**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.”S” DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANG C2**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH:**

**ACHMAD ALI AKBAR**

**NIM: 2021001**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.”S” DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS DIABETES MELITUS DI RUANG C2**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



**OLEH:**

**ACHMAD ALI AKBAR**

**NIM. 2021001**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TAHUN 2023**

# **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Februari 2023

Penulis

Achmad Ali Akbar

NIM. 2021001

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

|  |  |
| --- | --- |
| Nama :  NIM. :  Program Studi :  Judul : | Achmad Ali Akbar  2021001  D3 Keperawatan  Asuhan Keperawatan Pada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**

Surabaya, Februari 2023

Pembimbing

**(Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns., M.Kep)**

**NIP. 03050**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : Februari 2023

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama :  NIM. :  Program Studi :  Judul : | Achmad Ali Akbar  2021001  D3 Keperawatan  Asuhan Keperawatan Pada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penguji I : | Astrida Budiarti M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat  NIP. 03025 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji II : | Dedi Irawandi, S.Kep.,Ns.M.Kep  NIP. 03050 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Penguji III : | Sulistiyono,S.Kep.Ns  NIP. 197103231996031003 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**KAPRODI D3 KEPERAWATAN**

**(Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes)**

**NIP. 12345**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : Februari 2023

# **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhiryang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhirini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehinggga karya ilmiah akhirini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Dr.AV.Sri Suhardiningsih, S. Kep., M. Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi D3 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
5. Astrida Budiarti M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat selaku penguji, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Dedi Irawandi, S. Kep., Ns.M. Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Bapak Sulistiyono, S. Kep., Ns., selaku penguji 2, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
8. Bapak ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memeberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulis Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulis ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Terimakasi kepada kepala ruangan dan bapak/ibu perawat yang ada di ruang C2 yang telah memperbolehkan kami untuk melakukan penelitihan dan membantu untuk menyelesaikan tugas akhir ini
10. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.

Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhirini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, Februari 2023

Penulis

# **DAFTAR ISI**

[**KARYA ILMIAH AKHIR**](#_Toc95753715) i

[**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN** ii](#_Toc95753716)

[**HALAMAN PERSETUJUAN** iii](#_Toc95753717)

[**LEMBAR PENGESAHAN** iv](#_Toc95753718)

[**KATA PENGANTAR** v](#_Toc95753719)

[**DAFTAR ISI** viii](#_Toc95753720)

[**DAFTAR TABEL** x](#_Toc95753721)

[**DAFTAR GAMBAR** xi](#_Toc95753722)

[**BAB 1** 1](#_Toc95753723)

[**PENDAHULUAN** 1](#_Toc95753724)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc95753725)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc95753726)

[1.3 Tujuan Penulisan 4](#_Toc95753727)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc95753728)

[1.3.2 Tujuan Khusus 5](#_Toc95753729)

[1.4 Manfaat Penulisan 5](#_Toc95753730)

[1.5 Metode Penlisan 6](#_Toc95753731)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc95753732)

[**BAB 2** 9](#_Toc95753733)

[**TINJAUAN PUSTAKA** 9](#_Toc95753734)

[2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus 9](#_Toc95753735)

[2.1.1 Definisi 9](#_Toc95753736)

[2.1.2 Anatomi Fisiologi Kelenjar Pankreas 9](#_Toc95753737)

[2.1.3 Klasifikasi 11](#_Toc95753738)

[2.1.4 Etiologi 12](#_Toc95753739)

[2.1.5 Patofisiologi 14](#_Toc95753740)

2.1.6 Manifestasi Klinis………………………………………………………………………………………….15

[2.1.7 Komplikasi 17](#_Toc95753741)

[2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 18](#_Toc95753742)

2.1.9 Penatalaksanaan……………………………………………………...……20

[2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus 27](#_Toc95753743)

[2.2.1 Pengkajian 27](#_Toc95753744)

[2.2.2 Pemeriksaan Fisik 30](#_Toc95753745)

[2.2.3 Pemeriksaan Laboratorium 32](#_Toc95753746)

[2.2.4 Diagnosis Keperawatan 33](#_Toc95753747)

[2.2.5 Intervensi Keperawatan 33](#_Toc95753748)

[2.2.6 Implementasi Keperawatan 35](#_Toc95753749)

2.2.7 Evaluasi Keperawatan……………………………………………………………………………………. 36

[2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan (Patoflow) 38](#_Toc95753750)

[**BAB 3** 39](#_Toc95753751)

[**TINJAUAN KASUS** 39](#_Toc95753752)

[3.1 Pengkajian 39](#_Toc95753753)

[3.2 Analisa Data 48](#_Toc95753754)

[3.3 Intervensi 48](#_Toc95753755)

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan....………………………………...51

[**BAB 4** 66](#_Toc95753756)

[**PEMBAHASAN** 66](#_Toc95753757)

[4.1 Pengkajian 66](#_Toc95753758)

[4.2 Diagnosis Keperawatan 75](#_Toc95753759)

[4.3 Perencanaan 77](#_Toc95753760)

[4.4 Pelaksanaan 79](#_Toc95753761)

[4.5 Evaluasi 84](#_Toc95753762)

[**BAB 5** 88](#_Toc95753765)

[**PENUTUP** 88](#_Toc95753766)

[5.1 Kesimpulan 88](#_Toc95753767)

[5.2 Saran 89](#_Toc95753768)

[**DAFTAR PUSTAKA** 91](#_Toc95753769)

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Obat anti hiperglikemia oral 22

[Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan diri Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya](#_Toc46322278) 43

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 43

Tabel 3.3 Pemberian terapi medis pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ……………… 44

[Tabel 3.4 Analisa Data pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 45](#_Toc46322279)

[Tabel 3.5 Prioritas masalah pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya 47](#_Toc46322280)

Tabel 3.6 intervensi keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis diabetes melitus…………………………………………………………….…48

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan Diagnosa Medis diabetes melitus…………………………………………….…51

Tabel 3.8 Evaluasi Sumatif pada Ny. S dengan Diagnosa Medis diabetes melitus…………………………………………………………….…61

# **DAFTAR GAMBAR**

[Gambar 2. 1 Penampang Pancreas](#_Toc46322585) 11

[Gambar 2. 1 Web Of Caution (WOC) DM](#_Toc46322585) 35

**DAFTAR SINGKATAN**

ADA : *American Diabetes Association*

BB : Berat Badan

DM : Diabetes Melitus

DPP : Dewan Pimpinan Pusat

GD2PP : Gula Darah 2 jam PP

GDS : Gula Darah Sewaktu

GDP : Gula Darah Puasa

IDF : *International Diabetes Federation*

IMT : Indeks Massa Tubuh

PJK : Penyakit Jantung Koroner

PPNI : Persatuan Perawat Naisonal INDONESIA

SDKI : Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI : Standart Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

TGT : Toleransi Glukosa Terganggu

WHO : *World Health Organization*

# 

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis (menahun) yang berupa gangguan metabolik yang dapat ditandai dengan peningkatan kadar gula darah sehingga melebihi batas normal (Hiperglikemia). Hiperglikemia merupakan kondisi dimana kadar gula darah sewaktu melebihi 200 mg/dL dan kadar gula darah puasa melebihi 126 mg/dL. Berdasarkan penyebab peningkatan kadar gula darah, diabetes melitus dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis yang meliputi diabetes melitus tipe 1 dan diabetes melitus tipe 2. Diabetes melitus tipe 1 merupakan diabetes yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah akibat kerusakan sel beta pankreas yang menyebabkan tidak terjadinya produksi hormon insulin yang berfungsi untuk mencerna gula dalam darah. Sedangkan diabetes melitus tipe 2 merupakan diabetes yang disebabkan oleh peningkatan gula darah akibat dari penurunan sekresi insulin yang rendah oleh kelenjar pankreas (KEMENKES, 2020).

Diabetes melitus merupakan penyakit yang dikenal sebagai *sillent killer* dimana seringkali tidak disadari oleh penderita dan mulai disadari saat telah terjadi komplikasi. Penyakit diabetes melitus dapat menyerang hampir seluruh sistem tubuh manusia, mulai dari kulit hingga jantung sehingga dapat menimbulkan berbagai komplikasi (Nugroho, 2015). Gejala pada penyakit diabetes melitus awalnya berhubungan dengan efek secara langsung dari peningkatan kadar gula darah. Kadar gula darah yang tinggi akan

menyebabkan pengeluaran glukosa dari air kemih. Gejala yang sering terjadi pada penderita diabetes melitus disebut sebagai triaspoli, yaitu *poliuria* (banyak berkemih), *polidipsia* (banyak minum) dan *polifagia* (banyak makan) (Nugroho, 2015). Keterlambatan dalam penanganan gejala diabetes melitus akan mengakibatkan masalah keperawatan dimana terjadi ketidakstabilan kadar glukosa darah, hambatan mobilitas fisik dan ketidakseimbangan nutrisi yang berhubungan dengan ketidakcukupan insulin pada tubuh.

Menurut Smeltzer& Bare, (2013), masalah yang pada diabetes melitus yaitu seperti intoleransi aktivitas dengan kriteria pada klien mudah letih, hambatan untuk beraktivitas/kesulitan dalam beraktivitas, nyeri akut akibat kerusakan integritas kulit dengan kriteria pada klien seperti rasa tidak nyaman akibat nyeri, sulit beraktivitas dan resiko infeksi. Dalam beberapa tahun terakhir, prevalensi penyakit diabetes melitus secara global terus meningkat hingga menjadi 3 kali lipat pada tahun-tahun mendatang. *World Health Organization* (WHO) telah memprediksi bahwa peningkatan kasus diabetes melitus dunia akan mencapai 21,3 juta kasus pada tahun 2030 (GINA, 2020). *International Diabetes Federation* (IDF) juga memperkirakan bahwa kasus diabetes melitus akan meningkat menjadi 19,9% seiring dengan terjadinya penambahan penduduk. Indonesia menempati posisi ke 7 dari 10 negara dengan penderita diabetes melitus terbanyak. Riset Kesehatan Dasar 2018 (RISKESDAS 2018) menjelaskan bahwa prevalensi diabetes melitus nasional adalah sebesar 8,5% atau sekitar 20,4 juta individu yang telah terdiagnosis DM (KEMENKES, 2020). Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, khusunya di Di ruang C2 dari bulan Desember 2022 sampai dengan Janauri 2023 terdapat 35 pasien dengan diagnosis diabetes melitus dengan atau tanpa penyakit penyerta.

