) Mekanisme kerja insulin

insulin meningkatkan transport glukosa kedalam 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 dalam sel.

- (1) Meningkatnya transport asam amino ke dalam sel
- (2) Meningkatnya sintesis protein di otak dan hati

- (3) Menghambat kerja hormon yang sensitif terhadap lipase, meningkatkan sekresi lipida
 - (4) Meningkatkan pengambilan kalsium
- b) Efek insulin
- (1) Efek insulin pada metabolisme karbohidrat, glukosa yang diabsorpsi dalam darah menyebabkan sekresi insulin lebih cepat meningkatkan penyimpanan dan penggunaan glukosa dalam hati, dan meningkatkan metabolisme glukosa dalam otot.
 - (2) Efek insulin pada metabolisme lemak dalam jangka panjang kekurangan insulin menyebabkan aterosklerosis, serangan jantung, stroke, dan penyakit vaskular lainnya
 - (3) Efek insulin metabolisme protein: transport aktif banyak asam amino ke sel, membentuk protein baru.
- Kekurangan insulin dapat menyebabkan kelainan yang dikenal dengan Diabetes Mellitus, yang mengakibatkan glukosa tertahan diluar sel (cairan ekstraselule), mengakibatkan sel jaringan mengalami glukosa/energi dan merangsang glikogenolisis di sel hati dan sel jaringan. Konsentrasi glukosa darah mempunyai efek yang berlawanan dengan sekresi glukosa. Penurunan glukosa darah meningkatkan sekresi glukosa yang rendah. Pada orang normal, konsentrasi glukosa darah di atur antara sempit 90mg/100mL. orang yang berpuasa setiap pagi sebelum makan 120-140 mg/100mL, setelah makan akan meningkat, setelah 2 jam Kembali ke tingkat normal.

3. Etiologi

Menurut (Rudito, 2012) dalam Margaret (2021), penyebab diabetes melitus dikelompokkan menjadi:

a. Diabetes melitus tergantung insulin (IDDM)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes melitus tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya

2) Faktor imunologi

Pada diabetes melitus tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah - olah sebagai jaringan asing

3) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta pankreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel beta pankreas.

b. Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM)

Virus dan kuman leukosit antigen tidak nampak memainkan peran terjadinya NIDDM. Faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Sekitar 80% klien NIDDM adalah kegemukan *Overweight* membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Terjadinya hiperglikemia disaat pankreas tidak cukup menghasilkan insulin sesuai kebutuhan tubuh atau saat

jumlah reseptor insulin menurun atau mengalami gangguan. Faktor resiko dapat dijumpai pada klien dengan riwayat keluarga menderita DM adalah resiko yang besar. Pencegahan utama NIDDM adalah mempertahankan berat badan ideal.

Menurut Cynthia, (2021) penyebab resistensi insulin pada diabetes melitus sebenarnya tidak begitu jelas, faktor yang banyak berperan, antara lain:

1) Riwayat keluarga

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes melitus akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin. Glukosa darah puasa yang tinggi dikaitkan dengan risiko diabetes melitus di masa depan. Keluarga merupakan salah satu faktor risiko diabetes melitus jika salah satu dari orang tua menderita diabetes melitus tipe II, risiko anak mereka terkena diabetes melitus tipe II dengan sebesar 40%. Risiko ini akan menjadi 70% jika kedua orang tuanya menderita diabetes melitus tipe II

2) Jenis kelamin pria lebih rentan terkena hiperglikemia dibandingkan dengan wanita. Persentase hiperglikemia pada pria sebesar 12,9%, sedangkan pada wanita 9,7%. Hal ini berbeda dengan penelitian Gale dan Gillespie, (2010) dalam Cynthia, (2021) dimana diabetes melitus tipe II dominan terjadi pada wanita daripada pria. Tidak ada perbedaan prevalensi diabetes melitus tipe II antara pria dan wanita ketika berusia di bawah 25 tahun. Akan tetapi, mulai ada perbedaan sebesar 20% pada wanita daripada pria yang berusia 25-34 tahun. Pada kelompok usia 35-44 tahun perbedaannya menjadi 60% dan 14 kelompok usia 45-64

tahun DM tipe 2 lebih tinggi 2 kali lipat pada wanita daripada pria.

- 3) Kelainan genetik diabetes melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes melitus ini terjadi karena DNA pada orang DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin
- 4) Usia Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas yang memproduksi insulin. Diabetes melitus tipe II biasanya bermula pada penderita yang usianya lebih dari 30 tahun dan menjadi semakin lebih umum dengan peningkatan usia. Sekitar 15% dari orang yang lebih tua dari 70 tahun menderita diabetes melitus tipe II di negara maju diabetes melitus tipe II relatif terjadi di usia yang lebih muda, tetapi di negara berkembang terjadi pada kelompok usia lebih tua. Kenaikan prevalensi diabetes melitus dimulai pada masa dewasa awal di Negara Amerika orang yang berusia 45-55 tahun terkena diabetes melitus empat kali lebih banyak dibandingkan pada mereka yang berusia 20-44 tahun (Finucane & Popplewell, 2010 dalam Cynthia, 2021).
- 5) Gaya hidup stres Stres cenderung membuat hidup seseorang mencari makan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres juga meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan sumber energi yang berakibat 15 pada kenaikan kerja pankreas mudah rusak sehingga berdampak pada penurunan insulin
- 6) Pola makan yang salah kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama risiko terkena diabetes melitus. Malnutrisi

dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja dan resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

7) Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

8) Kebiasaan merokok

Rokok mengandung zat adiktif yang bernama nikotin. Nikotin ini dapat mengakibatkan ketergantungan dan kehilangan control merokok dapat mengakibatkan peningkatan sementara kadar glukosa darah, merokok juga dapat merusak sensitivitas organ dan jaringan terhadap aksi insulin

9) Masuknya bakteri atau virus kedalam pankreas akan mengakibatkan rusaknya sel-sel pankreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas.

4. Patofisiologi

Diabetes melitus merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan kadar gula darah melebihi batas normal. Penyakit ini ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah dimana terdapat penurunan melakukan kemampuan untuk merespon terhadap insulin maupun adanya penurunan pembentukan insulin oleh pancreas (V.A.R.Barao et al., 2022)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang letaknya di belakang lambung di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau langerhans yang berisi sel beta yang mengeluarkan hormon insulin, yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah

Diabetes melitus tipe 2 terjadi karena sebetulnya insulin tersedia, tetapi tidak bekerja dengan baik dimana insulin yang ada tidak mampu memasukkan glukosa dari peredaran darah untuk ke dalam sel-sel tubuh yang memerlukannya sehingga glukosa dalam darah tetap tinggi dan menyebabkan terjadinya hiperglikemia yang dimana sel-sel dalam tubuh berhenti berespon terhadap insulin atau pankreas berhenti memproduksi insulin sehingga dalam waktu tertentu dapat menyebabkan komplikasi metabolik akut, selain itu dalam jangka panjang hiperglikemia menyebabkan komplikasi makrovaskular, komplikasi mikrovaskular dan komplikasi neuropatik. Kondisi kronik hiperglikemi pada pasien diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi dan kegagalan organ terutama mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah (Izati, 2017).

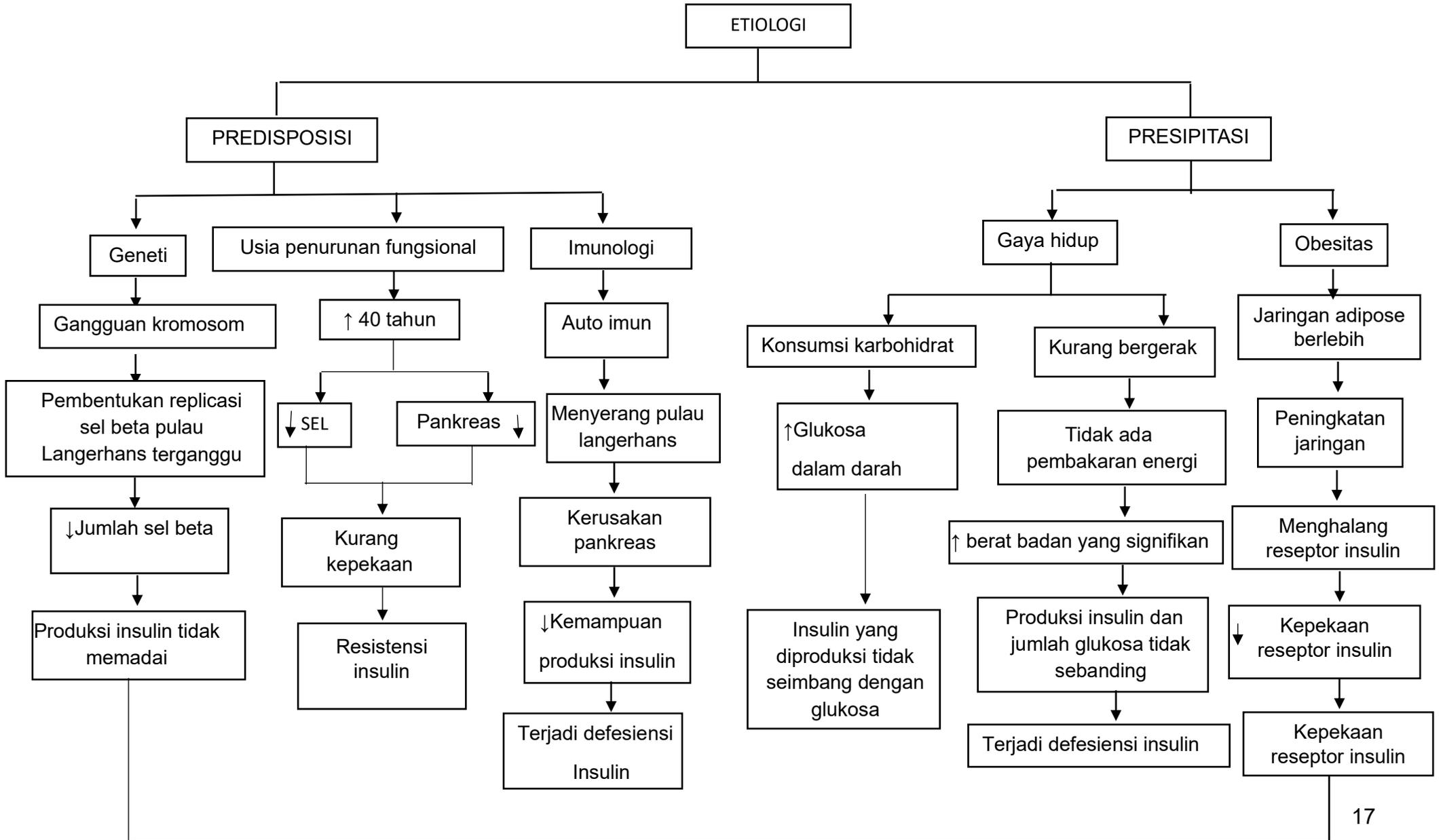
Hiperglikemia terjadi bukan hanya disebabkan oleh gangguan sekresi insulin (defisiensi insulin), tapi pada saat bersamaan juga terjadi rendahnya respons jaringan tubuh terhadap insulin (resistensi insulin). Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori, poliuria (banyak kencing) terjadi karena hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi, dan terjadi polidipsia (banyak minum) karena diawali dari banyaknya urin yang keluar dimana tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkan. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glikosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain). Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan

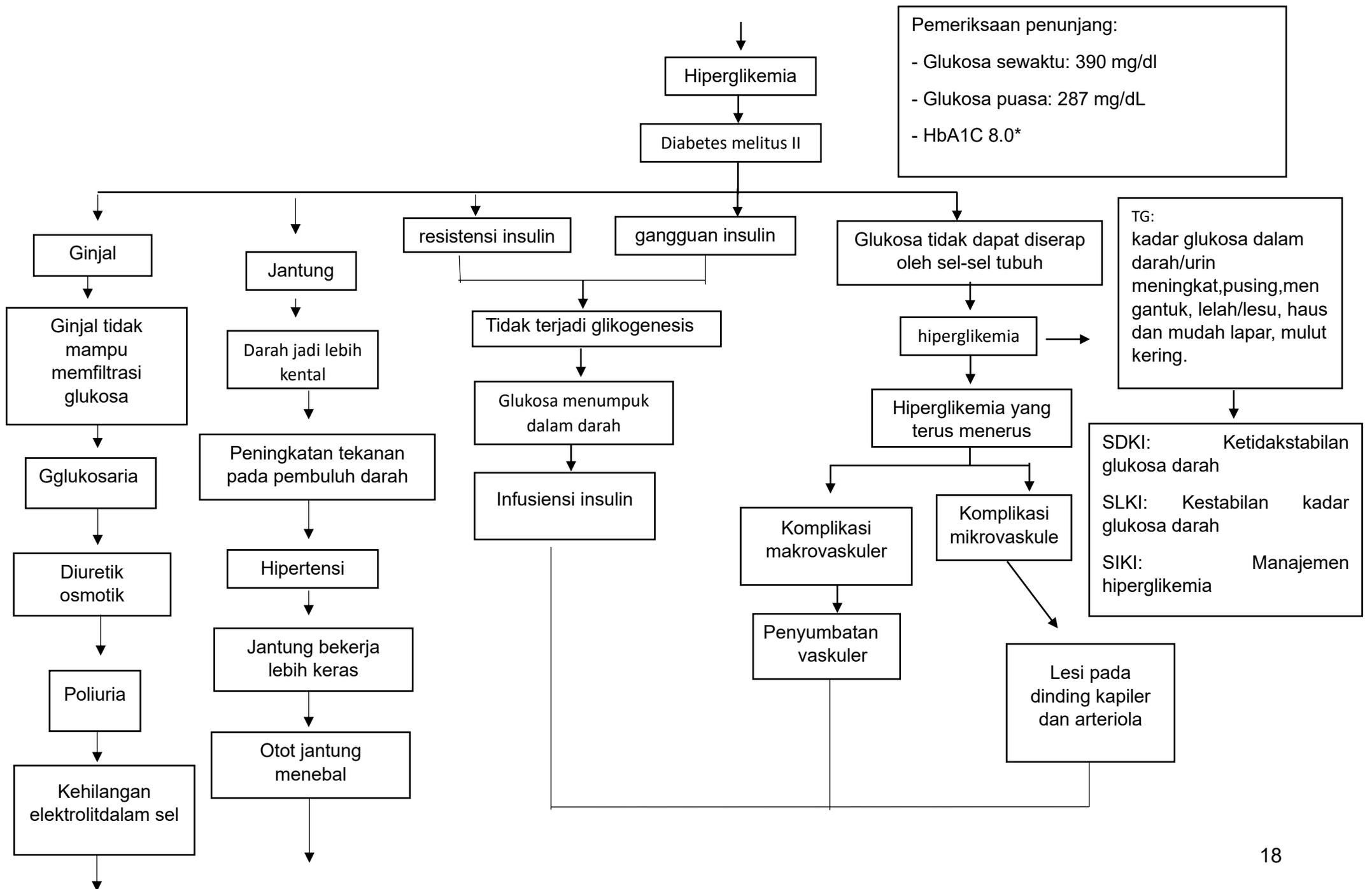
lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan

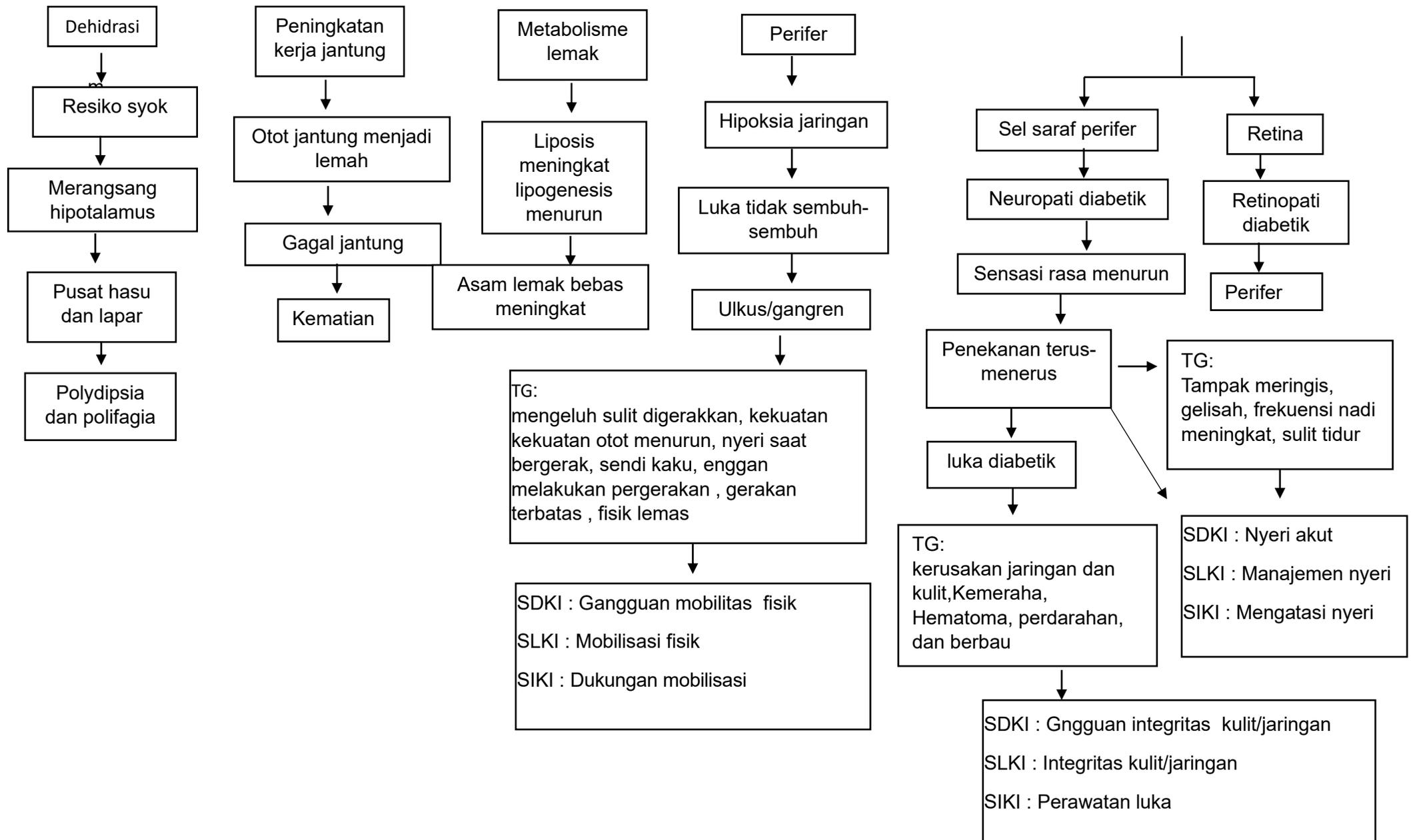
Ketoasidosis menyebabkan tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemi serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering merupakan komponen terapi yang penting (Rudito, 2012) dalam Izati, 2017).

Faktor atau pengaruh lingkungan seperti gaya hidup atau obesitas akan mempercepat progresivitas perjalanan penyakit. Gangguan metabolisme glukosa akan berlanjut pada gangguan metabolisme lemak dan protein serta proses kerusakan berbagai jaringan tubuh (Fatimah, 2016)

5. PATOFLOW DIAGRAM DIABETES MELITUS







6. Klasifikasi

Klasifikasi ada 4 jenis klasifikasi diabetes melitus menurut (American Diabetes Association, 2018) antara lain: diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, diabetes melitus tipe lain dan diabetes kehamilan

- a. Diabetes melitus tipe 1 dengan penyakit ini banyak sekali menyerang orang-orang dari segala usia, biasanya terjadi pada anak-anak ataupun orang dewasa muda. Orang dengan penyakit diabetes tipe ini tentu membutuhkan insulin setiap hari untuk bisa mengendalikan kadar glukosa dalam darahnya. Orang yang tanpa insulin pada penderita diabetes melitus tipe 1 akan menyebabkan kematian. Orang yang memiliki penyakit diabetes melitus tipe 1 juga memiliki gejala seperti: kehausan dan mulut kering yang tidak normal, sering buang air kecil, kurangnya energi, 12, terasa lemas, merasa lapar terus menerus, penurunan berat badan yang tiba - tiba, dan penglihatan kabur. Biasanya bertubuh kurus pada saat didiagnosa dengan penurunan berat badan
- b. Diabetes Melitus Tipe 2 Diabetes tipe 2 ini adalah tipe yang sangat tinggi yang sering terjadi pada penderita diabetes. Diabetes tipe 2 ini lebih banyak menyerang orang dewasa, namun saat ini meningkat pada anak - anak dan remaja. Pada diabetes melitus tipe 2 ini, tubuh bisa memproduksi insulin namun insulin menjadi resisten sehingga insulin menjadi tidak efektif bagi tubuh dan semakin lama kadar insulin menjadi tidak mencukupi. resistensi insulin dan penurunan kadar insulin, sama-sama menyebabkan kadar glukosa darah tinggi
- c. Diabetes Melitus tipe lain diabetes melitus tipe lain merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat efek genetik fungsi sel beta, efek genetik kerja insulin , penyakit eksorin, endokrinopati, karena obat atau zat

kimia ,infeksi,sebab imunolgi yang jarang, sindrom genetik lain yang berkaitan dengan diabetes melitus

- d. Wanita dengan kadar glukosa darah sedikit meningkat diklasifikasikan memiliki diabetes melitus pada kehamilan. Wanita yang dengan hiperglikemia selama kehamilan dapat mengontrol kadar glukosa darah dengan melakukan diet yang sehat, olahraga ringan dan pemantauan gula darah. Dalam beberapa kasus, insulin yang diberikan maupun obat oral dapat diberikan (Bagus, 2021).

7. Manifestasi Klinis

Menurut purwanto (2016), tanda dan gejala yang khas dialami oleh pasien DM disebut TRIAS DM yaitu poliuria (sering BAK), polidipsi (mudah haus), dan poliphagia (mudah lapar) serta beberapa tanda gejala lainnya yaitu:

- a. Poliuria (banyak kencing)

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah keginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (polyuria)

- b. Polidipsi (banyak minum)

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

- 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)
- d. Penurunan berat badan
Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka 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
- e. Malaise atau kelemahan
Kurangnya cadangan energi menyebabkan pasien cepat lelah disebabkan metabolisme protein dan kehilangan kalium lewat urine
- 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 kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur (Purwanto, 2016 dalam Sumarni, 2019)
- g. Ketoasidosis & penurunan kesadaran bila berat
Penurunan berat badan disebabkan karena kadar glukosa darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menjadi kekurangan darah. Kondisi ini menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian tubuh akan kehilangan banyak energi termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun

- h. Kelainan pada mata (penglihatan kabur)
Keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa
- i. 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 dan mengakibatkan luka sulit sembuh (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita diabetes melitus terbagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik:

- a. Komplikasi akut pada diabetes melitus yang berhubungan dengan keseimbangan kadar glukosa darah dalam jangka pendek meliputi:
 - 1) Diabetik ketoasidosis (DKA): definisi insulin berat dan akut dari suatu perjalanan penyakit diabetes melitus diabetik ketoasidosis disebabkan karena tidak adanya insulin atau tidak cukup jumlah insulin yang nyata
 - 2) Koma hiperosmolar nonketotik (KHHN): keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai dengan perubahan tingkat kesadaran. Perbedaan dengan DKA adalah tidak terdapatnya ketosis dari asidosis
 - 3) Hipoglikemia: kadar gula darah yang rendah di bawa 50 mg/dL hingga 60 mg/dL, keadaan ini terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan,

konsumsi makanan yang terlalu atau karena aktifitas fisik yang terlalu berat

b. Komplikasi kronik

Keadaan hiperglikemia akan terjadi peningkatan pembentukan protein glikasi non-enzimati serta peningkatan proses glikosilasi, yang menyebabkan komplikasi vaskulopati, retinopati, neuropati ataupun nefropati diabetika komplikasi kronik dibagi menjadi 2 yaitu:

1) Komplikasi makrovaskular

Perubahan aterosklerosis dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada diabetes melitus. Perubahan aterosklerosis ini serupa dengan yang terlihat pada pasien-pasien nondiabetik, kecuali dalam hal bahwa perubahan tersebut cenderung terjadi pada usia yang lebih muda dengan frekuensi yang lebih besar pada pasien-pasien diabetes melitus. Okulasi vaskuler dari aterosklerosis dapat menyebabkan penyakit diantaranya penyakit jantung koroner, pembuluh darah kaki, dan pembuluh darah otak

2) Komplikasi mikrovaskular

Perubahan mikrovaskuler merupakan komplikasi unik yang hanya terjadi pada diabetes melitus. Penyakit mikrovaskuler diabetik (mikroangiopati) ditandai oleh penebalan membran basalis pembuluh kapiler. Membran basalis mengelilingi sel-sel endotel kapiler. Perubahan-perubahan yang terjadi pada penderita IDDM 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. Banyak pasien diabetes melitus tipe II ini yang sudah menderita diabetes melitus selama bertahun-tahun selama penyakit tersebut didiagnosis dan diobati

- 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 yang terkena (V.A.R.Barao et al., 2022).

9. Test Diagnostik

Fatimah (2017) menjelaskan bahwa ada beberapa pemeriksaan penunjang untuk membuktikan seseorang benar-benar menderita diabetes melitus, yaitu:

- 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 hemoglonin. Hemoglobin adalah oksigen pembawa protein dalam sel darah merah semakin tinggi hemoglobin A1C, semakin tinggi pula tingkat gula darah

b. Tes gula darah puasa

Dokter juga mungkin melakukan tes gula darah puasa untuk menegakkan diagnosis risiko diabetes melitus. Sampai darah dalam tes diagnosis diabetes melitus ini akan diambil setelah melakukan puasa semalam (kurang lebih 8 jam). Berikut kategori gula darah menurut tes gula puasa untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus normal: kurang dari 100 mg/dL (5.6 mmol/L). perdiabetes: antara 100-125 mg/dL (5.6-6.9 mmol/L). Diabetes: 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih. Sejah ini, tes gula darah puasa dianggap sebagai metode diagnosis diabetes melitus yang cukup efektif

c. Tes gula darah sewaktu

Ada beberapa kondisi yang membuat hasil tes HbA1C tidak valid untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus. Contohnya, apabila tes untuk diagnosis diabetes ini dilakukan pada wanita hamil atau pada oarng-orang dengan variasi hemoglobin. Pada kasus ini, tes gula darah sewaktu (GDS) bisa dilakukan untuk diagnosis diabetes melitus. Tes diagnosis diabetes melitus ini bisa dilakukan kapan saja, tanpa perlu mempeetimbangkann waktu makan terakhir. Namun, biasanya tes diagnosis ini dilakukan apabila seseorang sudah memiliki gejala diabetes melitus seperti buang air kecil, kehausan ekstrem. Nilai gula dalam darah tes diagnosis diabetes melitus ini akan ditampilkan dalam bentuk milligram per desiliter (mg/dL) atau millimole perliter (mmol/L). Jika hasil tes diagnosis diabetes melitus ini 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

d. Tes toleransi gula darah oral

Tes diagnosis diabetes melitus ini membutuhkan puasa semalam sebelumnya. Jadi, bagi seseorang menderita diabetes harus diminta puasa dulu selama kurang lebih 8 jam dan setelahnya akan diminta untuk makan seperti biasa. Dokter juga mungkin akan memberikan cairan gula. Sedang 2 jam setelah makan, barulah kadar gula darah akan diperiksa. Pada orang yang sehat, kadar gula darah mereka biasanya akan kembali normal setelah 2 jam makan. Sementara jika seseorang punya diabetes, kadar gula darah akan tetap tinggi setelah 2 jam makan. Berikut kategori kadar gula darah dari pemeriksaan toleransi gula darah oral untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus. Normal: kurang dari 140 mg/dL (7.8 mmol/L), prediabetes: 140-199 mg/dl, diabetes: 200 mg/dl atau lebih. Tidak hanya satu tes saja untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus. Dokter mungkin merekomendasikan beberapa tes untuk dilakukan agar diagnosis diabetes melitus jadi lebih akurat.

10. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan DM menurut PERKENI (2021) diantaranya:

a. Edukasi

Edukasi yang dilakukan bagi pasien DM fokus pada perubahan gaya hidup (diet dan aktivitas fisik), serta edukasi tentang pemberian obat antidiabetes oral dan insulin. Edukasi sebaiknya dilakukan oleh tim yang melibatkan ahli gizi dan psikolog serta ahli aktivitas fisik. Edukasi sebaiknya juga diberikan kepada seluruh anggota keluarga agar mereka memahami pentingnya perubahan gaya hidup untuk keberhasilan manajemen DM (Indonesia, 2015). Edukasi dilakukan dengan tujuan promosi

hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM. Materi edukasi pada tingkat awal dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Primer yang meliputi:

- 1) Materi tentang perjalanan penyakit DM
- 2) Makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM secara berkelanjutan
- 3) Penyulit DM dan risikonya
- 4) Intervensi non - farmakologi dan farmakologis serta target pengobatan
- 5) Interaksi antara asupan makanan, aktivitas fisik, dan obat antihiperqlikemia oral atau insulin serta obat-obatan lain
- 6) Cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil glukosa darah atauurin mandiri (hanya jika alat pemantauan glukosa darah mandiri tidak tersedia)
- 7) Mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemi
- 8) Pentingnya latihan jasmani yang teratur
- 9) Pentingnya perawatan kaki
- 10) Cara menggunakan fasilitas perawatan kesehatan

Materi edukasi pada tingkat lanjut dilaksanakan di pelayanan kesehatan sekunder dan/atau tersier, yang meliputi:

- a) Mengenal dan mencegah penyulit akut DM
- b) Pengetahuan mengenai penyulit menahun DM
- c) Penatalaksanaan DM selama menderita penyakit lain
- d) Rencana untuk kegiatan khusus (contoh: olahraga prestasi)
- e) Kondisi khusus yang dihadapi (contoh: hamil, puasa, kondisi rawat inap)
- f) Hasil penelitian dan pengetahuan masa kini dan teknologi mutakhir tentang DM
- g) Pemerliiharaan/perawatan kaki

b. Terapi nutrisi medis (TNM)

makan pada penyandang DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri

c. Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis untuk penyandang DM yaitu obat oral dan injeksi. Terapi farmakologis untuk DM diantaranya yaitu obat antihiperqlikemia oral. Untuk obat jenis ini dibagi menjadi 5 golongan yaitu:

1) Pemacu sekresi insulin

a) Sulfonilurea

Obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta pankreas

b) Glinid

Golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu, Repaglinid (derivat asam benzoat), dan Nateglinid (derivat fenilalanin)

2) Peningkat sensitivitas terhadap insulin

a) Metformin

Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM. Mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis) dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer

b) Tiazolidindion (TZD).

Golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer

c) Penghambat alfa glukosidase

Obat ini bekerja dengan cara menghambat kerja enzim alfa glukosidase di saluran pencernaan sehingga menghambat adsorpsi dalam usus halus. Yang termasuk golongan obat ini yaitu acarbose

d) Penghambat *Dipeptidyl Peptidase- IV*

Contoh obat golongan ini adalah *Sitagliptin* dan *linagliptin*

e) Penghambat enzim *Sodium glucose co - transporter 2*

Obat yang termasuk golongan ini antara lain: *canagliflozin*, *empagliflozin*, *dapagliflozin*, *ipragliflozin*. Untuk terapi farmakologis injeksi yaitu terdapat insulin, Agonis GLP-1 (*Incretin Mimetic*), kombinasi insulin dan agonis GLP-1

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

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 dulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit - penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin contohnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, ataupun aterosklerosis, tindakan medis, yang pernah didapat ataupun obat – obatan yang biasa dipakai oleh isi penderita

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

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

2. Pola fungsional Gordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Faktor resiko keluarga antara lain: faktor usia, obesitas, riwayat keluarga, dan penyembuhan yang lambat seperti gangguan steroid diuretic (tiazid) dilidatin dan fenobarbital (dapat meningkatkan glukosa dalam darah)

b. Pola nutrisi dan metabolic

Pola makan dan minum sehari – hari, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman, waktu berapa kali sehari, nafsu makan menurun, atau tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan

c. Pola eliminasi

Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguria, anuria, disuria, nokturia), rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi inkontensia, pola BAB, berapa kali, konstipasi, frekuensi, karakteristik dan warna

d. Pola aktivitas dan Latihan

Reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan atau keletihan), perubahan pola nafas setelah aktivitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri.

e. Pola tidur dan istirahat

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

- f. Pola persepsi kognitif
Gangguan pengelihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya ingat, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi atau daya ingat. Penggunaan alat bantu, respon non verbal pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai
- g. Pola persepsi dan konsep diri
Konsep diri (identitas diri, ideal, harga diri, citra dan peran diri) kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien terhadap dirinya, masalah finansial yang berhubungan dengan dirinya
- h. Pola hubungan dan peran dengan sesama
Peran dalam keluarga masyarakat, dan lingkungan, hubungan keluarga masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan/terisolir
- i. Pola reproduksi dan seksualitas
Hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas, (impoten, kesulitan organisme). Terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.
- j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres
Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stress. Mengkaji apakah ada ansietas dan peka terhadap rangsangan
- k. Pola sistem kepercayaan
Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan, alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan ibadah (Sumarni, 2019).