Penyakit diabetes melitus dapat terjadi dikarenakan terjadinya gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk dalam penyakit kompleks yang melibatkan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Berkembangnya penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada penderita karena adanya penurunan kadar insulin tubuh. Rendahnya kadar insulin pada tubuh dapat menyebabkan glukoa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar glukosa dalam darah akan meningkat dan terjadi hiperglikemia. Kondisi hiperglikemia dapat memicu ginjal untuk mengeluarkan glukosa melalui air kemih. Apabila kadar glukosa dalam darah semakin tinggi menyebabkan ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang sehingga menyebabkan gejala *poliuria*. Gejala *poliuria* dapat memicu terjadinya *polidipsia* dikarenakan frekuensi berkemih pada pasien yang berlebihan menyebabkan cairan tubuh berkurang sehingga penderita merasa haus dan terjadi peningkatan asupan air atau banyak minum. Selain itu, *poliuria* juga mengakibatkan *polifagia* atau banyak makan dikarenakan sejumlah besar kalori akan keluar bersama dengan keluarnya air kemih sehingga seringkali menimbulkan rasa lapar dan memicu peningkatan asupan makan (Nugroho, 2015). *Poliuria* yang terus terjadi menyebabkan rasa lelah karena kurangnya cairan dan elektrolit serta gangguan imunitas.

Pengendalian kadar gula darah bagi penderita diabetes merupakan hal yang penting karena dengan pengendalian gula darah yang baik maka komplikasi akibat diabetes dapat dicegah. Namun dari beberapa penelitian yang dilakukan diketahui bahwa sebagian besar penderita diabetes memiliki kadar gula darah yang tidak terkendali. Hal yang paling penting dalam mengendalikan kadar gula darah penderita adalah pemeriksaan kadar kadar gula darah secara berkala, pengobatan, terapi nutrisi, medis dan aktivitas yang rutin (Rahayu, 2020). Sebagian besar penderita diabetes melitus tidak mempunyai pengetahuan yang luas akan penyakitnya yang dapat memperbesar tingkat mortalitas penderita. Menurut Rahayu (2020), kurangnya pengetahuan dan kesadaran pada penderita diabetes melitus akan mempengaruhi kemampuan penderita diabetes melitus dalam menangani penyakitnya sehingga dapat menurunkan resiko terjadinya kematian karena diabetes melitus.

Karena semakin banyaknya penderita diabetes mellitus di Indonesia salah satunya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka dalam hal ini penulis tertarik menuliskan tentang “Asuhan Keperawatan pada Ny. “S” dengan Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan diabetes mellitus maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan diabetes melitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. “S” dengan diagnosis medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?

1. **Tujuan Penulisan**
2. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Tujuan Khusus**
2. Melakukan Pengkajian kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan dan menegakan diagnosis keperawatan kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melakukan perencanakan tindakan keperawatan kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mengevaluasihasil pengkajian kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
7. Mendokumentasikan tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
8. **Manfaat Penulisan**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

* + 1. **Akademisi**

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya adalah hal asuhan keperawatan kepada Ny. “S” dengan diagnosa medis diabetes melitus di C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Praktisi**

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus.

1. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan baik.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus.

1. **Metode Penulisan**
   * 1. **Metode**

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

1. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber Data**

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan psien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas.

1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

* + 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
    2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa diabetes melitus.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

* + 1. **Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.**

# 

# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus**
     1. **Definisi**

Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang mempunyai karakteristik kadar glukosa darah yang tinggi (hiperglikemia) dikarenakan terjadinya kelainan sekresi insulin,kerja insulin atau kekeduanya (PERKENI, 2020).

Menurut *American Diabetes Association*(ADA),diabetes adalah suatu penyakit kronis kompleks yang membutuhkan suatu perawatan medis yang panjang atau berkelanjutan untuk mengendalikan kadar gula darah guna menurunkan resiko terjadinya multifaktoral (ADA, 2020).

* + 1. **Anatomi Fisiologi Kelenjar Pankreas**

Pankreas adalah kelenjar terelongasi berukuran besar di bagian kurvatura besar lambung.

1. Kelenjar pankreas

Sekumpulan kelenjar yang strukturnya sangat mirip dengan kelenjar ludah yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm mulai dari duodenum sampa limpa dan beratnya rata-rata 60-90 gr. Terbentang pada vertebral lumbalis I dan II di belakang lambung

1. Fungsi pankreas

Kelenjar eksokrin (asinar) yang membentuk getah pankreas yang berisi enzim-enzim pencernaan dan larutan berair yang mengandung sel-sel sinar arsial

mengalir melalui duktus pancreas, yang menyatu duktus empedu komunis dan masuk ke duodenum di titik ampula hepatopankreas. Getah pankreas ini ini di kirim ke dalam duodenum melalui duktus pankreatikus, yang bermuara pada papilla varteri yang terletak pada dinting duodenum. Pankreas menerima darah dari arteri pankreatika dan mengalirkan darahnya ke vena kava interior melalui vena pankreatika.

Fungsi endokrin, sekelompok sel kecil epitelium yang berbentuk pulau-pulau kecil atau kepulauan Langerhans, yang bersama sama membentuk organ endrokrin yang meneksresi insulin dan glukagon yang langsung di alirkan ke peredaran darah membawa ke jaringan tanpa melewati duktus untuk membantu metabolisme kalbohidrat (Smeltzer& Bare, 2013).

Menurut Smeltzer& Bare (2014), bagian-bagian pankreas antara lain

1. Kepala pankreas

Merupakan bagian paling lenar terletak di sebelah kanan dan letaknya di belakang lambung di depan vertebra lumbalis pertama,

1. Badan pankreas

Merupakan bagian utama pada organ tersebut dan letaknya di belakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.

1. Ekor pankreas

Merupakan bagian yang runcing di sebelah kiri yang sebenarnya menyentuh limfa.



Ganbar 2. 1 Penampang pancreas (Smeltzer& Bare, 2013)

* + 1. **Klasifikasi**

Penyakit diabetes atau yang dikenal oleh masyarakat sebagai kencing manis terjadi pada seseorang yang mengalami peningkatan kadar glukosa (gula) di dalamdarah yang dikarenakan terjadinya kekurangan insulin atau reseptor insulin yang tidak berfungsi dengan baik,tipe diabetes melitus dapat dibagi menjadi 2, yaitu:

1. **Diabetes Melitus Tipe 1**

Diabetes yang timbul karena kurangnya hormon insulin disebut dengan DM tipe I atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM),sedangkan diabetes yang disebabkan karena insulin yang tidak berfungsi secara baik disebut sebagai DM tipe IIatau *Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM).Insulin merupakan hormon yang di produksi oleh sel beta di pankreas, yaitu sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung,yang memiliki fungsi untuk mengatur metabolisme glukosa menjadi energi dan mengubahglukosa yang berlebihan menjadi glukogen yang akan disimpan di dalam hati dan otot. Hormon insulin yang tidak dapat keluar dari kelenjar pankreas pada penderita DM tipe I disebabkan oleh terjadinya reaksi autoimun yang berupa serangan antibodi terhadap sel beta pankreas.

1. **Diabetes Melitus Tipe 2**

Pada penderita DM tipe II, hormon insulin yang dikeluarkan oleh sel beta pankreas tidak bekerja dengan baik dikarenakan reseptor insulin pada sel yang bekurang atau terjadi perubahan struktur sehingga glukosa yang berhasil memasuki sel hanya sedikit. Krangnya hormon insulin pada sel mengakibatkan sel mengalami kekurangan glukosa dan glukosa akan menumpuk dalam darah. Apabila kondisi ini terjadi dalam jangka waktu yang panjang akan menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan timbulnya berbagai komplikasi. Bagi penderita DM yang sudah mengkonsumsi obat modern dalam jangka waktu lama akanmenyebabkan efek yang negatif untuk organ tubuh yang lain

* + 1. **Etiologi**

1. **Obesitas**

Memiliki hubungan yang bermakna dengan kadar glukosa pada darah. Pada derajat kegemukan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang lebih besar dari 23 dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah menjadi 200 mg.

1. **Hipertensi**

Tekanan darah yang meningkat (hipertensi) berhubungan erat dengan terjadinya retensi garam dan air atau terjadi peningkatan tekanan dari dalam tubuh pada sirkulasi pembuluh darah perifer.

1. **Riwayat keluarga**

Penyakit DM mempunyai hubungan dengan riwayat keluarga. Seorang penderita DM diduga mempunyai gen diabetes yang membuktikan bahwa bakat diabetes merupakan gen yang resesif.

1. **Dislipedimia**

Kondisi dimana terjadinya peningkatan kadar lemak dalam darah atau trigliserida yang melebihi 25 mg/dL memiliki hubungan dengan DM. Peningkatan plasma insulin dengan rendahnya *High Density Lipoprotein* (HDL) yang melebihi 35 mg/dL sering dijumpai pada penderita diabetes.

1. **Umur**

Suatu penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar penderita diabetes melitus memiliki usia diatas 45 tahun.

1. **Faktor genetik**

Diabetes melitus tipe II berasal dari adanya interaksi genetik dan berbagai jenis faktor mental penyakit diabetes melitus sudah lama dianggap memiliki hubungan dengan agregasi familiar. Resiko emperis pada kondisi terjadinya diabetes melitus tipe II akan meningkat sebesar 2-6 kali lipat jika terdapat keluarga atau keturunan yang mengalami DM.

1. **Alkohol dan rokok**

Adanya alkohol akan menggangu jalannya metabolisme gula dalam darah terutama pada penderita diabetes melitus sehingga akan menghambat regulasi gula darah dan dapat meningkatkan tekanan darah.

* + 1. **Patofisiologi**

1. Diabetes mellitus tipe I

Diabetes melitus tipe 1 adalah suatu penyakit autoimun kronis yang berkaitan dengan terjadinya kerusakan pada sel beta pankreas secara selektif. onset penyakit secara klinis menandakan bahwa kerusakan sel beta pankreas telah mencapai satus akhir.