3. **Diagnosis keperawatan**

Menurut (Wulandari, 2018) diagnosis keperawatan pada diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

4. **Standar luaran keperawatan dan standar intervensi keperawatan**

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
 - 1) SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil:
 - a) Koordinasi meningkat
 - b) Pusing menurun
 - c) Lelah/lesu menurun
 - d) Rasa haus menurun
 - e) Kadar glukosa dalam darah membaik
 - 2) SIKI: Manajemen Hiperglikemia
Tindakan:
Observasi:
 - a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
 - b) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
 - c) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

Terapeutik:

- a) Berikan asupan cairan oral
- b) Konsultasi dengan media jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

Edukasi:

- a) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- b) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- c) Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian cairan, jika perlu

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
 - 1) SIKI: Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Gelisah menurun
 - 2) SIKI: Manajemen nyeri

Observasi:

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri nonverbal
- d) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik:

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- b) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi

1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Perfusi jaringan meningkat
- b) Kerusakan jaringan menurun
- c) Kerusakan lapisan kulit menurun
- d) Nyeri menurun
- e) Kemerahan menurun

2) SIKI: Perawatan luka

Observasi:

- a) Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran dan bau)
- b) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik:

- a) Lepaskan balutan/plaster secara perlahan
- b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- c) Bersihkan jaringan nekrotik
- d) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Edukasi:

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

c) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi:

a) Kolaborasi prosedur debridemen

b) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

d. Defisit pengetahuan bergubungan dengan kurang terpapar informasi

1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:

a) Perilaku sesuai anjuran meningkat

b) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai topik meningkat

c) Perilaku sesuai kebutuhan membaik

2) Edukasi Kesehatan

Observasi:

a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan memeriksa informasi

b) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik:

a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

b) Jelaskan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan

c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi:

a) Jelaskan faktor-faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
 - 1) SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:
 - a) Pergerakan ekstremitas meningkat
 - b) Rentang gerak meningkat
 - c) Kecemasan menurun
 - d) Gerakan terbatas menurun
 - 2) SIKI: Dukungan mobilisasi
 - Observasi:
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - c) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
 - Terapeutik:
 - a) Fasilitasi aktivitas mbilisasi dnegan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)
 - b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
 - Edukasi:
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

5. *Discharge Planning*

Hal-hal yang perlu disampaikan dan diajarkan pada pasien atau keluarga mengenai penanganan dan pengobatan dirumah sehubungan dengan penyakit antara lain:

- a. Pola makan sesuai dengan perencanaan diet yang ditentukan atau yang diberikan
- b. Hindari makanan yang mengandung pemanis (gula) dan makanan yang berlemak
- c. Lakukan latihan fisik yang ringan seperti jalan-jalan kaki di pagi hari atau sore hari, dimana sebelum melakukan latihan fisik

- hendaknya melakukan pengontrolan glukosa darah terlebih dahulu. Jika kadar glukosa darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan glukosa darah, sebaiknya jika kadar glukosa rendah maka pasien harus mendapatkan karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makanan kecil (mengemil) seperti roti, untuk mencegah hipoglikemia
- d. Gunakan alas kaki saat berjalan kaki dan hindari pemakaian sepatu sempit atau kurang pas untuk mencegah terjadinya luka dan apabila terdapat luka maka segera lakukan perawatan luka untuk mencegah perluasan luka
 - e. Rutin control gula darah dirumah atau ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan terutama pasien yang mengindap DM tipe II
 - f. Bantu kebutuhan pasien yang tidak dapat ditoleransi serta memberikan motivasi (Shelby, 2019)

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien Ny. J umur 65 tahun masuk rumah sakit di ruangan Bernadeth II pada tanggal 5 Mei 2023 dengan diagnosa DM tipe II + Sepsis. Pasien mengeluh pada luka tungkai kaki kanan disertai dengan bengkak kemerahan, disertai bau nanah, badan terasa lemah, mual, dan dpusing, dan pandangan mulai menjadi kabur dan keluarga pasien melakukan memerikasan hasil GDS 300 d/L sehingga keluarga pasien membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pada saat pengkajian tampak luka, ± 38 cm terjadi kerusakan jaringan dan lapisan kulit, terdapat pus, perdarahan, kemerahan luka membau sudah menyebar dari tungkai kaki kanan sampai ke betis pasien juga mengatakan terasa nyeri pada kaki kanan, skala nyeri 7 (dari skala 1-10) sifat nyerinya tajam (seperti tertusuk-tusuk), dan nyeri dirasakan hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik). Pasien juga mengatakan ada luka decubitus di belakang punggungnya dan merasakan nyeri. Tampak wajah pasien meringis kesakitan, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, tampak pasien terpasang cairan infus RL 500 cc 20 tetes/menit ditangan kanan. Kesadaran pasien composmentis dengan GCS 14, tanda-tanda vital: Tekanan darah: 160/88 mmHg, Nadi: 101x/menit, Suhu: 36,5 °C Pernapasan: 25x/m. Hasil pemeriksaan gula sewaktu 390* mg/dL, gula puasa 287*, Natrium 133*, Kalium 3,2*, Chlorida 93*. Terapi obat yang diberikan adalah *methylprednisolone* 1 gr/12 jam/iv, Novorapid 3x6 unit/SC, Levemir 18 unit/SC (malam), Meropenem 1 gram/12 jam/IV, Onoiva 3 biji/3x3/oral, Ranitidine 1 ampul/8 jam/ IV, Ketorolac 1 ampul/8 jam/IV, Salep decubitus 2x1/kulit. Berdasarkan data-data tersebut maka penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan yaitu: ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan (resistensi insulin), nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

PENGKAJIAN

Unit : B II Autoanamnese : ✓

Kamar: 208 Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : 5 Mei 2023

Tanggal pengkajian : 6 Mei 2023

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial : Ny. J
 Umur : 62 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Status perkawinan : Janda
 Jumlah anak : 5 anak
 Agama/ suku : Islam/ Makassar
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat rumah : Jl. Asrama Bara Raraya

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. C
 Umur : 30 tahun
 Alamat : Jl. Asrama Bara Raraya
 Hubungan dengan pasien : Anak

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik
 Saat masuk : DM tipe II + Sepsis
 Saat pengkajian : DM Tipe II

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

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

Alasan: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak terpasang infus RL 500 cc pada tangan kanan dan terpasang kateter urine 450 cc. Tampak pasien meringis, tampak adanya luka, pada kaki sebelah kanan disertai bengkak kemerahan pada tungkai kaki sebelah kanan. Tampak kedua kaki pasien sulit, digerakkan, tampak ada luka dekubitus di belakang punggung pasien. Tampak kedua kaki sulit digerakkan akibat gejala stroke yang diderita 1 bulan yang lalu.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif): *Composmentis*

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

- a. Respon motorik : 6
- b. Respon bicara : 4
- c. Respon membuka mata : 4

Jumlah : 14

Kesimpulan : Pasien kesadaran penuh

2. Tekanan darah : 160/88 mmHg

MAP : 112 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3. Suhu : 36,5⁰C di Axilla

4. Pernapasan : 25 x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Perut

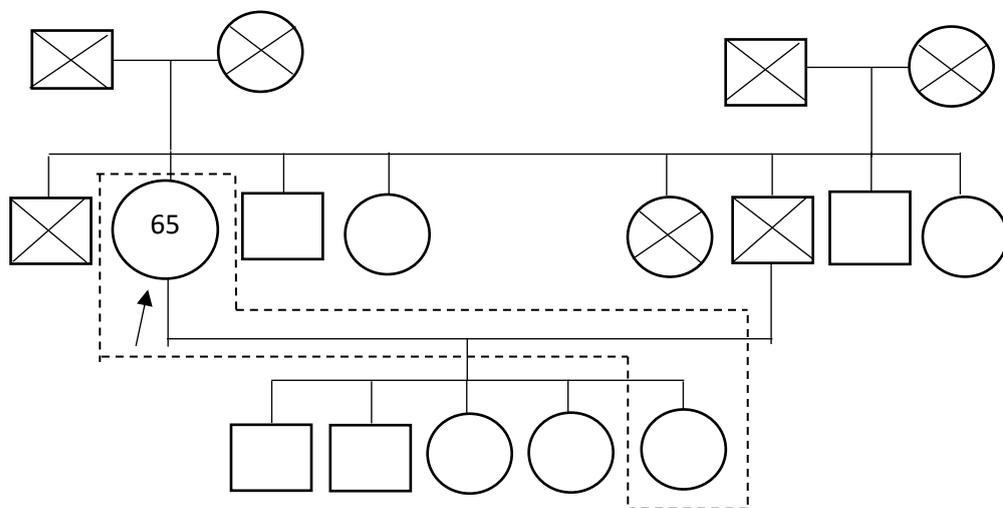
5. Nadi : 101 x/menit

Irama : Takikardi

C. PENGUKURAN

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. Lingkar lengan atas | : - cm |
| 2. Tinggi badan | : 165 cm |
| 3. Berat badan | : 68 kg |
| 4. IMT (Indeks Massa Tubuh | : 25 |
| Kesimpulan | : Berat badan lebih |

D. GENOGRAM



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- : Pasien
- : Tinggal serumah
- : Garis keturunan

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan harus di obati. Pasien mengatakan jika batuk, flu, demam, dan sakit kepala upaya yang dilakukan pasien adalah dengan membeli obat di apotek. Pasien mengatakan hal-hal yang membuat status kesehatannya terganggu adalah pola makan yang tidak sehat dan kebiasaan pasien tiap malam makan cemilan manis – manis (snack, biscuit, dan teh manis). Pasien mengatakan jarang berolahraga dan tidak suka mengonsumsi buah-buahan, serta makanan berserat (sayur-sayuran) Pasien seorang perokok aktif tetapi untuk saat ini sudah berhenti, pasien mengatakan pernah memeriksakan kesehatannya 2 tahun yang lalu di puskesmas dengan keluhan pusing, lemas pandangan mulai kabur rasa lapar, haus, dan banyak kencing hasil GDS 380 d/L. Pasien mengatakan 3 minggu terakhir ini pasien jarang atau kurang patuh mengonsumsi obat novirapid, dan juga sangat jarang mengontrol kesehatannya.

2. Riwayat penyakit saat ini:

a. Keluhan utama:

Luka pada tungkai kaki kanan

b. Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan bahwa ia menderita diabetes sejak 2 tahun dan sudah jarang mengontrol kesehatannya. Saat di rumah pasien terkena air panas pada kaki sebelah kananannya dan setelah berapa menit kakinya melepuh dan membiarkan begitu saja. Pasien mengatakan setelah berapa hari kemudian kakinya luka dan mulai melebar ke betis tercium bau nanah. Pasien mengatakan hanya memberikan

minyak cina dan mengolesi pada lukanya, namun lukanya tidak sembuh hanya membuat kering dan makin parah, sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke IGD Rumah Sakit Stella Maris. Pasien juga mengatakan bahwa dokter merencanakan pasien untuk di debri namun pasien menolak dan ingin keluar dari rumah sakit. Pada saat pengkajian tampak luka pada tungkai kaki kanan sampai ke betis terjadi kerusakan jaringan, dan lapisan kulit, perdarahan, kemerahan luka membau sudah menyebar serta nyeri yang dirasakan dengan skala 7 seperti tertusuk-tusuk nyerinya hilang timbul. Hasil pemeriksaan saat pengkajian GDS 390 mg/dL.

c. Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan memiliki riwayat keturunan penyakit Hipertensi dari orangtua/bapak pasien, dan pasien juga mengatakan bahwa almarhum suaminya menderita Diabetes Melitus.

Pemeriksaan fisik:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1) Kebersihan rambut | : Tampak bersih dan sedikit beruban |
| 2) Kulit kepala | : Tampak |
| 3) Kebersihan kulit | : Tampak bersih |
| 4) Higiene rongga mulut | : Tampak kotor dan berbau |
| 5) Kebersihan genetalia | : Tidak dikaji |
| 6) Kebersihan anus | : Tidak dikaji |

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari, yaitu berupa nasi, lauk pauk seperti gorengan, bersantan pasien juga mengatakan makanan kesukaannya coto, pallubasa. Pasien

mengatakan kadang makan lebih dari 3 kali dalam sehari karena sering merasa lapar. Pasien mengatakan jika di pagi hari ia sarapan dengan mengkonsumsi kue-kue manis, seperti, biskuit, roti coklat. Pasien juga mengatakan bahwa tidak suka suka mengkonsumsi makanan berserat seperti sayur-sayuran dan buah-buahan kecuali buah pisang karena kesukaannya. Pasien juga mengatakan bahwa ia memiliki kebiasaan merokok dari gadis sampai masa tuanya ia bisa saja menghabiskan dalam sehari 2-3 bungkus. Pasien mengatakan dalam sehari mengkabiskan 5-8 gelas air putih dalam sehari, juga mengatakan bahwa ia selalu merasa haus, serta minum kopi, teh manis dipagi dan sore hari.

2. Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit, adalah bubur, ikan, dan sayur serta buah-buahan. Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan menurun dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang disediakan. Pasien juga mengatakan jenis makanan yang disukai hanya coto namun pasien dianjurkan untuk diet lemak dan garam yang berlebih. Pasien mengatakan Pasien minum 5-7 gelas perhari. Pasien juga mengatakan semenjak sakit rambutnya mudah rontok/patah.

Observasi:

Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makanan

3. Pemeriksaan fisik:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| a. Keadaan rambut | : Tampak bersih dan sedikit beruban |
| b. Hidrasi kulit | : Kembali dalam 3 detik |
| c. Palpebra/conjungtiva | : Tampak tidak ada edema/anemis |
| d. Sclera | : Tampak tidak ikterik |

- e. Hidung : Tampak septum berada ditengah
- f. Rongga mulut : Tampak kotor, tidak ada peradangan
- Gusi : Tampak tidak ada peradangan
- g. Gigi : Tampak gigi pasien ada yang ompong
- Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
- h. Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak kuat untuk mengunyah keras
- i. Lidah : Tampak kotor
- j. Pharin : Tidak ada peradangan
- k. Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- l. Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
- a. Abdomen :
- Inspeksi : Tampak sedikit membuncit
 - Auskultasi : Terdengar peristaltic usus 19x/menit
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
 - Perkusi : Tidak terdengar bunyi tympani
- b. Kulit:
- Edema: Positif Negatif
 - Icteric: Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang : Kemerahan tungkai sebelah kanan dan terdapat luka decubitus di bokong pasien
- c. Lesi : Tampak ada lesi

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar 3 kali dalam seminggu dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada kesulitan dalam BAB. Pasien mengatakan pasien BAK 5-6 kali atau 1500 cc dalam sehari berwarna kuning jernih dan berbau amoniak. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencernaan dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit BAB lancar 2-3 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan lewat diapers dan tidak ada kesulitan dalam BAB. Pasien terpasang urine kateter dengan jumlah 500 cc setiap \pm 5-7 jam pada pagi sampai siang hari berwarna kuning. Pada malam hari berjumlah 1900 cc sampai pagi dalam waktu \pm 11 jam (dibuang setiap 5 jam).