Terdapat beberapa kondisi yang membuktikan bahwa DM tipe 1 merupakan penyakit autoimun, yang meliputi:

* 1. Kehadiran autoantibodi yang spesifik terhadap sel *islet of lengerhans*.
  2. Perubahan pada immunoregulasi sel-mediated T, Khususnya pada kompartemen sel CD4+.
  3. Keterlibatan monosit dan sel Thl yang dapat memproduksi interleukin dalam perjalanan suatu penyakit.
  4. Respons terhadap immunotrapy atau sering terjadinya reaksi autoimun di organ lain pada penderita DM tipe I atau aggota keluarga mereka. Mekanisme sistem kekebalan tubuh untuk merespon sel-sel beta pankreas sedang di kaji secara masif.

1. Diabetes militus tipe 2

Diabetes mellitus tipe II tidak disebabkan oleh penurunan pada sekresi insulin, namun disebabkan karena tidak mampunya sel-sel sasaran hormon insulin untuk merespon insulin secara normal yang disebut sebagai resistensi insulin.Resistensi insulin dapat terjadi dikarenakan adanya obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta terjadinya penuaan pada penderita.Penderita DM tipe II dapat menyebabkan produksi glukosa hepatik yang berlebih, namun tidak terjadi kerusakan pada sel-sel beta Langerhans secara autoimun seperti yang terjadi pada DM tipe I. Penurunan fungsi kerja insulin pada DM tipe II bersifat relative dan tidak absolut.

Perkembangan awal pada diabetes mellitus tipe II yaitu sel B yang akan menunjukan gangguan pada sekresi insulin fase pertama yang berarti gagalnya sekresi insulin untuk melakukan komprensasi resistensi insulin.Apabila kondisi tersebut tidak ditangani dengan baik akan menyebabkanperkembangan penyakit yang lebih lanjut yaitu terjadinya kerusakan sel-sel B pankreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif yang seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin.

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Smeltzer& Bare (2013) Gejala pada kondisi diabetes melitus dapat dibagi menjadi gejala akut dan gejala kronis sebagai berikut:

1. **Gejala akut**
2. Poliuria

Kurangnya insulin untuk mengangkut glukosa melalui sel membran akan menyebabkan kondisi hiperglikemia sehingga serum plasma akan meningkat atau terjadi hiperosmolaritas yang menyebabkan cairan intrasel akan keluar dalam sirkulasi atau cairan intramoskuler. Hal tersebut akan mengakibatkan peningkatan aliran darah ke ginjal sebagai kompensasi terjadinya hiperosmolaritas dan mengakibatkan terjadinya uresis osmotik atau poliuria

1. Polidipsia

Peningkatan disfusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan terjadinya penurunan volume intrasel sehingga menyebabkan efek dehidrasi sel dehidrasi sel menyebabkan mulut menjadi kering dan sensor haus akan menjadi aktif yang mengakibatkan seseorang menjadi haus dan ingin selalu minum (Smeltzer& Bare, 2013).

1. Poliphagia

Tidak dapat masuknya glukosa ke dalam sel yang terjadi karena penurunan kadar insulin menyebabkan penurunan produksi energi yang akan menstimulasi rasa lapar. Stimulasi rasa lapat tersebut akan menyebabkan terjadinya suatu reaksi pada seseorang yang akan lebih banyak makan (Smeltzer& Bare, 2013).

1. Penurunan berat badan

Terhambatnya transport glukosa ke dalam sel dapat menyebabkan sel menjadi kekurangan cairan dan tidak dapat mengendalikan metabolisme tubuh sehingga mengakibatkan sel akan menyempit. Menyempitnya sel akan menyebabkan penurunan fungsi seluruh jaringan terutama otot yang mengalami atrofidan penurunan secara otomatis (Smeltzer& Bare, 2013).

1. Gejala Kronis

Gejala kronis pada DM meliputi kram atau kesemutan kulit terasa panas atau seperti di tusuk oleh jarum rasa kebas pada kulit, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur dan terjadinya keguguran atau kematian janin dalam kandungan pada ibu hamil sehingga bayi memiliki berat lahir diatas 4 kg.

* + 1. **Komplikasi**

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut penyebab terjadinya komplikasi DM di bagi menjadi 2, yaitu:

1. Komplikasi akut
2. Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan kadar glukosa darah yang kurang dari nilai normal (<50 mg/dl.).Hipoglikemia seringkali terjadi pada penderita DM tipe I yang dialami sebanyak 1-2 kali dalam seminggu. Kadar gula darah yang rendah dapat mengakibatkan sel-sel di otak kekurangan energi sehingga terjadi penurunan fungsi otak yang dapat menyebabkan kerusakan otak.

1. Hiperglikemia

Hiperglikemia merupakan peningkatan kadar gula darah secara tiba-tiba yang dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, yang meliputi keotoasidosis diabetik,koma hiperosmoler non ketolik dan kemolakto asisdosis

1. Komplikasi kronis

Komplikasi kronis dibagi menjadi 2 yaitu komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler. Komplikasi makrovaskuler, yaitu terjadinya trombosit otak atau pembekuan darah pada bagian otak sehingga menyebabkan penderita mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongetif dan stroke. Sedangkan Komplikasi mikrovaskuler, yaitu komplikasi yang dapat terjadipada penderita diabetes melitus Tipe I yang meliputi nefropatik diabetik, retinopati (kebutaan), neuropati dan amputasi akibat ulkus kaki.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Terdapat beberapa jenis pemeriksaan laboratorium untuk DM yang meliputi:

1. Gula darah puasa

Penderita DM diharuskan berpuasa 8-10 jam sebelum dilakukannya pemeriksaan ini. Spesimen darah yang digunakan dalam pemeriksaan dapat berupa serum atau plasma vena atau darah kapiler. Pemeriksaan gula darah puasa dapat digunakan untuk pemeriksaan penyaringan, memastikan diagnosa atau meninjau pengendalian DM dengan batasan nilai normal gula darah puasa adalah 70-110mg/dL.

1. Gula darah sewaktu

Pemeriksaan gula darah sewaktu dapat dilakukan pada pasien tanpa memperhatikan waktu makan terakhir pasien. Spesimen darah yang diunakan dapat berupa serum atau plasma yang berasal dari darah vena. Pemeriksaan gula darah sewaktu dengan plasma vena dapat digunakan untuk pemeriksaan penyaringan dan memastikan diagnosa Diabetes Melitus. Nilai normal gula darah sewaktu pasien adalah <200 mg/dL.

1. Gula darah 2 jam PP (Post Prandial)

Pemeriksaan Gula darah 2 jam PP (GD2PP) umumnya sulit untuk dilakukan standarisasi dikarenakan makanan yang dikonsumsi oleh pasien baik jenis maupun jumlah yang sulit untuk disamakan dan juga diawasi selama 2 jam untuk tidak mengkonsumi makanan dan minumansetelahnya, juga selama menunggu pasien perlu duduk, istirahat yang tenang, dan tidak melakukan kegiatan jasmani yang berat serta tidak merokok. Untuk pasien yang sama, pemeriksaan ini cukup berfungsi untuk melakukan peninjauan penyakit DM. Nilai normal GD2PP pada pasien adalah<140 mg/dL.

1. Glukosa jam ke-2 TTGO

Pemeriksaan TTGO tidak diperuntukkan kembali bagi pasien yang menunjukan gejala klinis khas DM dengan kadar glukosa acak atau glukosa sewaktu yang meningkat hingga melampaui batasan normal sehingga sudah memenuhi kriteria diagnosa DM (Smeltzer& Bare, 2013).

Nilai normal:

1. Puasa: 70 – 110 mg/dl
2. ½ jam : 110 – 170 mg/dl
3. 1 jam : 120 – 170 mg/dl
4. 1½ jam : 100 – 140 mg/dl

Penegakan kriteria Diabetes Melitus menurut Riskesdas (2013) sebagai berikut:

1. Nilai gula arah sewaktu (GDS) >200mg/dl, disertai dengan gejala khas DM (poliuria, polidpsia, polifagia dan penurunan berat badan).
2. Nilai gula darah puasa (GDP) >126mg/dl, disertai dengan gejala diabetes mellitus.
3. Nilai gula darah 2 jam PP (Post Prandial) >200mg/dl, meskipun nilai GDP <126 mg/dl dan atau tidak diikuti gejala khas diabetes melitus.
4. Nilai TGT (Toleransi Glukosa Terganggu) dapat ditegakkan apabila nilai gula darah 2 jam PP mempunyai rentang 140-199 mg/dl.
5. Nilai gula Darah Puasa (GDP) menurut *American Diabetes Association* (2011) ditegakkan bila nilai GDP 100-125 mg/dl.
   * 1. **Penatalaksanaan**

Tujuan penatalaksanaan pasien dengan kondisi DM menurut Konsensus Pengelolaan DM (2015). Tujuan penatalaksanaan DM adalah :

1. Tujuan pendek

Menghilangkan keluhan diabetes mellitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi resiko terjadinya komplikasi akut.

1. Tujuan panjang

Mencegah dan menghambat progresif penyulit mikroangiopati dan makroangiopati

1. Tujuan akhir

Menurunkan morbiditas dan mortalitas DM.

Untuk mencapai beberapa tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian kadar glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid pada pasien melalui pengelolaan pasien dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku

1. Diet

Prinsip pengaturan pola makan pada penderita DM adalah makan dengan gizi seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi dari setiap individu. Prinsip diet pada DM melalui keteraturan jadwal makan, jenis makanan dan jumlah kalori. Standar yang dianjurkan untuk diet pasien DM adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70%, lemak 20-25%, dan protein 10-15%. Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat digunakan untuk memantau status gizi pada orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan beratbadan.

Rumus :

IMT = BB (kg)/TB(m2)

Klasifikasi IMT:

* 1. BB kurang<18.5
  2. BB normal18.5-22.9
  3. BB lebih>23

1. Exercise (latihan fisik/olahraga)

Latihan fisik atau jasmani dapat dilakukan apabila tidak disertai dengan adanya nefropati. Kegiatan jasmani dan latihan jasmani dapat dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30-45 menit dengan total 150 menit dalam seminggu. Interval waktu latihan tidak boleh lebih dari 2 hari berturut-turut. Pemeriksaan gula darah dianjurkan untuk dilakukan sebelum memulai latihan jasmani. Kadar glukosa darah pada pasien yang kurang dari 100 mg/dl mengharuskan pasien untuk terlebih dahulu mengkonsumsi sebelum melakukan latihan jasmani dan apabila kadar glukosa darah pasien melebihi 250 mg/dl maka pasien dianjurkan untuk menunda latihan jasmani. Latihan jasmani yang dianjurkan dapat berupa latihan yang bersifat aerobic dengan kekuatan sedang seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang.

1. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pengelolaan penyakit DM. Pendidikan kesehatan termasuk dala pencegahan primer yang harus diberikan kepada masyarakat dengan resiko DM yang tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder dapat diberikan kepada kelompok pasien dengan DM, sedangkan pendidikan kesehatan untuk pencegahan tersier dapat diberikan kepada pasien dengan kondisi DM kronik atau menahun.

1. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis pada penyakit DM terdiri dari pengobatan oral dan injeksi.

1. Obat anti hiperglikemia oral

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Golongan Obat | Cara Kerja Utama | Efek Samping Utama | Penurunan HbA1c |
| Sulfonilurea | Meningkatkan sekresi insulin | BB naik hipoglikemia | 1,0-2,0% |
| Glinid | Meningkatkan sekresi insulin | BB naik hipoglikemia | 0,5-1,5% |
| Metformin | Menekan produksi glukosa hati & menambah sensitifitas terhadap insulin | Dispepsia diare, asidosis laktat | 1,0-2,0% |
| Penghambat Alfa-Glukosidase | Menghambat absorpsi glukosa | Flatulen, tinja lembek | 0,5-0,8% |
| Tiazolidindiondion | menambah sensitifitas terhadap insulin | Edema | 0,5-1,4% |
| Pengambat DPP-IV | Meningkatkan sekresi insulin, menghambat sekresi glucagon | Sebah, muntah | 0,5-0,8% |
| Penghambat SGLT-2 | Menghambat penyerapan kembali glukosa di tubuli distal ginjal | Dehidrasi, infeksi saluran kemih | 0,8-1,0% |

Tabel 2.1 Obat anti hiperglikemia oral.

1. Obat anti hiperglikemia suntik
2. Insulin

Terapi dengan insulin diperlukan pada pasien DM dengan keadaan: penurunan berat badan secara cepat, HbA1c >9% dengan kondisi dekompensasi metabolic, hiperglikemia berat yang disertai ketoasidosis, gangguan fungsi ginjal atau gangguan fungsi hati yang berat.

Dosis insulin dapat disesuaikan denan kondisi pada setiap individu, terdapat 3 macam sediaan insulin yaitu : yang pertama insulin kerja singkat (short-acting) yaitu dengan awal mula kerja yang relatif cepat. Contohnya insulin lispro dan insulinaspart. Yang kedua insulin kerja sedang (intermediate-acting), contohnya insulin isophane dan suspense insulinseng. Dan yang ketiga insulin kerja panjang dengan mula kerja lebih lambat, contohnya suspensi insulinseng.

1. Angonis GLP-1

Angonis GLP-1 dapat bekerja pada sel-beta sehingga menyebabkan peningkatan pelepasan insulin yang mempunyai efek dalam penurunan berat badan, menghambat pelepasan glukagon, dan menghambat nafsu makan.Efek penurunan berat badan karena agonis GLP-1 juga digunakan untuk indikasi penurunan berat badanpada penderita DM dengan obesitas. Pada uji preklinis dengan binatang, obat ini terbukti dapat memperbaiki cadangan sel beta pankreas. Pemberian obat ini dapat menimbulkan efek samping yang meliputi rasa sebah dan muntah. Obat yang termasuk ke dalam golongan agonis GLP-1 adalah: Liraglutide, Exenatide, Albiglutide, dan Lixisenatide.

1. Kombinasi insulin dan angonis GLP-1

Kombinasi obat antihiperglikemia oral denganinsulin diawali dengan pemberian insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang). Insulin kerja menengah harus diberikan pada jam 10 malam saat menjelang waktu tidur, sedangkan insulin kerja panjang dapat diberikan sejak sore hari hingga sebelum waktu tidur.Pendekatan kombinasi dua terapi tersebut pada umumnya dapat mengendalikan glukosa darah dengan baik dalam dosis insulin yang cukup kecil. Dosis awal insulin basal untuk pemberian terapi kombinasiadalah 6-10 unit dan selanjutnya akan dievaluasi melalui pengukuran kadar glukosa darah puasa pada esoknya. Dosis insulin dapat dinaikkan secara perlahan (pada umumnya 2 unit) apabila kadar glukosa darah puasa belum mencapai target. Kondisi kadar glukosa darah yang tidak terkendali walaupun telah mendapatkan terapi dengan insulin basal, maka perlu dilakukan pemberian terapi kombinasi insulin basal dengan prandial, sedangkan pemberian obat antihiperglikemia oral dihentikan secara hati-hati.

1. Perawatan Luka Diabetes Melitus

Perawatan luka dalam kondisi DM dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu debridemen, mengurangi beban tekanan, kontrol infeksi dengan antibiotik yang sesuai dan penggantian balutan serta tindakan operasi atau bedah untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. Debridemen

Debridemen bermanfaat dalam menghilangkan jaringan mati atau nekrosis dan benda asing, serta dapat mengoptimalkan lingkungan di area sekitar luka. Metode debridemen dapat dilakukan dengan menggunakan balutan basah- kering menggunakan enzim seperti salep.

* 1. Balutan / Dressing

Tindakan *dressing*atau balutan merupakan salah satu komponen penting dalam mempercepat penyembuhan luka. Prinsip balutan adalah dengan menciptakan suasana dalam keadaan lembab sehingga dapat meminimalisir terjadinya trauma. Faktor penting dalam memilih balutan yang akan digunakan yaitu tipe ulkus, ada atau tidaknya eksudat, ada tidaknya infeksi, kondisi kulit sekitar dan biaya.

1. Penatalaksanaan dengan operasi
   1. Penutupan luka *(skin graft)* merupakan tindakan memindahkan sebagian atau seluruhnya tebalnya kulit dari satu tempat ke tempat lain dan dibutuhkan revaskularisasi untuk menjamin kelangsungan hidup kulit yang dipindahkan
   2. Pembedahan revaskularisasi merupakan upaya untuk menurunkan resiko amputasi pada klien dengan iskemik perifer. Metode ini meliputi *bypass grafiting atau endovascular technique*
   3. Amputasi merupakan tindakan yang paling akhir jika berbagai macam telah gagal dan tidak menunjukkan perbaikan. Amputasi ini dilakukan pada penderita DM dengan ulkus kaki 40-60% pada ekstremitas bawah. Amputasi menyebabkan seseorang menjadi cacat dan kehilangan kemandiriannya (*Wounds International*, 2013).

Indikasi amputasi meliputi:

* + - 1. Iskemik jaringan yang tidak dapat diatasi dengan tindakan revaskularisasi
      2. Infeksi kaki yang mengancam dengan perluasan infeksi tidak terukur
      3. Terdapat ulkus yang semakin memburuk sehingga tindakan pemotonan menjadi lebih baik untuk keselamatan pasien.
  1. **Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus**
     1. **Pengkajian**

1. **Identitas**

Identitas beberapa data di dapatkan adalah nama klien, umur, pekerjaan, orang tua, Pendidikan, agama, suku,a lamat, Dalam identitas data/petunjuk yang dapat kita prediksikan adalah umur,karena seseorang memiliki resiko tinggi untuk terkena diabetes mellitus pada umur diatas 40 tahun (Jeanny, 2015).

1. **Keluhan utama**

Pasien diabetes mellitus datang kerumah sakit dengan keluhan utama yang berbeda-beda. Pada umumnya seseorang datang kerumah sakit dengan gejala khas berupa polifagia, poliuria, lemas dan berat badan menurun (Smeltzer& Bare, 2013). Sedangkan menurut TIM POKJA SDKI DPD PPNI (2016). Penderita dengan ulkus atau peradangan biasanya timbul nyeri dengan skala nyeri 0-10.

1. **Riwayat kesehatan**
   1. **Penyakit penyakit dahulu**

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu akan didapatkan informasi apakah terdapat faktor-faktor resiko terjadinya diabetes mellitus,misalnya riwayat obesitas, hipertensi, atau juga atherosclerosis (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Riwayat penyakit sekarang**

Biasanya klien masuk ke rumah sakit dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh poliurea, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur/istirahat, rasa haus, pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada Wanita dan masalah impoten pada pria (Jeanny, 2015).

* 1. **Riwayat penyakit keluarga**

Kaji adanya riwayat keluarga yang terkena diabetes mellitus, hal ini berhubungan dengan proses genetic dimana orang tua dengan diabetes mellitus berpeluang untuk menurunkan penyakit tersebut kepada anaknya (Smeltzer& Bare, 2013).

1. **Pola aktivitas**
   1. **Pola nutrisi**

Akibat produksi insulin tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola eliminasi**

Adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urine (glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola istirahat dan tidur**

Adanya poliuri, dan situasi rumah sakit yang ramai akan mempengaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, sehingga pola tidur dan waktu tidur penderita (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola aktivitas**

Adanya kelemahan otot-otot pada ekstermitas menyebabkan penderita,tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola persepsi dan konsep diri**

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. lamanya perawatan,banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (*selfesteem*) (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola sensori dan kongnitif**

Pasien dengan diabetes mellitus cenderung mengalami neuropati/matirasa pada kaki sehingga tidak peka terhadap adanya trauma (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola seksual dan reproduksi**

Angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sek, gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. **Pola mekanisme stress dan koping**

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain –lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif/adaptif (Smeltzer& Bare, 2013).

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan Umum

Penderita dengan ulkus atau peradangan biasanya timbul nyeri dengan skala nyeri 0-10. Perlu juga di kaji tanda-tanda vital pasien, biasanya terjadi peningkatan tekanan darah tinggi jika disertai hipertensi. Pernapasan reguler ataukah ireguler, adanya bunyi napas tambahan, *respiration rate* (RR) normal 16-20 kali/menit, pernapasan dalam atau dangkal. Denyut nadi reguler atau ireguler, adanya takikardia, denyutan kuat atau lemah. Suhu tubuh meningkat apabila terjadi infeksi (TIM POKJA SDKI DPD PPNI, 2016)

1. Head to toe
   1. Kepala leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher,telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur /ganda, diplopia, lensa mata keruh (TIM POKJA SDKI DPD PPNI, 2016)

* 1. Sistem integument

Kaji Turgor kulit menurun pada pasien yang sedang mengalami dehidrasi, kaji pula adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku (TIM POKJA SDKI DPD PPNI, 2016).