3. Observasi :

Tampak pasien terpasang kateter urine

Tampak pasien memakai diapers

4. Pemeriksaan fisik:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| a. Peristaltik usus | : 18 x/menit | | |
| b. Palpasi kandung kemih | : <input type="checkbox"/> Penuh | <input checked="" type="checkbox"/> | Kosong |
| c. Nyeri ketuk ginjal | : <input type="checkbox"/> Positif | <input checked="" type="checkbox"/> | Negatif |
| d. Mulut uretra | : Tidak di kaji | | |
| e. Anus : | | | |
| ▪ Peradangan | : Tidak di kaji | | |
| ▪ Hemoroid | : Tidak di kaji | | |
| ▪ Fistula | : Tidak di kaji | | |

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas di rumah seperti melakukan pekerjaan rumah membersihkan masak, mengurus cucu-cucunya, bersantai menonton TV. Pasien mengatakan kadang-kadang mengikuti kegiatan pengajian pasien juga mengatakan tidak suka berolahraga.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat beraktivitas seperti biasanya karena hanya terbaring lemah di tempat tidur badan pasien lemas, cepat lelah, dan kedua kakinya tidak bisa digerakkan dengan baik karena menderita stroke ± 1 bulan yang lalu dan pada kaki kanannya terdapat luka diabetic, tampak luka decubitus di belakang punggung, dan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Observasi :

Tampak pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur

Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

a. Aktivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 3
- Buang air kecil : 1
- Mobilisasi di tempat tidur : 2

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

- b. Postur tubuh : Tidak di kaji pasien dalam keadaan terbaring lemah ditempat tidur
- c. Gaya jalan : Pasien terbaring lemah ditempat tidur
- d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

- g. Jantung
- Inspeksi:
 - Ictus cordis : Tidak tampak
 - Palpasi:
 - Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid clavicularis sinistra
 - Perkusi:
 - Batas atas jantung : ICS 2 linea parasternalis kanan
 - Batas bawah jantung : ICS 3 linea parasternalis dextra dan ICS 5 linea axilaris anterior sinistra
 - Batas kanan jantung : Linea sternalis dekstra
 - Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra
 - Auskultasi:
 - Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis Dekstra
 - Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis Sinistra
 - Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea sternalis sinistra
 - Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea mid clavicularis Sinistra
 - Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar
 - Murmu : Tidak terdengar
 - Bruit: Aorta : Tidak ada
 - A.Renalis : Tidak terdengar
 - A. Femoralis
- h. Lengan dan tungkai
- Atrofi otot : Positif Negatif
 - Rentang gerak
 - Kaku sendi : Terdapat spastik pada area ekstremitas bawah

Nyeri sendi : Tidak ada nyeri sendi
 Fraktur : Tampak pasien tidak mengalami fraktur
 Parese : Tampak pasien mengalami parese
 Paralisis : Tidak ada

▪ Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	1	1

Keterangan:

Nilai 5: Kekuatan penuh

Nilai 4: Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Negatif
- Refleks patologi : Negatif
- Babinski,Kiri : Positif
- Kanan : Positif
- Clubing jari-jari : Tampak tidak ada
- Varises tungkai : Tampak tidak varises tungkai

i. Columna vetebralis : Pasien tirah baring

- Inspeksi : Lordosis Kiposis
 Skoliosis
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- Kaku kuduk : Tampak tidak ada kaku kuduk

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya baik malam 7-8 jam mulai dari jam 21.00 wita dan bangun jam 05.00, dan tidur siang \pm 1-2 jam, pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap (lampu dimatikan). Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam tidur dan istirahat

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit tidurnya terganggu karena susah tidur, jika pasien tidur pagi sampai siang hari hanya \pm 3 jam saja dapat tertidur. Keluarga pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasakan nyeri pada kaki kanannya, keluarga pasien juga mengatakan bahwa ada luka di punggung belakang pasien dan tidak biasa tidur dengan lingkungan rumah sakit dan kondisi tempat tidur di rumah sakit.

3. Observasi :

Tampak

Ekspresi wajah mengantuk	:	<input checked="" type="checkbox"/>	Positif	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif
Banyak menguap	:	<input checked="" type="checkbox"/>	Positif	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	<input checked="" type="checkbox"/>	Positif	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, dan pendengaran seperti kaca mata. Pasien juga mengatakan penglihatan dan pendengaran baik. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien mampu berorientasi waktu, tempat, hari/tanggal, dan bulan

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit penglihatannya sudah mulai kabur dan buram. Pasien mengatakan ia mampu mengenali anggota keluarga seperti anak-anaknya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mampu berorientasi waktu, tempat, hari,/tanggal, dan bulan. Pasien mampu merespon dengan mengangkat tangan dan mengganggukan kepala walaupun kedua kakinya tidak bisa digerakkan karena mengalami kelemahan pada kedua kakinya

3. Observasi :

Tampak pasien tidak dapat membaca dengan jarak 2 cm, pasien tidak mengenali waktu dan tempat saat di kaji

4. Pemeriksaan fisik :

a. Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak jernih
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Tereraba sama antar pipi kiri dan kanan

b. Pendengaran

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

c. Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Tampak adanya refleks gerak saat diberi stimulus

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien seorang ibu yang baik, bertanggungjawab dengan keluarganya hingga saat ini pasien merawat anak-anaknya dengan baik hingga sukses keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien merasa puas dengan dirinya walaupun suaminya sudah meninggal namun pasien setia mendidik dan menjaga anak-anaknya begitupun dengan cucunya

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya karena kondisinya yang sakit. keluarga pasien mengatakan ia berharap ibunya cepat sembuh dari sakitnya sehingga bisa berkumpul bersama anak-anaknya, dan cucunya

3. Observasi:

- a. Kontak mata : Tampak kontak mata penuh
- b. Rentang perhatian : Tampak rentang perhatian sedikit kurang saat di ajak berbicara
- c. Suara dan cara bicara : Terdengar suara pasien jelas
- d. Postur tubuh : Tidak di kaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur

4. Pemeriksaan fisik:

- a. Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainan bawaan nyata
- b. Bentuk/postur tubuh : Tidak dapat dikaji karena pasien terbaring lemah ditempat tidur
- c. Kulit : Teraba kulit lembab tampak ada luka decubitus pada bokong

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien berperan sebagai seorang ibu yang membina hubungan yang baik dengan keluarganya maupun orang lain. Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama dengan anak, cucu dan mereka sangat dekat dan menjalani hubungan yang baik dengan keluarganya serta tetangganya.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa sedih karena harus dirawat di rumah sakit dan tidak melihat cucunya. Keluarga pasien juga mengatakan sebagai anak setia menjaga, menemani, dan selalu mendampingi pasien atau ibunya sendiri. Keluarga pasien mengatakan tetangga dan pak uztad mengunjungi/menjenguk pasien untuk mendoakannya

3. Observasi :

Tampak hubungan antar pasien keluarga dan orang lain baik.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan pasien adalah seorang Wanita dan sudah berstatus janda dan memiliki 5 anak (2 anak laki-laki 3 anak perempuan) dan semua sudah berkeluarga. Pasien adalah seorang ibu yang selalu mendampingi anak dan cucunya. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien tidak mengalami masalah mengenai alat-alat reproduksinya.

2. Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan selama sakit pasien tidak mengalami masalah mengenai alat-alat reproduksi dan seksualitasnya

3. Observasi:

Tampak pasien berpenampilan dan berperilaku layaknya perempuan, dan tidak ada masalah dengan sistem reproduksinya

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan sebelum sakit:

Keluara pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu banyak pikiran dan khawatir tentang kehidupan anak-anaknya. Keluarga pasien mengatakan jika pasien mengalami masalah yang dihadapi ia tidak membagikan atau bercerita pada anak-anaknya selalu mencari jalan sendiri dan tidak mau merepotkan keluarganya.

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien memikirkan kondisinya yang terbaring lemah di rumah sakit, yang tidak bisa berbuat apa-apa karena semua aktvitasnya terbatas dimana hanya keluarga dan perawat yang dapat membantunya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dari dulu seorang yang memendam masalah sendiri dan tidak menceritakan masalah pada anak-anaknya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien banyak pikiran, takut, panik, jika rencana kakinya di operasi.

3. Observasi:

Tampak alis pasien mengkerut dan tampak wajah pasien selalu berhayal

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan bahwa ia menganut agama islam dan selalu pergi ke masjid untuk beribadah/sholat, keluarga pasien juga mengatakan pasien rajin menjalankan sholat 5 waktu

2. Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien sulit melaksanakan ibadahnya dikarenakan pasien saat ini sulit untuk bangun dengan kondisinya yang sedang sakit

3. Observasi:

Tampak alquran disamping pasien.

V. UJI SARAF KRANIAL

- A. N I : Pasien dapat menghirup aroma minyak kayu putih dalam keadaan mata tertutup
- B. N II : Pasien tidak mampu membaca dengan font 14 dari jarak \pm 30 cm
- C. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, diameter pupil isokor, dan reflex cahaya positif
- D. N V:
- Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi
- Motorik : Pasien tidak mampu mengunyah keras
- E. N VII:
- Sensorik : Pasien dapat mengecap rasa asin, dan manis gula
- Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mampu tersenyum dan meringis
- F. N VIII:
- Vestibularis : Tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri
- Auskutikus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya
- G. N IX : Tampak uvula berada di tengah dan tidak ada

- peradangan
- H. N X : Pasien mampu menelan dengan baik
- I. N XI : Pasien mampu mengangkat dan
menggerakkan kedua bahunya
- J. N XII : Pasien mampu menggerakkan lidah dan
mendorong pipi ke kiri dan ke kanan

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. Pemeriksaan laboratorium hematologic (Tanggal 7 Mei 2023)

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
PARAMETER			
WBC	11.33	$10^3/uL$	4.80 – 10.20
RGC	3.40	$10^6/uL$	4.00 – 5.50
HGB	9.5	g/dL	12.2 – 16.2
HCT	29.3	%	37.7 – 47.9
MCV	86.2	fL	80.0 – 97.0
MCH	27.9	pg	26.0 – 31.0
MCHC	32.4	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	188	$10^3/uL$	150 – 450
RDW-SD	66.0	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	20.3	%	11.5 – 14.5
PDW	11.3	fL	9.0 – 13.0
MPV	10.0	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	24.1	%	15.0 – 25.0
PCT	0.19	%	0.17 – 0.35
NEUT#	8.29	$10^3/uL$	1.50 – 7.00
LYMPH#	2.21	$10^3/uL$	1.00 – 3.70
MONO#	0.69	$10^3/uL$	0.00 – 0.70
EO#	0.09	$10^3/uL$	0.00 – 0.40
BASO#	0.05	$10^3/uL$	0.00 – 0.10
IG#	0.06	$10^3/uL$	0.00 – 7.00
NEUT%	73.2	%	37.0 – 80.0
LYMPH%	19.5	%	10.0 – 50.0
MONO%	6.1	%	0,0 – 14.0
EO%	0.8	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.4	%	0.0 – 1.0
IG%	0.5	%	0.0 – 72.0

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN
HEMATOLOGI			
HbA1c	8.0*	4 – 6	%
KIMIA			
GLU PUASA	287*	70 - 130	mg/dL
GLU SEWAKTU	390*	90 - 140	mg/dL

b. Pemeriksaan kimia darah (Tanggal 7 Mei 2023)

Test / Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Kimia Darah			
NATRIUM	133*	136 – 145	mmol/L
KALIUM	3.2*	3.4 – 4.5	mmol/L
CHLORIDA	93*	100 – 108	mmol/L

TERAPI

2. Methylprednisolone 1 gr/12 jam/IV
3. Novorapid 3x6 unit/SC
4. Levemir 18 unit/SC (malam
5. Meropenem 1 gram/12 jam/IV
6. Onoiva 3 biji/3x3/oral
7. Ranitidine 1 ampul/8 jam/ IV
8. Ketorolac 1 ampul/8 jam/IV
9. Salep decubitus 2x1/kulit

DAFTAR OBAT

A. Methylprednisolone

1. Nama obat: Methylprednisolone
2. Klasifikasi/golongan obat: Kortikosteroid
3. Dosis umum: Dosis umum untuk orang dewasa diberikan 10 - 500 mg setiap hari. pemberian dosis sebesar 250 mg ke bawah diberikan selama minimal 5 menit, sementara itu, dosis diatas 250 mg diberikan perlahan selama minimal 30 menit
4. Dosis untuk pasien: 1 gr/12 jam/IV
5. Cara pemberian obat: Pemberian obat ini secara oral, intramuscular dan intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini adalah untuk mengatasi pembengkakan, kemerahan, nyeri dan sensasi panas akibat peradangan. mekanisme kerja obat ini adalah cara mencegah tubuh melepaskan senyawa kimia yang memicu peradangan, dengan begitu gejala peradangan seperti nyeri dan pembengkakan akan merangsang mereda.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny.H diberikan obat ini karena pasien mengalami pembengkakan dan kemerahan pada bagian kaki kanan, pasien mengalami diabetes melitus tipe II
8. Kontra indikasi: Kontra indikasi obat ini antara lain: alergi terhadap obat, infeksi fungal sistemik, pemberian dosis immunosupresan bersamaan dengan vaksinasi
9. Efek samping: Mual dan muntah, pusing, sakit kepala, perut kembung, sakit maag atau heartburn, nyeri otot, nafsu makan menurun, sulit tidur, peningkatan kadar gula darah, mudah terkena infeksi, siklus haid tidak teratur, muncul jerawat, pembengkakan ditangan dan pergelangan kaki akibat penumpukan cairan, dan gangguan emosional

B. Novorapid

1. Nama obat: Novorapid
2. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat insulin
3. Dosis umum: Dosis umum 0,5-1 unit/kgBB setia hasi dalam kombinasi dengan
4. Insulin kerja menengah atau jangka panjang. Infus IV: 0,05-1U/mL
5. Dosis untuk pasien: 3x6 unit/SC 5. Cara pemberian obat : Cara pemberian obat melalui suntik intra subcutan
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini digunakan untuk mengurangi tingkat gula darah tinggi. mekanisme obat ini bekerja sengan menggantikan insulin yang diproduksi secara alami di dlamam tubuh dan dapat diserap cepat. selain itu, ia juga membantu memindahkan gula dalam darah menuju jaringan tubuh lainnya sehingga bisa digunakan sebagai sumber energi.
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. J diberikan obat novorapid karena pasien mengalami diabetes melitus tipe II
8. Kontra indikasi: Hindari pemberian pada pasien dengan kondisi anak umur dibawah 6-9 tahun, memiliki masalah dengan ginjal atau hati, atau dengan adrenal hipofisis atau kelenjar tiroid dan mengubah pola diet secara tiba-tiba
9. Efek samping: Hipoglikemia (penurunan glukosa dalam darah) dan reaksi anafilaksi (suatu reaksi alergi berat yang terjadi secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan kematian).

C. Levemir

1. Nama obat: Levemir
2. Klasifikasi/golongan obat : Golongan obat insulin analog kerja Panjang
3. Dosis umum: Dosis awal 0,1-0,2 IU/kgBB atau 10 IU pada pasien dewasa 1 kali sehari

4. Dosis untuk pasien: 18 unit/SC (malam) 5. Cara pemberian obat: Cara pemberian obat melalui suntik intra subcutan
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini adalah untuk mengobati diabetes melitus. mekanisme kerja obat ini bersifat Long Action dan bekerja 24 jam dengan begitu kadar gula dalam darah dapat menjadi lebih stabil untuk tetap berada dalam batas normal
6. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny.J mengalami diabetes melitus tipe II
7. Kontra indikasi: Hipersensitif terhadap zat aktif atau eksipien dalam obat
8. Efek samping: Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping adalah hipoglikemia, reaksi pada tempat injeksi, reaksi anafilaksis.

D. Meropenem

1. Nama obat: Meropenem
2. Klasifikasi/golongan obat: carbapenem β lactam
3. Dosis umum: Dosis umum untuk orang dewasa diberikan 500 mg tiap 8 jam. berikan dosis 500 mg setiap 8 jam melalui injeksi intravena (pembuluh darah) selama kurang lebih 3-5 menit atau diinfuskan selama kurang lebih 15-30 menit. pemberian dosis maksimal 2.000 mg. anak usia \geq 3 bulan : 10 mg/kgB, tiap 8 jam. Dosis maksimal 500 mg
4. Dosis untuk pasien: 1gr/12jam/IV
5. Cara pemberian obat: diberikan secara injeksi bolus intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja obat ini adalah untuk menghambat sintesis dinding sel bakteri sehingga bersifat bakterisidal. meropenem adalah obat antibiotic yang dapat menekan dan menghentikan pertumbuhan bakteri

7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. J diberikan obat ini karena pasien mengalami luka diabetik pada kaki sebelah kanan berwarna kemerahan, pasien mengalami diabetes melitus tipe II
8. Kontra indikasi: Kontra indikasi obat ini antara lain: Pada pasien dengan Riwayat reaksi hipersensivitas terhadap meropenem, komponen dalam sediaan, atau obat beta lactam lain. Peringatan khusus diperlukan terkait adanya laporan reaksi anafilaksis yang fatal, kejang dan efek samping neurologi
9. Efek samping: Muncul ruam pada kulit gatal, sakir perut, diare, dan demam

E. Onoiwa

1. Nama obat: Onoiwa
2. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat Tradisional (suplemen dan terapi)
3. Dosis umum: Dosis terapi 1-2 kapsul diminum 3x sehari
4. Dosis untuk pasien: Dosis terapi 1-2 kapsul diminum 3x sehari.
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini adalah untuk membantu membantu menjaga Kesehatan tubuh, membantu mempercepat penyembuhan luka dan pasca operasi
6. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. J mengalami diabetes melitus tipe II
7. Kontra indikasi: Hindari penggunaan pada pasien yang memiliki indikasi hipersensitif
8. Efek samping: belum ada efek samping yang di laporkan. Jika terjadi efek samping yang tidak diinginkan, hentikan penggunaan dan segera hubungi dokter.

F. Ranitidine

1. Nama obat: Ranitidine
2. Klasifikasi/golongan obat: Antagogs H₂
3. Dosis umum: Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari.
4. Dosis untuk pasien: 1 ampul/8 jam/ IV
5. Cara pemberian obat: Injeksi IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ranitidin bekerja menghambat reseptor histamin H₂ secara selektif dan reversibel. Perangsangan dari reseptor histamin H₂ ini akan merangsang sekresi asam lambung sehingga dengan adanya ranitidine sebagai antagonis dari reseptor histamin ini, maka akan terjadi penghambatan sekresi asam lambung. Selain itu ranitidine ini juga mengganggu volume dan kadar pepsin cairan lambung. Reseptor histamin ini terdapat pada sel parietal di lambung yang mensekresi asam lambung
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada Ny. J mengonsumsi cukup banyak obat-obat emergency yang dapat meningkatkan asam lambung, sehingga diberikan ranitidine untuk menetralkan kadar asam lambung dalam tubuh
8. Kontra indikasi: Bila terdapat riwayat porfiri akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin. Pasien dengan gangguan fungsi ginjal dan liver memerlukan penyesuaian dosis. 84
9. Efek samping: Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah dan sakit perut

G. Ketorolac

1. Nama obat: Ketorolac
2. Klasifikasi/golongan obat: Ketorolac merupakan obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS) yang tersedia dalam bentuk tablet dan suntikan
3. Dosis umum: Dosis suntikan: 10-30 mg setiap 4-6 jam, jika diperlukan pemberian ketorolac bisa dilakukan setiap 2 jam. Dosis maksimal 90 mg/hari dan dosis tablet: 10-20 mg setiap 4-6 jam. Dosis maksimal 40 mg/hari
4. Dosis untuk pasien: 1 ampul/8 jam/IV
5. Cara pemberian obat: Melalui drips atau suntikan intravena
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri
7. Alasan pemberian obat pada pasien: Untuk mengatasi rasa nyeri yang dirasakan dan dialami oleh pasien
7. Kontra indikasi: Alergi terhadap obat ketorolac, memiliki riwayat luka atau tukak lambung dan perdarahan di saluran cerna, penderita gagal ginjal, penderita gagal jantung
8. Efek samping: Berbagai masalah pencernaan seperti mual atau muntah ringan, diare atau sembelit, kembung, pusing, mengantuk, berkeringat, telinga berdenging

H. Gentamicin

1. Nama obat: Gentamicin sulfate salep
2. Klasifikasi/golongan obat: Golongan obat antibiotik aminoglikosida
3. Dosis umum: Dioleskan tipis pada daerah yang sakit sebanyak 3-4 kali sehari.
4. Dosis untuk pasien: dioleskan pada daerah luka 3-4 kali sehari.
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Fungsi obat ini adalah untuk mengatasi infeksi bakteri di berbagai bagian tubuh
6. Alasan pemberian obat pada pasien: Pada pasien Ny. J mengalami diabetes melitus tipe II
7. Kontra indikasi: kontraindikasi gentamicin adalah pada pasien dengan Riwayat hipersensivitas terhadap aminoglikosida
8. Efek samping: memiliki efek tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu.

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan badan pasien terasa lemas dan lesu - Keluaraga pasien mengatakan sering merasa haus dan sering merasa lapar - Keluarga pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus, dari 2 tahun yang lalu dan juga mengkonsumsi obat nevorapid hasil GDS 380 d/L dan pernah di rawat 2 bulan yang lalu di rumah sakit stella maris makassar. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Hasil pemeriksaan laboratorium - HBA1c : 8,0 % 	<p>Hiperglikemia (Resistensi insulin)</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Glukosa puasa : 287 mg/dL - Glukosa sewaktu 390 mg/dL 		
<u>2.</u>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian kaki kanan, nyeri berada pada skala 7, sedang (dari skala 1-10), nyeri dirasakan hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik) - Pasien mengatakan nyerinya tajam (seperti tertusuk-tusuk) - Keluarga pasien mengatakan ada luka dekubitus di belakang punggung pasien dan mengeluh nyeri <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak wajah pasien meringis kesakitan - Tampak luka pada kaki tungkai kanan sampai ke betis 38 cm, dan tampak luka dekubitus pada bokong 	<p>Agen Pencedera</p> <p>Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p>

3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan luka pada bagian kaki kanan akibat terkena air panas - Pasien mengeluh adanya luka pada bokong <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit pada tungkai kaki kanan sampai ke betis - Tampak keadaan kaki kanan pasien bengkak, berwarna kemerahan pada daerah tungkai kaki kaki dan kehitaman pada betis terdapat luka 38 cm, terdapat pus dan berbau - Tampak adanya luka dekubitus pada bokong 4 CM 	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan 1 bulan yang lalu pasien masuk rumah sakit dengan penyakit stroke dan dirawat selama \pm 2 minggu - Keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien terasa berat dan sulit untuk digerakkan 	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">5</td> <td style="padding: 5px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px 10px;">1</td> <td style="padding: 5px 10px;">1</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak pasien dibantu penuh oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya - Tampak terpasang urine kateter 450 cc - Hasil pemeriksaan N VIII (Vestibulocochlearis) pasien tidak mampu berdiri 	5	5	1	1		
5	5						
1	1						

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. J/ 65 Tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth II

No.	Diagnosa Keperawatan
<u>1.</u>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d dengan resistensi insulin
<u>2.</u>	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
<u>3.</u>	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer
<u>4.</u>	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. J/65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II/218

Tanggal	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Hasil yang diharapkan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
			Meliputi: tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi
6 mei, 2023	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d dengan resistensi insulin d.d	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil: Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) 1. Lelah/lesu cukup menurun (4) 2. Keluhan lapar cukup menurun (4) 3. Kadar glukosa dalam darah	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin Meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik: 1. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala

		cukup membaik (4)	hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin
	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Nyeri Sedang (3) 2. Meringis sedang (3) 3. Sikap protektif cukup menurun (4) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur cukup menurun (5) 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur

			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic
	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan b.d Neuropati perifer</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan sedang (3) 2. Kerusakan jaringan sedang (3) 3. Kerusakan lapisan kulit menurun sedang (3) 4. Nyeri sedang (3) 	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu

		<p>5. Kemerahan sedang (3)</p> <p>6. Hematoma sedang menurun (3)</p>	<p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement 2. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu.
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi: (1.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas sedang (3) 2. Kekuatan otot sedang (3) 3. Rentang gerak (ROM) sedang (3) 4. Kelemahan fisik cukup menurun (4) 5. Kecemasan cukup menurun (4) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dengan perlahan-lahan)
--	--	--	---

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. J/65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II/218

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi keperawatan	Perawat
Sabtu 6 mei, 2023	I	08:00	Mengobservasi tanda - tanda vital H/ TD:160/88 mmHg P : 26x/m S : 36,5 N : 101x/m	Pidel
	I	08:15	Melakukan pemeriksaan glukosa darah H/ - Glukosa sewaktu: 390 mg/dl - Glukosa puasa: 287 mg/dL	Peni
	II	08.45	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H/ P: Nyeri meningkat dengan sentuhan dan perubahan posisi Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Luka pada kaki S: Skala nyeri 6 T: Durasi nyeri hilang timbul	Pidel
	II	08.55	Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri H/	Peni

	III	09:00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam - Tampak pasien mengikuti teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat <p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>H/</p> <p>Tampak luka tungkai pada kaki sebelah kanan adanya kemerahan, pus, dan berbau nanah, tampak luka di bagian betis berwarna kehitaman</p>	Pidel
	III	09.30	<p>Memonitor tanda - tanda infeksi</p> <p>H/</p> <p>Tampak kemerahan, nanah, kerusakan kulit/jaringan, dan berbau</p>	Pidel
	III	09.40	<p>Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan luka dengan cairan NaCL menggunakan kassa steril sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik luka secara sirkuler - Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 	Peni
	IV	10.15	<p>Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>Tampak kekuatan otot masih menurun</p>	Pidel

			Kanan	Kiri	
			tangan		
			5	5	
			1	2	
			kaki		
	IV	11.00	Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi		Peni
			H/ TD: 155/113 mmHg N : 111x/m P : 20x/m S : 36,5		
	III	12.00	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi		Pidel
			H/ - Menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda infeksi yaitu: - Tampak luka, kemerahan, nanah, berbau, nyeri, dan terjadi kerusakan kulit		
	III	12.10	Menganjurkan prosedur perawatan luka kepada keluarga		Peni
			H/ Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk melakukan perawatan luka secara mandiri yang bertujuan untuk - Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati - Mencegah luka dari <u>infeksi</u> - Mengganti perban atau balutan - Mempercepat penyembuhan		
	II	12.25	Mengkolaborasi pemberian analgetic		Pidel
			H/ - Ranitidine 1 ampul/8 jam/ IV - Ketorolac 1 ampul/8 jam/IV		

	IV	12.40	Memfasilitasi melakukan pergerakan H/ Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa bangun tanpa bantuan dari keluarga maupun perawat.	Peni
	IV	12.55	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H/ - Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam bergerak seperti (miring kanan dan miring kiri) - Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam melatih kekuatan otot pada tangan dan kaki pasien	Pidel
	I	13.30	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia H/ Keluarga pasien mengatakan kebiasaan pasien adalah suka mengonsumsi makanan coto, pallubasa, gorengan dan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien seorang perokok aktif	Peni
	IV	14.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H/ Tampak pasien masih belum mampu melakukan pergerakan secara bertahap, tampak pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur	Pidel
	III	15.00	Mengkolaborasi pemberian antibiotik H/ - Methylpredinsalone 1gr/12jam/IV	Peni

	IV	16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Meropenem 1gr/12jam/IV - Ketorolac 1amp/8jam/IV <p>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kepada keluarga tentang tujuannya yaitu: - Mempertahankan fungsi tubuh - Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka - Membantu pernapasan menjadi lebih baik - Mempertahankan tonus otot - Memperlancar eliminasi (BAB, BAK) 	Pidel
	I	18.00	<p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih terbaring lemah di tempat tidur, bibir kering - Keluarga pasien mengatakan penglihatan pasien masih kabur 	Peni
	I	19.00	<p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>H/</p> <p>Perawat memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien dalam kepatuhan diet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan bubur (beras merah), sayur, ikan masak, dan buah-buahan (kiwi, jambu, jeruk dan semangka) 	Pidel
	II	21.00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien merasa nyaman dengan posisi semofowler yang diberikan - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tertidur saat lampu kamar dimatikan 	Peni

	I	22.00	Mengkolaborasi pemberian insulin H/ Levemir 18 unit/sc (malam)	Pidel
	II	22.10	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat H/ - Tampak pasien sudah tidak mengkonsumsi makanan tinggi lemak, berkarbohidrat dan sudah menjalani kepatuhan diet	Peni
	II	22.15	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H/ - Tampak keluarga pasien mengerti dan paham mengenai penyebab, dan pemicu nyeri pada pasien - Keluarga pasien mengatakan nyeri disebabkan karena luka pada tungkai kaki kanan sampai ke betis dan juga terdapat luak decubitus di belakang punggung pasien saat pasien bergerak	Pidel
	IV	22.20	Mengidentifikasi respon nyeri non-ferbal H/ Tampak pasien masih meringis kesakitan akibat luka pada tungkai kaki kanan	Peni
	IV	22.25	Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu H/ Tampak pasien sama sekali tidak bisa melakukan pergerakan dan hanya melibatkan keluarga untuk membantu dalam segala aktivitasnya	Pidel

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
Sabtu 7 Mei, 2023	I	05:00	Mengobservasi tanda - tanda vital H/ TD: 150/90 mmHg, P: 22x/l, S: 36, N: 115x/m	Pidel
	I	06:15	Melakukan pemeriksaan glukosa darah H/ - Glukosa sewaktu: 287 mg/dL - Glukosa puasa: 298mg/dL	Peni
	I	07.25	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri H/ Keluarga pasien mengatakan ada alat untuk setiap saat mengecek gds pasien	Pidel
	II	08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H/ P: Nyeri meningkat dengan sentuhan dan perubahan posisi Q: Nyeri sudah mulai berkurang R: Luka pada kaki S: Skala nyeri 4 T: Durasi nyeri hilang timbul	Peni

	II	08.30	Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri H/ <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam - Tampak pasien mengikuti Teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat 	Pidel
	III	08:40	Memonitor karakteristik luka H/ Tampak luka tungkai pada kaki sebelah kanan adanya kemerahan, pus, dan berbau nanah, tampak luka di bagian betis berwarna kehitaman	Peni
	III	09.00	Memonitor tanda-tanda infeksi H/ Tampak masih sedikit kemerahan, nanah, kerusakan kulit/jaringan, dan berbau	Pidel
	III	09.30	Melepaskan balutan dan plester secara perlahan H/ <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 	Peni

	IV	10.15	<p>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p>Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>Tampak kekuatan otot masih menurun</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">kaki</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Kanan	kiri	Tangan	5	5		2	3	kaki			Pidel
	Kanan	kiri														
Tangan	5	5														
	2	3														
kaki																
	IV	10.30	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>TD: 150/90</p> <p>P : 22x/l</p> <p>S : 36</p> <p>N : 115x/m</p>	Peni												
	III	11.00	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>H/</p> <p>Menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda infeksi, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih ada luka, sedikit kemerahan dan terdapat nanah di sertai berbau, masih nyeri. 	Pidel												

	III	11.35	<p>Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>H/</p> <p>Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk melakukan perawatan luka secara mandiri yang bertujuan untuk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati - Mencegah luka dari <u>infeksi</u> - Mengganti perban atau balutan - Mempercepat penyembuhan 	Peni
	II	12.00	<p>Mengkolaborasi pemberian analgetic</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ranitidine 1 ampul/8 jam/ IV - Ketorolac 1 ampul/8 jam/IV 	Pidel
	IV	12.40	<p>Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>H/</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa bangun tanpa bantuan dari keluarga maupun perawat.</p>	Peni
	II	12.55	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>H/</p> <p>Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam bergerak seperti (miring kanan, miring kiri)</p>	Pidel

	I	13.10	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia H/ Keluarga pasien mengatakan kebiasaan pasien adalah suka mengonsumsi makanan coto, pallubasa, gorengan dan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien seorang perokok aktif	Peni
	IV	13.40	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H/ Tampak pasien belum mampu melakukan pergerakan secara bertahap, pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur	Pidel
	III	15.00	Mengkolaborasi pemberian antibiotik H/ - Methylprednisolone 1gr/12jam/IV - Meropenem 1gr/12jam/IV - Ketorolac 1amp/8jam/IV	Peni
	IV	16.00	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi H/ Menjelaskan kepada keluarga tentang tujuannya yaitu: - Mempertahankan fungsi tubuh - Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka	Pidel

			<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pernapasan menjadi lebih baik - Mempertahankan tonus otot - Memperlancar eliminasi (BAB, BAK) 	
	I	17.00	<p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa lemas - Tampak pasien masih terbaring lemah di tempat tidur, dan bibir sedikit kering 	Peni
	I	18.00	<p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien dalam kepatuhan diet: - Memberikan bubur (beras merah), sayur, ikan masak, dan buah-buahan , (kiwi, jambu, jeruk dan semangka). 	Pidel
	II	21.00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien merasa nyaman dengan posisi semifowler yang diberikan 	Peni