* 1. Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas menandakan pasien mengalami diabetes ketoasidosis, kaji juga adanya batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi, nafas berbau aseton (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegali. Hal ini berhubungan erat dengan adanya komplikasi kronis pada makrovaskuler (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. Sistem urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.Kelebihan glukosa akan dibuang dalam bentuk urin (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. Sistem muskoletal

Adanya katabolisme lemak, Penyebaran lemak dan, penyebaran masa otot,berubah. Pasien juga cepat Lelah dan lemah (Smeltzer& Bare, 2013).

* 1. Sistem neurologis

Berhubungan dengan komplikasi kronis yaitu pada system neurologis pasien sering mengalami penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental dan disorientasi (Smeltzer& Bare, 2013).

* + 1. **Pemeriksaan Laboratorium**

Menurut Riskesdas (2013), pemeriksaan laboratorium yang dilakukan meliputi

1. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa>120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

1. Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine: hijau (+), kuning (++), merah (++), dan merah bata (++++).

1. Khultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

* + 1. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diabetus militus (DM), menurut (tim pokja SDKI DPP PPNI 2016) adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.
4. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari dari nkebutuhan tubuh berhubungan denagan faktor biologi
5. Resiko infeksi berhubungan dengan diabetes melitus.
   * 1. **Intervensi Keperawatan**
6. Nyeri

Kriteria hasil:

Intervensi:

* 1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri

R: Untuk mengetahui sekala,letak,dan rasa nyeri itu sendiri

* 1. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien

R: Berniat untuk meredahkan rasa nyeri

* 1. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat

R: Mengedukasi px dan kelurga agar tau efek dan efek samping obat

* 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic

R: Pemberian analgesic untuk meredahkan rasa nyeri

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Intervensi:

* 1. Monitor kadar pasien setiap hari

R: Untuk mngrtahui kadar gula pasien

* 1. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang diit pasien

R: Untuk membantu mengurangi kadar gula yang masuk ke pasien

* 1. Kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian insulin dan diit lainya

R: Pemberian insulin untuk menstabilkan kadar glukosa darah

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologi

Kriteria Hasil:

Intervensi:

* 1. Tanyakan kepada pasien apakah ada riwayat alergi makanan.

R:Untuk mengetahui apa yang menjadi kelemahan pasien terhadap makanan.

* 1. Kerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan jumlah kalori yang tepatsesuai dengan kebutuhan pasien.

R:Untuk mengetahui makanan apa saja dan kandungan apa yang di butuhkan oleh pasien.

* 1. Ajarkan pasien untuk diet yang tepat sesuai dengan kebutuhan tubuh.

R: Meningkatkan peran pasien untuk mengatur dietnya

* 1. Pastikan bahwa diet mengandung banyak serat

R: Mencegah terjadinya konstipasi pada pasien

1. Kurangnya pengetahuan berbungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan diit

Intervensi

* 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien atau keluarga tentang penyakit DM

R: Untuk memberikan informasi pada pasien atau keluarga, sejauh mana pasien atau keluarga mengenal penyakit DM

* 1. Jelaskan kepada pasien tentang pantangan atau diit yang harus di penuhi pasien dengan bahasa yang mudah di mengerti.

R: Agar informasi dapat di terima oleh pasien tan pa men imbulkan kesalahpahaman.

* 1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan libatkan pasien atau keluarga didalamnya

R: Agar menambah wawasan pasien serta pasien tau terapi apa yang sedang di jalankan dan mengetahui manfaat Tindakan.

* + 1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah pasien. Terdapat tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan yaitu: \

1. Mempertahankan keamanan pasien

Keamanan merupakan fokus utama melakukan tindakan keperawatan. Tindakan yang membahayakan menyebabkan perawat melanggar aspek legal etik keperawatan professional.

1. Memberikan asuhan keperawatan yang efektif

Asuhan keperawatan yang efektif merupakan asuhan yang sesuai dengan ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat.

1. Memberikan asuhan seefisien mungkin

Asuhan keperawatan yang efisien yaitu memberikan asuhan dengan menggunakan waktu sebaik mungin sehingga dapat menyelesaikan masalah pasien sesuai dengan target yang diharapkan.

* + 1. **EVALUASI**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu:

1. Evaluasi Berjalan (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisan format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP (Setiadi 2012)

1. Evaluasi Akhir (Formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan di capai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu di kembalikan agar didapat data-data masalah atau rencana yang perlu di modifikasi (Setiadi, 2012).

* 1. **Kerangka Asuhan Keperawatan (Patoflow)**

Umur

Hiperglikemia

Gaya hidup

Penuruan fungsi pangkrean

Penuruan kualitas dan kuantitas insulin

Konsumsi makanan manis berlebihan

Penuruan fungsi indra pengecap

Gambar 2. 1

Pathway Diabetes Malitus

(sumber : Winda 2018)

Gangguan mobilitas fisik

Nyeri akut

Pengeluaran histamin dan progestin

Resiko infeksi

Peningkatan leukosit

Luka insisi tidak terawat

Adanya perlukaan pada kaki

Pembedahan (debridemen)

Kerusakan integritas kulit

Ketidakstabilan kadar glukosa darah

ULKUS

BB turun

Neuropati perifer

Cadangan lemak dan protein turun

Kerusakan vaskuler

Penurunan glukosa dalam sel

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan diagnosa Diabetes Melitus, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 25 Januari 2023 sampai dengan 27 Januari 2023, dengan data pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 sampai 27 januari 2023. Anamnesa diperoleh dari pasien sendiri maupun keluarga pasien dan di dukung data penunjang yang di dapatkan dari rekam medis pasien.

1. **Pengkajian**
   * 1. **Identitas:**

Pasien adalah seorang perempuan yang bernama Ny. S berumur 42 tahun, beragama islam, status pasien sudah menikah. Pasien tinggal di Surabaya, suku/bangsa Jawa/indonesia, pendidikan terakhir SMA. Penanggung jawab pasien adalah keluarga BPJS Kesehatan.

* + 1. **Keluhan Utama**

Nyeri pada kaki kanan

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Ny. S datang ke IGD RSAL Dr. Ramelan surabaya pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 11.00 dengan keluhan nyeri pada kedua kaki. kaki kanan bengkak dan merah. Ny. S mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kaki kanan nya, skala nyeri 5, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk. NY. S juga mengeluh pusing dan nafsu makan menurun, Saat berada di IGD Ny. S dilakukan tindakan pasang infus NS 20 tetes/menit, dilakukan observasi TTV, pemeriksaan lab dan foto thorak,

dan mendapatkan injeksi Cinam 1.000 mg/IV, infus metronidazole 500 mg/IV dan injeksi metamizole 1.000 mg. Pada pukul 12.00 WIB pasien di MRS kan di Ruang C2 RSPAL Surabaya.

Saat di kaji pada tangal 25 Januari 2023 Ny. S mengeluh sakit pada kaki kanan nya belum berkurang dan agak berkurang setelah mendapatkan injeksi anti nyeri. Hasil Vital Sign di temukan TD 128/82 mmHg, Nadi 86 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,2oC, SPO2 99%, keadaan umum baik, GCS 456, hasil laborat GDA pagi 281, Ny. S juga mengatakan jarang kontrol kadar gula darahnya dan bingung kenapa kakinya bengkak dan memerah.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Suami pasien menyatakan bahwa NY. S memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus. Ny. S sudah lebih dari 3 tahun mengkonsumsi obat anti diabetes dan rutin kontrol ke pukesmas setiap bulan untuk mengontrol kondisi kesehatan nya. Ny. S tidak memiliki riwayat penyakit penyerta lainya. Dan dalam 1 bulan terakhir px tidak kontrol karena kesibukan nya.

* + 1. **Riwayat Penyakit Keluarga**

Keluarga Ny. S mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti DM, TB, Hipertensi, Asma

* + 1. **Genografi Keluarga**

Keterangan :

= Laki-laki

= Perempuan

= Meninggal

= Pasien

= Tinggal serumah

= Berhubungan

* + 1. **Riwayat alergi:**

Ny. S mengatakan tidak ada riwayat alergi obat- obatan maupun makanan.

* + 1. **Pemeriksaan fisik**

Keadaan umum lemas, kesadaran Compos mentis. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 128/84 mmHg, Nadi : 86 x/menit, suhu : 36,20C, RR : 20 x/menit, berat badan sebelum sakit : 50 kg, berat badan sesudah sakit : 50 kg

* + - 1. **B1 Breath (Pernafasan)**

Bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, otot bantu nafas tidak terlihat, irama nafas regular, pola nafas teratur, suara nafas vesikuler, suara nafas tambahan tidak ada, sesak nafas tidak ada, batuk, tidak ada, sputum tidak ada, sianosis tidak ada, perkusi sonor,tidak ada alat bantu nafas.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah**

* + - 1. **B2 Blood (Kardiovaskuler)**

Ictus cordis teraba di ICS 5 midclavicula line sinistra, nyeri dada tidak ada, irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT>2 detik. akral hangat, kering, pembesaran kelenjar getah bening tidak teraba pembesaran. Tekanan darah : 128/84 mmHg, nadi : 86 x/menit. Tidak ada pembesaran jantung.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah**

* + - 1. **B3 Brain (Persyarafan dan Penginderaan)**

Pada pemeriksaan inpeksi keadaan umum cukup, kesadaran compos metis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah, tidak ada polip, bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi,pupil isokor, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, tidak ada alat bantu pendengaran, kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara bicara padat dan jelas. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), patela (+/+) dan achilles (+/+).

1. Nervus I (Olfaktorius):

Sifatnya sensori mensarafi hidung membawakan rangsangan aromma dari aroma rongga hidung ke otak.

R: Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

1. Nervus II (Optikus)

Sifatnya sensori, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak.