			<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tertidur saat lampu kamar dimatikan 	
	I	22.00	<p>Mengkolaborasi pemberian insulin H/ Levemir 18 unit/SC (malam</p>	Pidel
	II	22.10	<p>Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat H/ Tampak pasien sudah tidak mengonsumsi makanan tinggi lemak, berkarbohidrat dan sudah menjalani kepatuhan diet</p>	Peni
	II	22.15	<p>Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H/ <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keluarga pasien mengerti dan paham mengenai penyebab, dan pemicu nyeri pada pasien. - Keluarga pasien mengatakan nyeri disebabkan karena luka pada tungkai kaki kanan sampai ke betis dan juga terdapat luka decubitus di belakang punggung pasien saat pasien bergerak. </p>	Pidel

	IV	22.14	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H/ Tampak pasien meringis kesakitan akibat luka pada tungkai kaki kanan	Peni
	IV	22.40	Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu H/ Tampak pasien sama sekali tidak bisa melakukan pergerakan dan hanya melibatkan keluarga untuk membantu dalam segala aktivitasnya	Pidel
	II	23.450	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri H / <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan saat pasien mengangkat kaki lukanya ia meringis kesakitan - Tampak pasien tidak bisa tidur saat ruangan terlalu bising dan ruangan terlalu terang 	Peni

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi Keperawatan	Perawat
Sabtu 8 Mei, 2023	I	05:00	Mengobservasi tanda - tanda vital H/ TD: 145/85, P: 21x/m, S: 36, N: 99x/m	Pidel
	I	06:15	Melakukan pemeriksaan glukosa darah H/ Hasil GDS 140 mg/dL	Peni
	I	07.25	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri H/ Keluarga pasien mengatakan ada alat untuk setiap saat mengecek gds pasien	Pidel
	II	08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H/ P: Nyeri menurun Q: Nyeri sudah mulai berkurang R: Luka pada kaki S: Skala nyeri 3 T: Durasi nyeri hilang timbul	Peni
	II	08.30	Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri H/ - Mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam	Pidel

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mengikuti Teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat 	
	III	08:40	<p>Memonitor karakteristik luka H/ Tampak masih ada luka tungkai pada kaki sebelah kanan disertai sedikit kemerahan, pus, dan sedikit berbau nanah, tampak luka di bagian betis berwarna kehitaman</p>	Peni
	III	09:00	<p>Memonitor tanda - tanda infeksi H/ Tampak masih sedikit kemerahan, disertai sedikit nanah, kerusakan kulit/jaringan, dan berbau</p>	Pidel
	III	09:30	<p>Melepaskan balutan dan plester secara perlahan H/ <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat </p>	Peni

	IV	10.15	<p>Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>Tampak kekuatan otot masih menurun</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tangan</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">kaki</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>		Kanan	kiri	Tangan	5	5		-----		kaki	3	4	Pidel
	Kanan	kiri														
Tangan	5	5														

kaki	3	4														
	IV	10.30	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>TD: 145/85 mmHg</p> <p>P : 21x/m</p> <p>S: 36</p> <p>N: 99x/m</p>	Peni												
	III	11.00	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kepada keluarga tanda-tanda infeksi, yaitu: - Tampak masih ada luka, sedikit kemerahan dan terdapat nanah di sertai berbau, nyeri. Berkurang. 	Pidel												
	III	11.35	<p>Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>H/</p>	Peni												

			<p>Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk melakukan perawatan luka secara mandiri yang bertujuan untuk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati - Mencegah luka dari <u>infeksi</u> - Mengganti perban atau balutan - Mempercepat penyembuhan 	
	II	12.00	<p>Mengkolaborasi pemberian analgetic H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ranitidine 1 ampul/8 jam/ IV - Ketorolac 1 ampul/8 jam/IV 	Pidel
	IV	12.40	<p>Memfasilitasi melakukan pergerakan H/</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa bangun tanpa bantuan dari keluarga maupun perawat.</p>	Peni
	II	12.55	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H/</p> <p>Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam bergerak seperti (miring kanan, miring kiri)</p>	Pidel
	I	13.10	<p>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia H/</p>	Peni

			<p>Keluarga pasien mengatakan kebiasaan pasien adalah suka mengkonsumsi makanan coto, pallubasa, gorengan dan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien seorang perokok aktif</p>	
	IV	13.40	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>H/</p> <p>Tampak kedua kaki pasien sudah bisa miring kanan dan miring kiri, namun pasien belum bisa makan dan minum secara mandiri</p>	Pidel
	III	15.00	<p>Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Methylprednisolone 1gr/12jam/IV - Meropenem 1gr/12jam/IV - Ketorolac 1amp/8jam/IV 	Peni
	IV	16.00	<p>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>H/</p> <p>Menjelaskan kepada keluarga tentang tujuannya yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan fungsi tubuh - Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka - Membantu pernapasan menjadi lebih baik - Mempertahankan tonus otot 	Pidel

	I	17.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memperlancar eliminasi (BAB, BAK) <p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih sedikit lemas, dan bibir masih sedikit kering 	Peni
	I	18.00	<p>Menganjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien dalam kepatuhan diet: - Memberikan bubur (beras merah), sayur, ikan masak, dan buah-buahan, (kiwi, jambu, jeruk dan semangka) 	Pidel
	II	21.00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien merasa nyaman dengan posisi semifowler yang diberikan - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tertidur saat lampu kamar dimatikan 	Peni

	I	22.00	Mengkolaborasi pemberian insulin H/ Levemir 18 unit/SC (malam	Pidel
	II	22.10	Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan insulin meningkat H/ Tampak pasien sudah tidak mengonsumsi makanan tinggi lemak, berkarbohidrat dan sudah menjalani kepatuhan diet	Peni
	II	22.15	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H/ - Tampak keluarga pasien mengerti dan paham mengenai penyebab, dan pemicu nyeri pada pasien. - Keluarga pasien mengatakan nyeri disebabkan karena luka pada tungkai kaki kanan sampai ke betis dan juga terdapat luka decubitus di belakang punggung pasien saat pasien bergerak.	Pidel
	IV	22.14	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H/ - Tampak pasien masih meringis - Tampak pasien masih nyeri pada luka tungkai kaki kanan	Peni

	IV	22.40	<p>Memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>H/</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah mulai makan, dan minum mandiri tanpa melibatkan keluarga untuk membantu dalam segala aktivitasnya - Tampak pasien masih berhati-hati dalam pergerakannya 	
	II	23.450	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>H /</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tampak pasien sudah mulai tidur dengan tenang 	

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/umur : Ny. J/65 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II/218

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
06 Mei 2023 (Shift pagi 07.00-14.00 WITA)	<p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pasien masih merasa lemas, lesuh, mengantuk dan masih sering pusing - Pasien mengatakan selalu merasa haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak mukosa bibir kering - Tampak hasil GDS: 390 mg/dl, TTV: TD: 160/88, mmHg, P: 26x/m, S: 36,5 °c, N: 101x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hiperglikemia <p>DK.II. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S: PQRST</p> <p>P :- Pasien megatakan nyeri pada luka di kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasein mengatakan nyeri saat bergerak 	Peni & Pidel

	<p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk - tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien gelisah <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri <p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum dapat bergerak dengan sendirinya - Pasien mengatakan ia selalu meminta bantuan keluarga dan perawat karena kaki kanan nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak berbalut perban - Tampak luka pada tungkai kaki kanan - Tampak kerusakan jaringan lapisan kulit - Tampak daerah luka kemerahan dan kehitaman pada betis kakinya dan berbau <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer belum teratasi</p>	
--	--	--

	<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan integritas kulit - Perawatan luka <p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada kedua kakinya tidak bisa digerakkan - Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke 1 bulan yang lalu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Tangan</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">kanan</td> <td style="padding: 5px;">kiri</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 10px;">Kaki</td> <td style="border-right: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rentang gerak (ROM) menurun - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa lemas, lesuh, mengantuk dan masih sering pusing - Pasien mengatakan selalu merasa haus 	Tangan	kanan	kiri		5	5		1	1	Kaki			
Tangan	kanan	kiri												
	5	5												
	1	1												
Kaki														

<p>(Shift sore 14.00-21.00 WITA)</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tampak mukosa bibir pasien kering - Tampak hasil GDS: 379 mg/dl, TTV: TD: 150/88, mmHg, P: 26x/m, S: 36,5 °c, N: 100x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hiperglikemia <p>DK.II.Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S: PQRST</p> <p>P :- Pasien megatakan nyeri pada luka di kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasein mengatakan nyeri saat bergerak <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien gelisah <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis belum teratasi</p>	
--	--	--

	<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Manajemen nyeri <p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan belum dapat bergerak dengan sendirinya- Pasien mengatakan ia selalu meminta bantuan keluarga dan perawat karena kaki kanan nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak berbalut perban- Tampak luka pada tungkai kaki kanan- Tampak kerusakan jaringan lapisan kulit- Tampak daerah luka kemerahan dan kehitaman pada betis kakinya dan berbau <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Perawatan integritas kulit- Perawatan luka- <p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan pada kedua kakinya tidak bisa digerakkan- Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke 1 bulan yang lalu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kekuatan otot menurun	
--	---	--

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Tangan</td> <td>kanan</td> <td>kiri</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p>Kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak rentang gerak (ROM) menurun - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Tangan	kanan	kiri		5	5		1	1	
Tangan	kanan	kiri									
	5	5									
	1	1									
<p>07 Mei 2023 (Shift pagi 07.00-14.00 WITA)</p>	<p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit lemas, mengantuk dan kadang - kadang pusing - Pasien mengatakan kadang-kadang masih merasakan haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih lemas - Tampak hasil GDS: 287 mg/dl, TTV: TD: 150/90, P:22x/m, S: 36, N: 115x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hiperglikemia <p>DK.II. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S: PQRST</p>	<p>Peni & Pidel</p>									

	<p>P: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk - tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak ekspresi wajah masih meringis <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri <p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih belum mampu bergerak sendiri tanpa bantuan keluarga dan perawat karena kaki kanan nyeri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih berbalut perban - Tampak daerah luka masih sedikit berwarna kemerahan dan kehitaman - Tampak luka berbau - Tampak sedikit nanah <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Kulit 	
--	---	--

	<p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada kedua kakinya sudah mulai digerakkan - Pasien mengatakan sudah mulai bergerak namun perlahan- lahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">tangan</td> <td style="padding-right: 20px;">kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="padding-left: 20px;">kiri</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="padding-left: 20px;">3</td> </tr> </table> <p>kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kaki kiri bisa digerakkan menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan. - Tampak pada kaki kanannya sudah mulai bisa digerakkan dengan perlahan-lahan namun sentuhan akan jatuh - Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit lemas, mengantuk dan kadang-kadang pusing - Pasien mengatakan kadang-kadang masih merasakan haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih lemas 	tangan	kanan	5	kiri			2	3	
tangan	kanan	5	kiri							
		2	3							

<p>(Shift sore 14.00-21.00 WITA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak hasil GDS: 287 mg/dl, TTV: TD: 150/90, P:22x/m, S: 36, N: 115x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Hiperglikemia <p>DK.II. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>S: PQRST</p> <p>P: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk - tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum lemah - Tampak ekspresi wajah masih meringis <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri <p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih belum mampu bergerak sendiri tanpa bantuan keluarga dan perawat karena kaki kanan nyeri</p>	
--	---	--

	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih berbalut perban - Tampak daerah luka masih sedikit berwarna kemerahan dan kehitaman - Tampak luka berbau - Tampak sedikit nanah <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Kulit <p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pada kedua kakinya sudah mulai digerakkan - Pasien mengatakan sudah mulai bergerak namun perlahan- lahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">tangan</td> <td style="padding-right: 20px;">kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding-left: 20px;">kiri</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding-left: 20px;">3</td> </tr> </table> <p>kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kaki kiri bisa digrakkan menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan. - Tampak pada kaki kanannya sudah mulai bisa digerakkan dengan perlahan-lahan namun sentuhan akan jatuh - Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular sebagian</p>	tangan	kanan	5	kiri			2	3	
tangan	kanan	5	kiri							
		2	3							

	<p>teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>08 Mei 2023 (Shift pagi 07.00-14.00) WITA</p>	<p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan msudah tidak lemas namun masih sedikit pusing - Pasien menagatakn sudah tidak merasakan kehausan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih terbaring lemas, - Tampak mukosa bibir sudah lembab - GDS: 140 mg/dl, TTV: TD: 145/85, mmHg P:21x/m, S: 36, N: 99x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>DK.II. Nyeri akut</p> <p>S: PQRST</p> <p>P: Pasien megatakan masih sedikit nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri sedikit tertusuk-tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 3</p> <p>T: Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak lemas - Tampak wajah pasien kadang-kadang meringis <p>A : Nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Peni & Pidel</p>

	<p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya masih sedikit luka dan masih berwarna kehitaman - Pasien mengatakan ia menerima kondisi kakinya yang luka - Pasien mengatakan ia menolak kakinya di amputasi - Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih berbalut perban - Tampak daerah luka sedikit kemerahan dan kehitaman <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> <p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kedua kaki masih terasa berat dan sulit untuk di gerakkan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah bisa menggerakkan kedua kakinya walaupun belum bisa berjalan atau berdiri karena pada kaki sebelah kananya masih luka - Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya - Tampak pasien sudah bisa makan, minum mandiri <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
--	--	--

<p>(Shift sore 14.00-21.00 WITA)</p>	<p>DK.I. Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan msudah tidak lemas namun masih sedikit pusing</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih terbaring lemas, GDS: 140 mg/dl, TTV: TD: 145/85, mmHg P:21x/m, S: 36, N: 99x/m <p>A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>DK.II. Nyeri akut</p> <p>S: PQRST</p> <p>P: Pasien megatakan masih sedikit nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri sedikit tertusuk-tusuk</p> <p>R: Tungkai kaki kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 3</p> <p>T: Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah tidak lemas - Tampak wajah pasien kadang-kadang meringis <p>A : Nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>DK.III. Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya masih sedikit luka dan masih berwarna kehitaman 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia menerima kondisi kakinya yang luka - Pasien mengatakan ia menolak kakinya di amputasi - Pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak masih berbalut perban - Tampak daerah luka sedikit kemerahan dan kehitaman <p>A: Kerusakan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> <p>DK.IV. Gangguan mobilitas fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kedua kaki masih terasa berat dan sulit untuk di gerakkan. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sudah bisa menggerakkan kedua kakinya walaupun belum bisa berjalan atau berdiri karena pada kaki sebelah kananya masih luka - Tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya - Tampak pasien sudah bisa makan, minum mandiri <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Kasus

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus yang nyata pada Ny. J dengan diagnosa diabetes melitus tipe II diruangan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi pada pasien diabetes melitus tipe II.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 5 Mei 2023, dengan keluhan kaki kanan bengkak, kemerahan, bernanah, terdapat luka, dan badan terasa lemah, mual, pusing, dan pandangan mulai menjadi kabur hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung dan hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu pemeriksaan GDS, darah lengkap, kimia darah, dan albumin. Pada saat pengkajian tanggal 6 Mei 2023 tampak pasien terbaring lemah tampak luka, ± 38 cm terjadi kerusakan jaringan dan lapisan kulit, terdapat pus, perdarahan, kemerahan luka membau sudah menyebar dari tungkai kaki kanan sampai ke betis pasien juga mengatakan terasa nyeri pada kaki kanan, skala nyeri 7 (dari skala 1-10) sifat nyerinya tajam (seperti tertusuk- tusuk), dan nyeri dirasakan hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik). Setelah dilakukan pemeriksaan pasien diberi diagnosa dengan diabetes

melitus tipe II, dimana hal ini didapatkan dari hasil gula dara sewaktu 390 mg/dL, gula dara puasa 287 mg/dL HbA1c 8,0.

Pada Ny. J dengan diabetes melitus didapatkan bahwa pasien memiliki riwayat DM 2 tahun dan memiliki kebiasaan merokok sejak gadis sampai masa tuanya dan pola makannya yang tidak sehat mengkonsumsi makanan berminyak (gorengan, coto pallubasa, dan santan), jarang berolahraga dan tidak suka mengkonsumsi buah-buahan, serta makanan berserat (sayur-sayuran). Keluarga pasien mengatakan \pm 2 tahun yang lalu pasien dirawat di Rumah Sakit Pelamonia dengan diagnosa medis Hipertensi pasien juga pernah memeriksakan kesehatannya 2 tahun yang lalu di puskesmas dengan keluhan pusing, lemas pandangan mulai kabur rasa lapar, haus, dan banyak kencing hasil GDS 380 d/L. Selama 3 minggu ini pasien sudah tidak patuh dan tidak rajin mengkonsumsi obat amlodipin, nevorapid yang diberikan.

Salah satu faktor penyebab tinggi prevalensi diabetes melitus tipe 2 disebabkan oleh interaksi antara faktor-faktor kerentanan genetik dan paparan terhadap lingkungan. Faktor lingkungan yang diperkirakan dapat meningkatkan faktor resiko diabetes melitus tipe 2 adalah perubahan gaya hidup seseorang, diantaranya adalah kebiasaan makan yang tidak seimbang serta pola hidup yang dijalani oleh individu yang bersangkutan, terutama pola diet yang tidak sehat akan menyebabkan obesitas, karena makanan yang dikonsumsi memegang peran dalam peningkatan kadar gula darah. Pada proses makanan, makanan yang di makan akan di cerna di dalam saluran cerna dan kemudian akan di ubah menjadi satu bentuk gula yang disebut glukosa. Hal ini menjadi faktor utama yang menjadikan seseorang resistensi terhadap insulin. Selain pola makan tidak sehat aktivitas fisik juga merupakan faktor resiko diabetes melitus (Melda, 2019). Demikian juga yang terjadi pada

Ny.J karena tidak menjaga pola makan dan tidak menaati diet, dan kurang melakukan aktivitas.

Usia \geq 45 tahun semua faktor resiko akan meningkat, dengan meningkatnya usia kemampuan jaringan mengambil glukosa darah semakin menurun. Usia juga dapat meningkatkan kejadian DM tipe II karena penuaan dapat menurunkan sensitivitas insulin sehingga dapat mempengaruhi kadar glukosa dalam darah. Individu akan mengalami penyusutan sel pankreas yang progresif, umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis menurun dengan cepat pada usia 40 tahun, salah satu yang berdampak adalah pada organ pancreas itu sendiri. Penurunan ini yang beresiko pada penurunan fungsi endokrin pancreas yang memproduksi insulin (Masruroh, 2018).

Riwayat keluarga diabetes (genetik) dapat menurun menurut Silsila keluarga yang mengidap diabetes. Ini akan terjadi karena DNA pada orang DM akan ikut di informasikan pada gen berikutnya terkaait dengan penurunan produksi insulin. Glukosa darah yang tinggi di kaitkan dengan resiko diabetes di masa depan (Nuraisya, 2018). Faktor keturunan berpengaruh terjadinya diabetes melitus. Orang yang memiliki riwayat keturunan diabetes melitus lebih besar kemungkinannya dari pada orang yang tidak memiliki riwayat diabetes melitus, namun dengan meningkatnya resiko yang memiliki bukan berarti orang tersebut pasti akan menderita diabetes. Kondisi faktor keturunan ini akan diperburuk dengan adanya gaya hidup yang buruk (Yusnanda et al., 2019).

Berdasarkan pengkajian 11 pola gordon maka ada beberapa pola yang menjadi masalah pasien yaitu: pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, dan pola persepsi dan kognitif. Penatalaksanaan medik yang diberikan yaitu pemberian insulin, antibiotik, analgetik terapi cairan dan elektrolit untuk pencegahan lebih lanjut.

Dari hasil pengkajian tersebut penulis menarik kesimpulan tidak semua gejala yang disebutkan oleh para peneliti diatas, dirasakan oleh pasien Ny "J" dengan diabetes melitus tipe II di ruang Bernadeth II RS Stella Maris Makassar.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnosis keperawatan. Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme

- a. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)
- b. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)
- c. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
- d. Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d nekrosis luka(D.0129)
- e. Risiko infeksi bd hiperglikemia (D.0142)

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.H dan sesuai dengan batasan karakteristik pengangkatan diagnosa pada buku SDKI, (2018) maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lemas, mual, pusing, dan pandangan mulai menjadi kabur pasien mengeluh luka pada kaki kanan bengkak, kemerahan, bernanah dan berbau. Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus sejak 2 tahun yang lalu, juga mengkonsumsi obat nevorapid hasil pemeriksaan laboratorium HbA1c 8,0%, glukosa puasa : 287 mg/dL, glukosa sewaktu 300 mg/dL

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada tungkai kaki kanan, nyeri berada pada skala 7, sedang (dari skala 1-10), nyeri dirasakan hilang timbul (dengan durasi 1-3 detik), Pasien mengatakan nyerinya tajam (seperti tertusuk-tusuk), dan Keluarga pasien mengatakan ada luka dekubitus di belakang punggung pasien dan mengeluh nyeri tampak wajah pasien meringis kesakitan dan tampak pasien terbaring ditempat tidur
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan pasien mengeluh luka pada tungkai kaki kanan seluas 38 cm, dan sudah pernah tertumpah air panas pada kaki kanannya. Tampak kerusakan jaringan dan lapisan kulit dari punggung kaki sampai ke betis tampak keadaan pada kaki kanan bengkak, berwarna kemerahan, kehitaman, dan terdapat pus dan berbau adanya luka decubitus di daerah punggung belakang
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan 1 bulan yang lalu pasien masuk rumah sakit dengan penyakit stroke dan dirawat selama \pm 2 minggu. Pasien mengatakan kedua kaki terasa berat dan sulit untuk digerakkan tampak pasien dibantu penuh oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan dan aktivitas hari-harinya. Tampak kekuatan otot menurun, terpasang urine kateter 450 cc.

Penulis tidak mengangkat diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan nutrient karena karena tidak ada data yang mendukung untuk mengangkat dan karena pada pengkajian tidak didapatkan data penunjang untuk diangkatnya diagnosa tersebut. Diagnosa tersebut dari hasil pengkajian yang didapatkan bahwa pasien mengetahui penyakit yang dialami.

Penulis juga tidak mengangkat diagnose resiko infeksi dengan faktor resiko penyakit kronis diabetes melitus berhubung karena pada pengkajian menunjukkan bahwa pasien telah mengalami infeksi akibat luka pada kaki kanannya.

3. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada pasien maka penulis menyusun intervensi:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin) intervensi berdasarkan SIKI:
Observasi: Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis; poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, pandangan kabur), monitor intake dan output cairan. Terapeutik: Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi: Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Kolaborasi: Pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan IV
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis intervensi berdasarkan SIKI: Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non-verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri. Terapeutik: Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Edukasi: Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non- farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: Pemberian analgetik, jika perlu

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer intervensi berdasarkan SIKI: 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 dengan kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat. Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Kolaborasi: Prosedur debridement, kolaborasi pemberian antibiotik
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular intervensi berdasarkan SIKI: Observasi Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dengan perlahan-lahan). Semua intervensi dari ketiga diagnosa dapat di implementasikan dalam waktu 3 hari (SIKI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan Ny. J penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat penulis sebelumnya pemberian focus implementasi keperawatan pada pasien yaitu kepatuhan diet pada penderita diabetes melitus tipe II. Pemberian edukasi diet

dilakukan untuk mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lipid mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal, dan memastikan asupan yang cukup seperti karbohidrat, serat, lemak dan asam amino esensial, protein, vitamin, dan mineral. Sehingga dalam pelaksanaan diet ini dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi. Tindakan ini diberikan karena selama ini pasien lalai dalam menjalan kebiasaan pola makan yang tidak sehat dan tidak memperhatikan. Tampak pasien saat di rawat di rumah sakit ia tidak mau makan kalau bukan coto.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 1-3 hari (6-8 Mei 2023) adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan (resistensi insulin). Hasil evaluasi pasien mengatakan masih merasa sedikit lemah. Tampak pasien masih terbaring lemah, GDS: 140 mg/dl, TTV: TD: 145/85, mmHg P:21x/m, S: 36, N: 99x/m
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis. Hasil evaluasi pasien megatakan masih sedikit nyeri pada luka tungkai kaki kanan pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 3 nyeri dirasakan hilang timbul. Hasil observavsi tampak wajah pasien kadang- kadang meringis
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati. Hasil evaluasi pasien mengatakan kakinya masih sedikit ada luka dan masih berwarna kehitaman. Tampak kaki pasien masih masih dibalut perban, luka sedikit kemerahan dan kehitaman

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Hasil evaluasi pasien mengatakan belum dapat bergerak tanpa bantuan keluarga. Tampak pasien sudah bisa menggerakkan kedua kakinya walaupun belum bisa berjalan atau berdiri karena pada kaki sebelah kananya masih terdapat luka, tampak pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi aktivitas hariannya namun belum bisa berjalan dan berdiri, tampak pasien sudah bisa makan, minum mandiri.

Dari 4 diagnosa yang diangkat yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan integritas kulit/jaringan dengan neuropati, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Pelaksanaan keperawatan ini dilakukan selama 3x24 jam selama tiga hari berturut-turut. Diagnosa pertama masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin sudah teratasi, diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagian teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri yaitu 3, diagnosa ketiga gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi karena masih terdapat luka pada bagian kaki kanan pasien, dan diagnosa ke empat sebagian teratasi karena pasien belum mampu beraktivitas seperti biasanya (berjalan atau berdiri) karena masih terdapat luka pada tungkai kaki kanannya.

B. Pembahasan Penerapan EBN (Pada Tindakan Keperawatan)

1. Judul EBN:
Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
2. Diagnosis Keperawatan: Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kondisi terkait diabetes melitus
3. Luaran yang diharapkan: Kestabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil: mengantuk cukup menurun, pusing cukup menurun, keluhan lapar cukup menurun, lelah/lesu cukup menurun, kadar glukosa dalam darah cukup membaik.
4. Intervensi prioritas: Edukasi Diet
Observasi:
 - a. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
 - b. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa laluTerapeutik:
 - a. Persiapkan materi, media dan alat peraga
 - b. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan Kesehatan
 - c. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanyaEdukasi:
 - a. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan
 - b. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
 - c. Anjurkan mempertahankan posisi semi-fowler (30-45 derajat) 20-30 menit setelah makan
 - d. Anjurkan olahraga sesuai toleransiKolaborasi:
 - a. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu

5. Pembahasan tindakan keperawatan pada EBN:

a. Pengertian tindakan

Kepatuhan diet DM tipe II dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang dapat mempengaruhi kepatuhan diet seperti pendidikan, pengetahuan, keyakinan dan sifat kepribadian. Faktor eksternal meliputi interaksi profesional kesehatan dengan pasien, faktor lingkungan dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat berpengaruh bagi penderita DM terhadap kepatuhan diet. Disaat anggota keluarga mengalami masalah kesehatan anggota yang lain berperan sangat penting dalam masalah keperawatan. Maka dari itu dukungan keluarga sangat penting untuk penderita DM dalam menjalani kepatuhannya terhadap diet (Rafani & Ben, 2012) dalam

Menurut (Almatsier, 2010) dalam (Argi Virgona, dll 2020) bahan makanan yang dianjurkan untuk diet diabetes melitus adalah sumber karbohidrat kompleks, seperti nasi, roti, mi, kentang singkong, ubi dan sagu, sumber protein rendah lemak, seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu krim, tempe, tahu, dan kacang-kacangan, sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu, bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama diolah dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus, dan dibakar. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian responden telah mengonsumsi makan buah dan sayur setiap hari. Namun juga masih mengonsumsi kopi, teh manis, dan gorengan ataupun makanan yang mengandung banyak lemak dan dengan jadwal makan yang tidak teratur. Responden beralasan hal ini disebabkan karena semakin hari nafsu makan semakin menurun, responden mengira hal ini dikarenakan faktor umur. Begitupun dengan jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh responden juga makanan tinggi gula hal ini

dikarenakan sudah menjadi kebiasaannya setiap hari sehingga jika terlewatkan akan merasakan rasa yang tidak enak badan seperti pusing

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang memiliki hubungan erat dengan kepatuhan terapi. Dukungan keluarga yang diberikan berupa dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan. Dukungan dapat digambarkan sebagai perasaan memiliki atau keyakinan bahwa seseorang merupakan peserta aktif dalam kegiatan sehari-hari. Perasaan saling terikat dengan orang lain dilingkungan menimbulkan kekuatan dan membantu menurunkan perasaan terisolasi (Anani et.al., 2012) dalam (Solekhah dan Sianturi Sondang R, 2020).

DM tipe 2 merupakan penyakit kronik tidak dapat disembuhkan, tetapi sangat potensial untuk di cegah dan dikendalikan melalui 5 pilar pengelolaan DM, yang meliputi edukasi DM, diet DM, olahraga, terapi pengobatan farmakologi dan monitoring kadar gula darah. DM merupakan penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup, maka berhasil tidaknya pengelolaan DM bergantung pada pasien sendiri dalam mengubah prilakunya. Secara teori perubahan perilaku melalui 3 tahap yaitu pengetahuan, sikap dan praktik (Arifin, 2015)

Secara normal karbohidrat yang kita makan akan diubah menjadi glukosa yang nantinya akan didistribusikan ke sel untuk dijadikan energi melalui bantuan insulin. Pada penderita DM, kadar glukosa akan meningkat didalam pembuluh darah.

Dukungan keluarga yang baik akan mempengaruhi proses penyembuhan penyakit yang melalui perhatian, rasa dicintai, dihargai dan menentukan keyakinan penderita untuk

patuh dalam menjalankan diet. Pada penelitian ini diketahui bahwa dimensi emosional yang diberikan keluarga antara lain keluarga mengerti dengan masalah yang dialami oleh responden tentang penyakit yang dirasakan, serta memberikan kenyamanan kepada responden dalam mengatasi masalahnya

Peneliti berpendapat bahwa dukungan penghargaan dari keluarga memberikan nilai positif dan dalam bentuk dorongan untuk meningkatkan kepatuhan diet penderita DM Tipe 2. Penderita DM Tipe 2 akan merasa dihargai dan diterima oleh lingkungan sekitar. Sehingga penderita merasa bahwa dirinya masih berarti bagi keluarga

Hasil penelitian ini sejalan oleh penelitian yang dilakukan Yusfita (2013) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada pasien

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa dukungan keluarga yang sering diberikan oleh keluarga kepada responden yaitu dukungan keluarga emosional. Dukungan keluarga emosional, yang melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta atau bantuan emosional. Dengan adanya dorongan tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan responden bahwa ia dipuji, dihormati, dicintai dan orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Friedman, 2010).

b. Tujuan/ rasional EBN:

Tujuan untuk membantu dan memperbaiki kebiasaan buruk dalam konsumsi makanan sembarang, menjaga kesehatan tubuh secara keseluruhan serta mencapai dan menjaga berat badan dari yang berlebih dan dalam pemberian dukungan keluarga dalam kepatuhan diet yaitu, untuk mencapai

keberhasilan dalam menjalankan dan mengendalikan kadar gula darah, untuk mengetahui dalam jumlah makanan, jenis makanan, kepatuhan dalam konsumsi obat, insulin, dan kepatuhan dalam aktivitas fisik

c. PICOT EBN

1) *Population*

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini ditemukan satu pasien dengan diagnosis medis diabetes melitus tipe II. Kriteria pasien kelolaan dengan keluhan luka pada bagian tungkai kaki sebelah kanan seluas ± 38 cm. Pasien mengatakan pernah terkena air panas. Tampak keadaan luka bernanah, bengkak, dan berwarna kemerahan tampak wajah pasien meringis

2) *Intervention*

Prosedur pelaksanaan kepatuhan diet pada pasien adalah sebagai berikut:

- a) Mempersiapkan materi, media dan alat peraga
- b) Mendjadwalkan waktu yang tepat sesuai kesepakatan pasien
- c) Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- d) Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
- e) Mengajarkan jumlah, jenis asupan makanan yang diprogramkan

3) *Comparison:*

Berdasarkan hasil penelitian dari (Argi Virgona dan Jatnika et. al 2020) ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di RW 15 wilayah kerja Puskesmas Cimahi Utara dengan $p=0,038$. Hal ini dikarenakan apabila

dukungan keluarga baik maka kepatuhan diet pun akan baik, dan sebaliknya jika dukungan keluarga buruk kepatuhan diet pun akan buruk

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Arifin, 2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUP Dr, Soeradji Tirtonegoro Klaten

Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan (Wahyu, Firdaus & Arwinda 2017) yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan 4 Pilar Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Rowosari" dari penelitian tersebut disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan 4 pilar pengelolaan DM tipe 2 dengan p value 0,001