R: Pasien mampu membaca tulisan dengan jarak 30 cm.

1. Nervus III (Okulomotorius)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orital atau sebagian pembuka mata.

R: Pasien mampu menggerakan mata ke kanan dan ke kiri.

1. Nervus IV (Trochler)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata.

R: Pasien mampu menggerakan bola mata ke kanan dan ke kiri.

1. Nervus V (Trigeminus)

Sifatnya majemuk bertanggung jawab untuk mengunyah

Sensori : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik : Pasien ampu menggertakan gigi.

1. Nervus VI (Abdusen)

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar.

R: Pasien ampu melihat kesegala arah

1. Nervus VII (Fasial)

Sifatnya majemuk, sebagai miik wajah dang menghantarkan rasa pengecap.

Sensori : Pasien mampu merasakan rasa teh manis

Motorik : Pasien mamapu tersenyum dan mengerutkan dahi.

1. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Sifatnya sensori, berperan sebagai audiotori dan vestibular sebagai penerjemaan.

R: Pasien mampu mendengar dengan baik.

1. Nervus IX (Glosofharyngeal)

Berperan sebagai menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah.

R: Pasien mampu menelan.

1. Nervus X (Vagus)

Sifatnya majemuk mensarafi faring, laring dan palatum

R: Pasien mampu menelan.

1. Nervus XI (Asesoris)

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk memberi informasi ke otot laring dan faring.

R: Otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat.

1. Nervus XII Hipoglosal)

Sifat motorik, mensarafi otot-otot lidah

R: Pasien ampu menjulurkan lidah.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

* + - 1. **B4 Bladder (Perkemihan dan Genetalia)**

Tidak ada pembesaran kandung kemih, pasien BAK spontan dengan jumlah urine 1500 cc/8 jam Warna kuning jernih bauh khas.

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah**

* + - 1. **B5 Bowel (Pencernaan)**

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa basah, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Frekuensi makan 3x/hari, jenis nasi diet DM dan posri makan 1 porsi. Frekuensi minum 4-5 gelas/hari dengan jumlah ± 900 cc/ hari berjenis air putih. Pola nutrisi MRS: frekuensi makan 3x/hari, jenis lunak diet DM habis 1 porsi yang disediakan dari RS. Frekuensi minum ± 6 gelas/hari dengan jumlah ± 1000cc/8 jam berjenis air putih. Pasien tidak ada keluhan nyeri telan, perut datar, tidak ada kelainan pada abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. **B6 Bone (Muskuloskleletal & Intergumen)**

Pada pemeriksaan inpeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit kuning, turgor kulit kriput, tidak ada patikie. Tidak ada kelainan tulang, ada tanda infeksi berupa bengkak dan kemerahan pada kaki kanan serta ROM bebas

5555 5555

5555 5555

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. **Endokrin**

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar thyroid, terdapat adanya hiperglikemia dengan GDA stick tanggal 23 Januari 2023 dengan hasil 281 mg/dl.

**Masalah Keperawatan : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Berhubungan Dengan Resistensi Insulin**

* + - 1. **Seksual-Reproduksi**

Pasien berstatus menikah, siklus menstruasi tiap 28 hari.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. **Kemampuan Perawatan Diri**

Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri Ny. S

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Keterangan** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 1 |
| Berpakaian/dandan | 1 | 1 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 1 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 1 |
| Berpindah | 1 | 1 |
| Berjalan | 1 | 1 |
| Naik tangga | 1 | 1 |
| Berbelanja | 1 | 1 |
| Memasak | 1 | 1 |
| Pemeliharaan rumah | 1 | 1 |

**Keterangan Skor :**

1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat

4: Tergantung/ tidak mampu

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. **Data Penunjang**

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium Ny. S. Tanggal pemeriksaan 23 januari 2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Jenis pemeriksaan | Hasil (satuan) | Nilai nornal |
| 1 | Hemoglobin | 10.60 | 12-15 |
| 2 | Hematocrit | 32.60 | 37.0-47.0 |
| 3 | GDA sewaktu | 281 | 76-106 |
| 4 | Lekosit | 13.77 | 4.00-10.00 |
| 5 | Albumin | 3.17 | 3.50-5.20 |

1. Foto Torax Ap

Tanggal pemeriksaan 23 januari 2023

Cor : Besar dan bentuk baik

Pulmo : Infiltrat/perselubungan (-)

Diaphragma dan sinus baik

Tulang-tulang baik

**KESAN:**

Cor dan Pulmo baik

* + 1. **Pemberian Terapi Medis**

**Tabel 3.3** pemberian terapi medis Ny. S di ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 25 Januari 2023

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama obat | Dosis | Rute | Indikasi |
| 1 | Metamizole | 3x1000 mg | IV | Anti nyeri |
| 2 | Omeprazole | 1x40 mg | IV | Mengatasi masalah pencernaan |
| 4 | Infus NS  500 cc | 20 TPM | IV | Mengganti cairan tubuh yang hilang |
| 5 | Cinam | 4x1000 mg | IV | Antibiotik |
| 6 | Metformin 500 mg | 0-0-1 | Oral | Anti diabetes |
| 7 | Glucodex 80 mg | 1-0-0 | Oral | Anti diabetes |

1. **Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data**  **(Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah**  **(Problem)** |
| 1 | **DS :**  P : Nyeri kedua kaki  Q : Seperti di tusuk-tusuk  R : kedua kaki  S : 5  T : Terus menerus  **DO :** - KU Lemah   * TTV :   TD : 128/84 mmHg  N : 86 x/mnt  S : 36,20C  RR : 20  SPO2 : 99%   * GDA :281 mg/dl   Urin meningkat 1500 cc/8jam | Agen Pencedera fisiologis | Nyeri akut  (SDKI D.0077) |
| 2 | **DS :**   1. Pasien mengatakan badanya terasa lemas 2. Rasa haus meningkat, 3. Pasien sering kencing.   **DO :** - KU Lemah   * TTV :   TD : 128/84 mmHg  N : 86 x/mnt  S : 36,20C  RR : 20  SPO2 : 99%   * GDA :281 mg/dl * Urin meningkat 1500 cc/8jam * Selama 2 hari pada tanggal 25 dan 26 januari 2023 px di berikan oral Metformin dan glucodex dan memantau hasil gula darah | Resisistensi insulin | Ketidak stabilan kadar glukosa darah  (SDKI,D.0027) |
| 3 | **DS:** Pasien mengatakan jarang kontrol kadar gula darahnya dan bingung kenapa kakinya bengkak dan memerah.  **DO:**TTV :  TD : 128/84 mmHg  N : 86 x/mnt  S : 36 0C  RR : 20  SPO2 : 99%  Tidak pernah kontrol | Kurangnya terpapar Informasi | Defisit Pengetahuan  (SDKI D.0111) |
| 4 | **DS :** Pasien Mengatakan kaki kanan nya bengkak dan mermerah  **DO :** TTV :  TD : 128/84 mmHg  N : 86 x/mnt  S : 36 0C  RR : 20  SPO2 : 99%  Leukosit : 13.77 | Diabetes melitus | Resiko Infeksi  (SDKI D.0142) |

Tabel 3.4 Analisa Data Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruang C2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

**3.2.1 Prioritas Masalah**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedraan fisik (SDKI D.0077) | 25 Januari 2023 | 27 Januari 2023 |  |
| 2 | Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resisistensi insulin (SDKI D.0027) | 25 Januari 2023 | 27 Januari 2023 |  |
| 3 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (SDKI D.0111) | 25 Januari 2023 | 27 Januari 2023 |  |
| 4 | Resiko infeksi berhubungan dengan Diabetes melitus (SDKI D.0142) | 25 Januari 2023 | 27 Januari 2023 |  |

Tabel 3.5 Prioritas Masalah Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruang C2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3. 6 Intervensi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| **DX**  **1** | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedraan fisik.  (SDKI,D.0077) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun  (SLKI,L.08066)   1. Keluhan Nyeri menurun 2. Meringis kesakitan menurun. | Intervensi keperawatan  (SIKI,I.08238)   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuansi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (trapi relaksasi distraksi 3. Ajarkan actor nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi pemberian metamixole 3x1000 mg/IV |
| **DX**  **2** | Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resisistensi insulin.  (SDKI,D.0027) | Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (SLKI,L.03022)  Kriteria Hasil:   * 1. Pusing menurun   2. Mengantuk cukup menurun   3. Lelah/lesu cukup menurun   4. Kadar glukosa dalam darah membaik | Intervensi keperawatan  (SIKI,I.03115)   1. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Berikan Asupan cairan oral. 3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali. 4. Kolaborasi pemberian metformin dan glucodex per oral.. |
| **DX**  **3** | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.  (SDKI D.0111) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat  (SLKI,L.12111)  dengan kriteria hasil :  Kereteria hasil :   1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. | Intervensi keperawatan  (SIKI,I. 12383)   1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan bertanya. 4. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya. |
| **DX 4** | Resiko infeksi berhubungan dengan Diabetes melitus (SDKI D.0142) | Setelah dilakukan asuhan keperawtan selama 3x24 jam masalah resiko infeksi dapat teratasi  (SLKI L. 14137)  dengan kriteria hasil :   1. Mengenali tanda dan gejala yang mengidentifikasikan resiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara penularan infeksi 3. Mengetahui aktifitas yang dapat meningkatkan infeksi. | Intervensi keperawatan  (SIKI, I. 14539)   1. Pemantauan TTV 2. Kaji tanda-tanda infeksi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. |

1. **Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

Tabel 3. 7 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr.ramelan surabaya

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu**  **Tanggal dan jam** | **Implementasi Keperawatan** | **Paraf** | **WAKTU** | **Evaluasi Keperawatan** | **Paraf** |
| 1,2,3,4  1,2,3,4  1  1  2  2  2  2  3  3  3  3  4  4  4  4 | 25-01-2023  07.00  07.45  08.00  09.45  10.00  10.00  10.15  10.30  10.45  11.00  11.15  11.30  11.45  12.00  12.10 | * Membina hubungan pada pasien dengan cara mengenalkan diri dan tujuan nya. * Pasien kooperatif * Melakukan TTV * TD : 102/84 mmHg * N : 100 x/mnt * S : 36 0C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala nyeri 5 * Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri * Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada bagian kepala dan punggung nya, skala nyeri 6, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk. * Mengajarkan teknik relaksasi dan destraksi * Pasien kooperatif dan mampu melakukan teknik relaksasi dan destraksi. * Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia * GDA pagi 281 * Memberikan asupan cairan oral * Pasien minum air putih ±100 cc * Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali * Pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darah nya jam 16.00 * Memberikan oral glucodex dan metformin. * Pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di masukkan. * Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik * Pasien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan * Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan * Pasien kooperatif dan mau berkomunikasi * Berikan kesempatan bertanya. * Pasien sering melakukan pertanyaan terkait penyakit nya. * Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya * Pasien bangga akan ilmu yang di perolehnya. * Mengobservasi TTV * Pasien kooperatif * Mengkaji tanda-tanda infeksi * Pasien kooperatif * Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local * Pasien kooperatif * Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. * Pasien sering cuci tangan di air mengalir |  | 25 Januari 2023  14.00 | **Tanggal 25 januari 2023**  **Dx. 1 Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kaki nya, skala nyeri 5, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 128/84 mmHg * N : 86 x/mnt * S : 36,20C * RR : 20 * SPO2 : 99% * Wajah tampak menyeringai kesakitan bila nyeri timbul   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjut  **Dx.Kep. 2 ketidakstabilan kadar glukosa darah**  S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 281 mg/dl * TD : 128/84 mmHg * N : 86 x/mnt * S : 36,2 0C * RR : 20 * SPO2 : 99% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan  **Dx. 3 Defisit pengetahuan**  S : Pasien mengatakan tidak tau penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien tampak kebingungan dan sering bertanya tentang sakitnya   A: masalah belum teratasi  P: intervensi di lanjutkan  **Dx. 4 resiko infeksi**  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah. * Leukosit : 13.77   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |  |
| 1,2,3,4  1,2,3,4  1  1  2  2  2  2  3  3  3  3  4  4  4  4 | 26-01-2023  07.00  07.45  08.00  09.45  10.00  10.00  10.15  10.30  10.45  11.00  11.15  11.30  11.45  12.00  12.10 | * Melakukan TTV * TD : 102/84 mmHg * N : 100 x/mnt * S : 36 0C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala nyeri 4 * Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri * Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada bagian kepala dan punggung nya, skala nyeri 4, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk. * Mengajarkan teknik relaksasi dan destraksi * Pasien kooperatif dan mampu melakukan teknik relaksasi dan destraksi. * Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia * GDA pagi 261 * Memberikan asupan cairan oral * Pasien minum air putih ±100 cc * Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali * Pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darah nya jam 16.00 * Memberikan glucodex 80 mg per oral dan metformin 500 mg per oral * Pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di masukkan. * Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik * Pasien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan * Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan * Pasien kooperatif dan mau berkomunikasi * Berikan kesempatan bertanya. * Pasien sering melakukan pertanyaan terkait penyakit nya. * Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya * Pasien bangga akan ilmu yang di perolehnya. * Mengobservasi TTV * TD : 132/82 mmHg * N : 88 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala nyeri 4 * Mengkaji tanda-tanda infeksi * Masih memerah dan bengkak pada kaki kanan * Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local * Pasien kooperatif * Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. * Pasien sering cuci tangan di air mengalir. |  | 26 Januari 2023  14.00 | **Tanggal 26 januari 2023**  **Dx. 1 Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 4, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 132/82 mmHg * N : 88 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Wajah tampak menyeringai kesakitan bila nyeri timbul   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjut  **Dx.Kep. 2 ketidakstabilan kadar glukosa darah**  S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 261 mg/dl * TD : 132/82 mmHg * N : 88 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan  **Dx. 3 Defisit pengetahuan**  S : pasien mengatakan sudah mulai mengerti tentang penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien tampak lebih tenang   A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi di lanjutkan  **Dx. 4 resiko infeksi**  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak tapi sudah berkurang dari sebelumnya.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah.   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |  |
| 1,2,3,4  1,2,3,4  1  1  2  2  2  2  3  3  3  3  4  4  4  4 | 27-01-2023  07.00  07.45  08.00  09.45  10.00  10.00  10.15  10.30  10.45  11.00  11.15  11.30  11.45  12.00  12.10 | * Melakukan TTV * TD : 124/84 mmHg * N : 100 x/mnt * S : 36 0C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala nyeri 3 * Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri * Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada bagian kepala dan punggung nya, skala nyeri 3, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk. * Mengajarkan teknik relaksasi dan destraksi * Pasien kooperatif dan mampu melakukan teknik relaksasi dan destraksi. * Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia * GDA pagi 224 * Memberikan asupan cairan oral * Pasien minum air putih ±100 cc * Menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali * Pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darah nya jam 16.00 * Memberikan oral glucodex dan metformin. * Pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di masukkan. * Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik * Pasien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan * Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan * Pasien kooperatif dan mau berkomunikasi * Berikan kesempatan bertanya. * Pasien sering melakukan pertanyaan terkait penyakit nya. * Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya * Pasien bangga akan ilmu yang di perolehnya. * Mengobservasi TTV * TD : 124/84 mmHg * N : 100 x/mnt * S : 36 0C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala nyeri 3 * Mengkaji tanda-tanda infeksi * Pasien kooperatif * Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local * Masih terdapat bengkak dan merah pada kaki kanan. * Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan.   Pasien sering cuci tangan di air mengalir. |  | 27 januari 2023  14.00 | **Tanggal 27 januari 2023**  **Dx. 1 Nyeri akut**  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 3, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 130/82 mmHg * N : 84 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala Nyeri : 3   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjut  **Dx.Kep. 2 ketidakstabilan kadar glukosa darah**  S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 224 mg/dl * TD : 130/82 mmHg * N : 84 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan  **Dx. 3 Defisit pengetahuan**  S : pasien mengatakan mengerti tentang penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien mampu menjelaskan Kembali apa yang sudah di ajarkan.   A: masalah teratasi  P: intervensi di hentikan  **Dx. 4 resiko infeksi**  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak tapi sudah berkurang dari sebelumnya.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah.   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |  |

**EVALUASI SUMATIF**

Tabel 3. 8 Evaluasi Sumatif pada Ny. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di ruang C2 RSPAL Dr.ramelan surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO DX** | **DIAGNOSA** | **tanggal** | **EVALUAIS SUMATIF** |
| **DX**  **1** | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedraan fisik (SDKI,D.0077) | 25 Januari 2023 | Dx. 1 Nyeri akut  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 5, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 128/84 mmHg * N : 86 x/mnt * S : 36,20C * RR : 20 * SPO2 : 99% * Skala Nyeri : 5   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjut |
| **DX**  **2** | Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resisistensi insulin (SDKI,D.0027) | 25 Januari 2023 | S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 281 mg/dl * TD : 128/84 mmHg * N : 86 x/mnt * S : 36,2 0C * RR : 20 * SPO2 : 99% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan |
| **DX**  **3** | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi  (SDKI D.0111) | 25 Januari 2023 | Dx. 3 Defisit pengetahuajn  S : Pasien mengatakan tidak tau penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien tampak kebingungan dan sering bertanya tentang sakitnya   A: masalah belum teratasi  P: intervensi di lanjutkan |
| **DX**  **4** | Resiko infeksi berhubungan dengan Diabetes melitus (SDKI D.0142) | 25 Januari 2023 | Dx. 4 Resiko Infeksi  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah. * Leukosit : 13.77   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |
| **DX**  **1** | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedraan fisik (SDKI,D.0077) | 26 Januari 2023 | Dx. 1 Nyeri akut  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 4, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 132/82 mmHg * N : 88 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala Nyeri : 4   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjut |
| **DX**  **2** | Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resisistensi insulin (SDKI,D.0027) | 26 Januari 2023 | Dx.Kep. 2 ketidakstabilan kadar glukosa darah  S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 261 mg/dl * TD : 132/82 mmHg * N : 88 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan |
| **DX**  **3** | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi  (SDKI D.0111) | 26 Januari 2023 | Dx. 3 Defisit pengetahuajn  S : pasien mengatakan mengerti tentang penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien mampu menjelaskan Kembali apa yang sudah di ajarkan.   A: masalah teratasi  P: intervensi di hentikan |
| **DX**  **4** | Resiko infeksi berhubungan dengan Diabetes melitus (SDKI D.0142) | 26 Januari 2023 | Dx. 4 resiko infeksi  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak tapi sudah berkurang dari sebelumnya.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah.   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |
| **DX**  **1** | Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedraan fisik (SDKI,D.0077) | 27 Januari 2023 | Dx. 1 Nyeri akut  S : Pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 3, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk.  O :   * TD : 130/82 mmHg * N : 84 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Skala Nyeri : 3   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjut |
| **DX**  **2** | Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resisistensi insulin (SDKI,D.0027) | 27 Januari 2023 | Dx.Kep. 2 ketidakstabilan kadar glukosa darah  S:  Pasien mengatakan sering merasa lelah dan mudah capek  O :   * GDA pagi : 224 mg/dl * TD : 130/82 mmHg * N : 84 x/mnt * S : 36,50C * RR : 20 * SPO2 : 98% * Urin meningkat 1500 cc/8jam   A:Masalah belum teratasi  P:intervensi di lanjutkan |
| **DX**  **3** | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi  (SDKI D.0111) | 27 Januari 2023 | Dx. 3 Defisit pengetahuan  S : pasien mengatakan mengerti tentang penyebab kaki nya nyeri dan memerah  O:   * Pasien mampu menjelaskan Kembali apa yang sudah di ajarkan.   A: masalah teratasi  P: intervensi di hentikan |
| **DX**  **4** | Resiko infeksi berhubungan dengan Diabetes melitus (SDKI D.0142) | 27 Januari 2023 | Dx. 4 resiko infeksi  S : Pasien Mengatakan kaki kanan nya memerah dan bengkak tapi sudah berkurang dari sebelumnya.  O :   * bengkak pada kaki kanan dan memerah.   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 ini membahas tentang proses asuhan keperawatan pada NY. S dengan diagnosis medis Diabetes Mellitus di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 25 januari 2023- 27 januari 2023. Pendekatan studi kasus dilakukan untuk mendapatkan pembahasan antara fakta di lapangan dan teori yang disertai analisi atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. **Pengkajian**

Pada saat melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini, disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga terbuka serta kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang medis.