4) *Outcome:*

Setelah dilakukan edukasi kepatuhan diet didapatkan hasil pasien adalah sudah mampu melakukan diet dengan sendiri tanpa dibimbing oleh keluarga dan perawat hasil pemeriksaan gula darah sudah normal (membaik)

5) *Time:*

Tindakan ini dilakukan selama tiga kali sehari yaitu pada pagi, siang, dan malam hari sebelum makan dengan memperhatikan kondisi fisik pasien

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan: pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, maka didapatkan kesimpulan secara umum yaitu:

1. Pengumpulan data ini mengidentifikasi pasien Ny "H" berjenis kelamin perempuan dengan usia 65 tahun dengan keluhan nyeri pada tungkai kaki kanan dan bengkak kemerahan, bernana dan berbau. Tampak terdapat luka. Pasien seluas \pm 38 cm. Pasien mengatakan awal ia terkena penyakit diabetes melitus dikarenakan pasien memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan yang manis-manis, berlemak dan seorang perokok. Pasien mengatakan pernah masuk rumah sakit 2 tahun yang lalu dengan penyakit hipertensi dan diabetes melitus dan menjalani terapi obat novorapid dan amlodipine akan tetapi pasien kurang patuh terhadap pengobatannya dan pasien juga mengalami riwayat stroke 1 bulan yang lalu
2. Diagnosis yang ditemukan pada pasien Ny "J" adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromukul

3. Pada rencana tindakan keperawatan adalah rencana tindakan yang dibuat berdasarkan hasil dari diagnosis keperawatan yang telah dibuat.
4. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II dengan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus tipe II, dimana penerapan ini dapat memberikan pemahaman pengetahuan tentang kepatuhan dalam mengkonsumsi makanan secara mandiri dengan melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam proses pengobatan melalui perilaku perawatan diri terhadap penyakit diabetes melitus.
5. Pada tahap evaluasi, penulis menemukan bahwa kasus diabetes melitus tipe II dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

B. Saran

1. Bagi rumah sakit
Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
2. Bagi profesi keperawatan
Diharapkan lebih memodifikasi lagi terkait asuhan keperawatan pasien dengan diabetes melitus tipe II dengan melakukan asuhan keperawatan contohnya dengan menerapkan perawatan luka

dengan menggunakan pemberian terapi madu pada pasien diabetes melitus tipe II secara mandiri

3. Bagi institusi keperawatan

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

DAFTAR PUSTAKA

- (shelby, 2017). (2019). *Discharge Planning Pada Pasien di Rumah Sakit* (Vol. 1). <http://eprints.undip.ac.id/80675/>
- Adri, K., Arsin, A., & Thaha, R. M. (2020). Faktor Risiko Kasus Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetik Di Rsud Kabupaten Sidrap. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 3(1), 101–108. <https://doi.org/10.30597/jkmm.v3i1.10298>
- Anggraeni, N. C., Widayati, N., & Sutawardana, J. H. (2020). Peran Perawat sebagai Edukator terhadap Persepsi Sakit pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Kabupaten Jember. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.17509/jpki.v6i1.24364>
- Bagus, I. (2021). *Preanalitik Dan Interpretasi Glukosa Darah Untuk Diagnosis Diabetes Melitus*. 1–14.
- Dewi, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus. Dm*, 130.
- Egabella, A. F. (2021). *Studi Penggunaan Pioglitazone Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Inap Rsu Universitas Muhammadiyah Malang*. 5–38. <https://eprints.umm.ac.id/76981>
- Fabiana Meijon Fadul. (2019). *Konsep Medis Diabetes Melitus*. [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9337/3/BAB II Tinjauan Pustaka.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9337/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf)
- Fatimah, R. N. (2016). Konsep Diabetes Melitus. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Izati, Z. (2017). Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang, 4, 12–50.
- Izzaty, R. E., Astuti, B., & Cholimah, N. (2021). Lta Askep Dm. In

Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.

Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (pp. 1–10).

Maria, D. (2019). Hubungan Asupan Status Gizi Pada Diabetes Melitus. *Jurnal Kesehatan*, 1–37.

Mathematics, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe II di RS Abdul Wahab Samarinda 2016*

NUZULLA, N. H. (2022). Gambaran Konsumsi Makanan Cepat Saji Dan Aktivitas Fisik Pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Rsnu Tuban. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.

Pangestika, H., Ekawati, D., & Murni, N. S. (2022). *Dm Tipe 2 2022 Etiologi*. 7, 132–150.

PERKENI. (2021). *Pemantauan gula darah mandiri*. halaman 36.

Rudito, S. (2012). *Asuhan Keperawatan Kerusakan integritas jaringan pada Ny.Y akibat ulkus diabetik pedis sinistra di ruang dahlia RSUD Dr. R. Goeteng Taroena Adibrata Purbalingga*. 121.
<http://repository.ump.ac.id/>

Susanti, E., & Kholisoh, N. (2018). Kontruksi Makna Kualitas Hidup Sehat. *Jurnal Lugas*, 2(1), 3.
<https://ojs.stiami.ac.id/index.php/lugas/article/download/117/102>

V.A.R.Barao, R.C.Coata, J.A.Shibli, M.Bertolini, & J.G.S.Souza. (2022a). Efektivitas Senam Kaki Diabetik Terhadap Penurunan Neuropati Perifer Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.

V.A.R.Barao, R.C.Coata, J.A.Shibli, M.Bertolini, & J.G.S.Souza. (2022). Title. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.

Wulandari, W. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan*, 53(9), 1689–1699.



**SATUAN ACARA PENYULUHAN PEMBERIAN DUKUNGAN
KELUARGA MENINGKATKAN KEPATUHAN
DIET PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE II**

Disusun Oleh:

PENI SUDDIN (NS2219401129)

PIDELVIA PASAPAN (NS2219401130)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022/2023**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan : Diet Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II

Sasaran : Ny. J

Tempat : Ruang Bernadeth II RS Stella Maris
Makassar

Hari/Tanggal : Senin, 8 Mei 2023

Waktu : 30 menit

Penyuluh : Peni Suddin
Pidelvia Pasapan

A. Tujuan Instruksional Umum

Keluarga dan pasien mampu mengetahui diet pada pasien diabetes melitus.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan maka pasien dan keluarga dapat:

1. Menjelaskan pengertian diet
2. Menyebut 3 dari 5 tujuan diet pada pasien diabetes melitus
3. Menyebutkan komposisi makanan yang dianjurkan untuk pasien Diabetes Melitus

C. Sasaran

Ny. J

D. Materi terlampir

1. Defenisi diet
2. Tujuan diet pada pasien Diabetes Melitus
3. Komposisi makanan makanan yang dianjurkan untu pasien Diabetes Melitus

E. Metode dan tanya jawab

Ceramah dan tanya jawab

F. Media

Leflet

G. Kegiatan

No.	Waktu	Kegiatan	Kegiatan sasaran
1.	5 Menit	Pembukaan: 1. Salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan

2.	15 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Defenisi diet 2. Tujuan diet pada pasien Diabetes Melitus 3. Komposisi makanan makanan yang dianjurkan untu pasien Diabetes Melitus 	Memperhatikan
3.	10 Menit	<p>Evaluasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan untuk bertanya 2. Meminta pasien menjelaskan kembali tentang penanganan diet 3. Mengucap salam 	<p>Bertanya dan mendengar jawaban</p> <p>Menjelaskan kembali die apa saja yang akan dilakukan dan jenis makanan apa yang tidak boleh dikonsumsi berlebihan</p>
4.	5 Menit	<p>Terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan terimakasih atas perhatian yang diberikan 2. Mengucapkan salam 	Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Menjelaskan defenisi diet
2. Menjelaskan tujuan diet
3. Menyebutkan Komposisi makanan makanan yang dianjurkan untu pasien Diabetes Melitus

Materi Penyuluhan

1. Definisi

Diabetes adalah penyakit kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi. Terdapat beberapa hal yang jadi penyebab gula darah melonjak dengan cepat, salah satunya makanan. Pasien diabetes perlu membatasi konsumsi makanan yang tinggi kalori dan karbohidrat makanan yang memiliki indeks glikemik tinggi juga termasuk makanan pantangan untuk diabetes.

Indeks glikemik menyatakan seberapa cepat karbohidrat dalam makanan diproses menjadi glukosa oleh tubuh. Semakin tinggi suatu makanan berarti konsumsi makanan tersebut semakin mudah menaikkan gula darah

Oleh karena itu paya pencegahan dan pengendalian penyakit Diabetes Melitus ini dilakukan dengan mengedukasi pola makan sehat, olahraga teratur, dan saran menurunkan berat badan bagi mereka yang overweight dan obesitas. Memperbaiki faktor risiko yang dapat dimodifikasi merupakan kunci pencegahan DM tipe II.

a. Pengertian Diet

Diet adalah pengaturan makanan dan minuman yang dikonsumsi seseorang secara rutin untuk menjaga Kesehatan. Diet lebih mengarah pada pengaturan pola makan yang baik untuk mencapai kondisi sehat

2. Tujuan

a. Tujuan umum

Membantu penderita diabetes melitus memperbaiki kebiasaan hidup dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolic yang lebih baik.

b. Tujuan khusus

a. Mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal dengan keseimbangan asupan makanan dengan insulin (endogen atau eksogen) obat hipoglikemik oral dan tingkat aktifitas

b. Mencapai kadar serum lipid yang optimal

c. Mempertahankan energi yang cukup untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang memadai orang dewasa, mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang normal pada anak dan remaja, untuk meningkatkan kebutuhan metabolik selama kehamilan dan laktasi penyembuhan dari penyakit katabolic

d. Menghindari dan menangani komplikasi akut orang dengan diabetes yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, penyakit-penyakit jangka pendek.

e. Meningkatkan Kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal. (Pramono,2012)

f. Komposisi makanan yang dianjurkan untuk pasien diabetes melitus

1) Komposisi makanan yang dianjurkan:

a) Karbohidrat

Rekomendasi ADA tahun 1994 lebih memfokuskan pada jumlah total karbohidrat daripada jenisnya. Rekomendasi untuk sukrosa lebih liberal buah dan susu sudah terbukti

mempunyai respon glikemik yang lebih rendah daripada Sebagian besar tepung-tepungan.

Anjuran konsumsi karbohidrat untuk diabetes di Indonesia:

- 1) 45-65% total asupan energi
- 2) Pembatasan karbohidrat tidak dianjurkan <130 g/hari
- 3) Makanan harus mengandung lebih banyak karbohidrat terutama berserat tinggi
- 4) Sukrosa tidak boleh dari 5% sehari (3-4 sdm)
- 5) Makan 3 kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari

b) Serat

Rekomendasi asupan serat untuk orang dengan diabetes sama dengan untuk orang yang tidak diabetes yaitu dianjurkan mengkonsumsi 20-35 gr serat majan dari berbagai sumber bahan makanan

- c) Protein menurut consensus pengelolaan diabetes di Indonesia tahun 2006 kebutuhan protein diabetisi 15%-20% energi. Perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg berat badan perhari atau 10% dari kebutuhan energi dengan timbulnya nefropati pada orang dewasa 65% hendaknya bernilai biologis tinggi. Sumber protein yang baik adalah ikan, seafood, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan dan tahu tempe.

d) Total lemak

Anjuran asupan lemak di Indonesia adalah 20-25% energi. Lemak jenuh <7% kebutuhan energi dan lemak tidak jenuh ganda <10% kebutuhan energi. Sedangkan selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal. Asupan

kolesterol makanan hendaknya dibatasi tidak lebih dari 300 mg perhari.

e) Garam

Anjuran asupan untuk orang diabetes sama dengan penduduk biasa yaitu tidak lebih dari 3000 mgr atau sama dengan 6-7bg (1 sdt) garam dapur, sedangkan bagi yang menderita hipertensi ringan sampai sedang, dianjurkan 2400 mgr natrium perhari atau sama dengan 6 gr/hari garam dapur, sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin dan soda.

2) Cara pengaturan makanan:



- Jumlah kalori ditentukan umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, dan aktivitas
- Batasai penggunaan karbohidrat kompleks seperti: nasi, lontong, ketan, jagung, kentan, dll, di kurangi jumlahnya dari kebiasaan sehari-hari
- Hindari sumber karbohidrat sederhana/ mudah diserap seperti: gula pasir, gula jawa, sirup, selai, manisan, buah-buahan, susu kenatl manis, minuman botol ringan, dodol, es krim kue-kue manis, bolu tarcis, abon, dendeng, dan sarden

- 3) Makanan yang diperbolehkan:
 - a) Lauk hewani dan nabati dalam jumlah yang cukup sesuai yang dianjurkan
 - b) Aneka ragam sayuran untuk memberikan rasa kenyang dan kandungan serat tinggi
 - c) Buah-buahan dalam jumlah cukup
 - d) Minyak dan garam dalam jumlah yang tidak berlebihan
- 4) Jumlah makanan yang dimakan dalam satu hari dibagi dan diatur dengan baik terutama bagi penderita yang menggunakan obat dan suntikan insulin
- 5) Untuk mengganti gula dapat digunakan sakarin dengan perbandingan 1 gelas minuman digunakan 2 tablet sakarin atau $\frac{1}{4}$ sendok the sakarin kristal. Bila menggunakan sakarin jangan dipanaskan karena dapat memberikan rasa pahit.

DIET DM 1900 kalori

Makan Pagi	Makan Siang	Makan Malam
Nasi 100 gr	Nasi 140 gr	Nasi 140 gr
Daging/Penukar 40 gr	Daging/Penukar 40 gr	Daging/Penukar 25 gr
Tempe/Penukar 25 gr	Tempe/Penukar 25 gr	Tempe/Penukar 50 gr
Sayuran 100 gr	Sayuran 150 gr	Sayuran 100 gr
	Buah 100 gr	Buah 100 gr

Snack pagi	Snack sore
Buah 1 porsi 200 gr	Buah 1 porsi 200 gr




DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS



Di susun Oleh:

Peni Suddin

Pidelya Pasanan

SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR PROGRAM STUDI
PROFESI NERS TAHUN 2023

Apa itu Diabetes Melitus?

Diabetes Melitus (DM) adalah kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang mengalami peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan hormon insulin baik secara absolut atau relatif.

Nilai Normal:

- Gula darah sewaktu (GDS) Tanpa puasa < 200 mg/dl
- Gula darah puasa (GDP) < 126 mg/dl

TUJUAN DIET

1. Membuat dan mengatur kadar gula mendekati normal
2. Menurunkan gula dalam urine menjadi negatif
3. Mencapai berat badan normal
4. Mengurangi/mencegah komplikasi
5. Melaksanakan pekerjaan sehari-hari seperti orang normal

Cara pengaturan makanan:

- + Jumlah kalori ditentukan umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, dan aktivitas
- + Batasi penggunaan karbohidrat kompleks seperti: nasi, lonteng, ketan, jagung, kentan, dll, di kurangi jumlahnya dari kebiasaan sehari-hari
- + Hindari sumber karbohidrat sederhana/mudah diserap seperti: gula pasir, gula jawa, sirup, selai, manisan, buah-buahan, susu kenari manis, minuman betel ringan, dedel, es krim, kue-kue manis, biskuit, abon, dendeng, dan sarden

DIET DM 1900 kalori



Makan Pagi	Makan Siang	Makan Malam
Nasi 100 gr	Nasi 140 gr	Nasi 140 gr
Daging/Pisikar 40 gr	Daging/Pisikar 40 gr	Daging/Pisikar 25 gr
Tempe/Pisikar 25 gr	Tempe/Pisikar 25 gr	Tempe/Pisikar 50 gr
Sayuran 100 gr	Sayuran 150 gr	Sayuran 100 gr
Buah 100 gr	Buah 100 gr	Buah 100 gr

Snack pagi
Buah 1 porsi 200 gr

Snack sore
Buah 1 porsi 200 gr



Makanan yang diperbolehkan:

- + Lauk hewani dan nabati dalam jumlah yang cukup sesuai yang dianjurkan
- + Aneka ragam sayuran untuk memberikan rasa kenyang dan kandungan serat tinggi
- + Buah-buahan dalam jumlah cukup
- + Minyak dan garam dalam jumlah yang tidak berlebihan

Untuk mengganti gula dapat digunakan sakarin dengan perbandingan 1 gelas minuman digunakan 2 tablet sakarin atau ¼ sendok teh sakarin kristal. Bila menggunakan sakarin jangan dipanaskan karena dapat



Jumlah makanan yang dimakan dalam satu hari dibagi dan diatur dengan baik terutama bagi penderita yang menggunakan obat dan suntikan insulin.