Pada pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Ny. S didapatkan data Ny. S berusia 42 tahun. Seseorang dengan diabetes melitus perlu dikaji usia, karena usia seseorang memiliki resiko tinggi untuk terkena diabetes melitus pada usia diatas 40 tahun. 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. Dalam hal ini

penulis baranggapan bahwa ada kesesuaian antara tinjauan Pustaka menurut (Jeanny, 2015) dan tinjauan kasusnya.

Keluhan utama pada Ny. S didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kedua kaki. Kaki kanan nya bengkak dan merah dengan skala nyeri 5. Ny. S juga mengeluh tidak mengerti kenapa kakinya bengkak dan merah serta mengatakan jarang kontrol kadar gula darahnya. Dari hasil laboratorium di dapatkan GDA sewaktu (pagi) 281. Keluhan utama pada pasien diabetes mellitus yang datang kerumah sakit berbeda-beda. Pada umumnya seseorang datang kerumah sakit dengan gejala khas berupa polifagia, poliuria, lemas dan berat badan menurun. Pada penderita dengan ulkus atau peradangan biasanya timbul nyeri dengan skala nyeri antara 0-10. Masuknya bakteri atau virus kedalam pankreas akan mengakibatkan rusaknya sel-sel pankreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas. Seseorang yang sedang menderita sakit karena virus atau bakteri tertentu, merangsang produksi hormon tertentu yang secara tidak langsung berpengaruh pada kadar gula darah. Hal ini ada kesesuaian antara tinjauan Pustaka menurut (Smeltzer&bare, 2013) dan tinjauan kasus.

Pada tinjauan kasus Riwayat penyakit sekarang di dapatkan Pasien Mengeluh nyeri pada kedua kakinya. Kaki kanan nya bengkak dan memerah. Ny. S datang ke IGD RSAL Dr. Ramelan suarabaya pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 11.00 dengan keluhan nyeri pada kedua kaki dengan sekala nyeri 5 (1-10), disertai bengkak dan kemerahan pada kaki kanan nya. Ny. S juga mengeluh pusing dan nafsu makan menurun. Saat berada di IGD Ny. S dilakukan tindakan pasang infus NS 20 tpm, dilakukan observasi TTV, pemeriksaan lab dan foto thorak, dan mendapatkan injeksi metamizole 1000 mg dan injeksi cinam 1000 mg dan metronidazole 500 mg. Pada pukul 12.00 WIB pasien di MRS kan di Ruang C2 RSPAL Surabaya.Saat di kaji pada tangal 25 januari 2023 Ny. S mengeluh sakit pada kedua kakinya belum berkurang dan agak meredah setelah mendapatkan obat. hasil Vital Sign di temukan TD 128/82 mmHg, Nadi 86 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,20C, SPO2 99%, keadaan umum baik, GCS 456, hasil laborat GDA sewaktu 281, Ny. S, mengatakan jarang kontrol kadar gula darahnya dan bingung kenapa kakinya bengkak dan memerah. Keluhan utama pada pasien diabetes mellitus yang datang kerumah sakit berbeda-beda. Pada umumnya seseorang datang kerumah sakit dengan gejala khas berupa polifagia, poliuria, lemas dan berat badan menurun. Pada penderita dengan ulkus atau peradangan biasanya timbul nyeri dengan skala nyeri antara 0-10. Sedangkan menurut *American Diabetes Assoclation* (2013), diabetes mellitus merupakan penyakit metabolic yang bersifat kronik, ditandai dengan meningkatnya kadar glukosa darah sebagai akibat dari adanya gangguan penggunaan insulin, sekresi insulin, atau keduanya. Pada klien diabetes mellitus terjadi pada pola makan tidak teratur sehingga mengakibatkan terjadinya resiko ketidkstabilan kadar glukosa darah. Dampak lain dari ketidakstabilan kadar gula darah adalah ternjadinya ulkus pada daerah tertentu yang meninbulkan rangsangan nyeri pada tubuh pasien. Jadi hal ini ada kesesuaian antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pengkajian penyakit dahulu pada Ny. S di dapatkan data Ny. S sudah lebih dari 3 tahun mengkonsumsi obat anti diabetes dan rutin kontrol ke pukesmas setiap bulan untuk mengontrol kondisi kesehatan nya. Ny. S tidak memiliki riwayat penyakit penyerta lainya. Dan dalam 1 bulan terakhir px tidak kontrol karena kesibukan nya.

Menurut *American Diabetes Assoclation* (2013), Penyakit Diabetes mellitus mempunyai hubungan dengan riwayat sakit sebelumnya. Seorang penderita Diabetes Mellitus diduga mempunyai gen diabetes yang membuktikan bahwa bakat diaebetes merupakan gen yang resesif. Adanya riwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit-penyakit lainnya yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin dan adanya riwayat minum obat-obatan diabetes sebelumnya merupakan bagian dari pengkajian riwayat penyakit dahulu pasien. Jadi hal ini ada kesesuaian antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Dari pemeriksaan fisik yang dilakukan, peneliti menemukan data, kesadaran compos mentis, TD : 128/82 mmHg, Nadi : 86x/menit,Suhu : 36,2oC, RR : 20x/menit, BB sebelum sakit : 50 kg, BB selama sakit : 50 kg.

Pada B1 peneliti menemukan bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, otot bantu nafas tidak terlihat, Irama nafas regular, pola nafas teratur, suara nafas vesikuler, suara nafas tambahan tidak ada, sesak nafas tidak ada, batuk, tidak ada, sputum tidak ada, sianosis tidak ada,perkusi sonor,tidak ada alat bantu nafas. Menurut Baze&Suzanne (2012), komplikasi kronis dari diabetes melitus adalah komplikasi makrovaskuler, yaitu terjadinya trombosit otak atau pembekuan darah pada bagian otak sehingga menyebabkan penderita mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongetif dan stroke. Penulis berasumsi pada pasien Ny. S masih tergolong diabetes melitus tipe 1, sehingga belum terjadi komplikasi yang kronis. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ada kesesuaian.

Pada B2 peneliti menemukan data Ictus cordis teraba di ICS 5 midclavicula line sinistra, nyeri dada tidak ada, Irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT>2 detik, akral hangat, kering, pembesaran kelenjar getah bening tidak teraba pembesaran, tekanan darah : 128/82 mmHg, nadi : 86 x/menit. Tidak ada pembesaran jantung. Menurut Baze&Suzanne (2013), komplikasi kronis dari diabetes melitus adalah komplikasi makrovaskuler, yaitu terjadinya trombosit otak atau pembekuan darah pada bagian otak sehingga menyebabkan penderita mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongetif dan stroke. Penulis berasumsi pada pasien Ny. S masih tergolong diabetes melitus tipe 1, sehingga belum terjadi komplikasi yang kronis. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ada kesesuaian.

Pada B3 peneliti menemukan data Pada pemeriksaan inpeksi keadaan umum cukup, kesadaran compos metis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah, tidak ada polip, bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi,pupil isokor, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, tidak ada alat bantu pendengaran, kebersihan lidah bersih, tidak ada kesiulitan menelan, cara bicara padat dan jelas. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), patela (+/+) dan achilles (+/+). Pada Nervus I (Olfaktorius): Sifatnya sensori mensarafi hidung membawakan rangsangan aromma dari aroma rongga hidung ke otak. R: Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih. Pada Nervus II (Optikus) Sifatnya sensori, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak. R: Pasien mampu membaca tulisan dengan jarak 30 cm. pada Nervus III (Okulomotorius) Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orital atau sebagian pembuka mata. R: Pasien mampu menggerakan mata ke kanan dan ke kiri. Pada Nervus IV (Trochler) Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata.R: Pasien mampu menggerakan bola mata ke kanan dan ke kiri. Pada Nervus V (Trigeminus) Sifatnya majemuk bertanggung jawab untuk mengunyah Sensori : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan Motorik : Pasien ampu menggertakan gigi. Pada Nervus VI (Abdusen) Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. R: Pasien ampu melihat kesegala arah. Pada Nervus VII (Fasial) Sifatnya majemuk, sebagai miik wajah dang menghantarkan rasa pengecap. Sensori : Pasien mampu merasakan rasa teh manis. Motorik : Pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi. Pada Nervus VIII (Vestibulokokhlearis) Sifatnya sensori, berperan sebagai audiotori dan vestibular sebagai penerjemaan. R:Pasien mampu mendengar dengan baik. Pada Nervus IX (Glosofharyngeal) Berperan sebagai menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah. R: Pasien mampu menelan. Sedangkan Pada Nervus X (Vagus) Sifatnya majemuk mensarafi faring, laring dan palatum R: Pasien mampu menelan. Pada Nervus XI (Asesoris) Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk memberi informasi ke otot laring dan faring. R: Otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus tidak teraba dan terlihat. Pada Nervus XII Hipoglosal) Sifat motorik, mensarafi otot-otot lidah R: Pasien ampu menjulurkan lidah. Menurut Baze&Suzanne (2013), komplikasi dari diabetes melitus adalah komplikasi microvaskuler, yaitu komplikasi yang dapat terjadi pada penderita DM Tipe I yang meliputi nefropatik diabetik, retinopati (kebutaan), neuropati. Penulis berasumsi pada pasien Ny. S masih tergolong diabetes melitus tipe 1, sehingga belum terjadi komplikasi yang kronis. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ada kesesuaian.

Pada B4 peneliti menemukan tidak ada pembesaran kandung kemih, pasien. BAK spontan dengan UT 1500 cc/8 jam warna kuning jernih bauh khas. Menurut Baze&Suzanne (2012), gejala akut dari diabetes mellitus adalah Polyuria. Kurangnya insulin untuk mengangkut glukosa melalui sel membran akan menyebabkan kondisi hiperglikemia sehingga serum plasma akan meningkat atau terjadi hiperosmolaritas yang menyebabkan cairan intrasel akan keluar dalam sirkulasi atau cairan intramoskuler. Hal tersebut akan mengakibatkan peningkatan aliran darah ke ginjal sebagai kompensasi terjadinya hiperosmolaritas dan mengakibatkan terjadinya uresis osmotik atau polyuria. Penulis berasumsi pada pasien Ny. S masih tergolong diabetes melitus tipe 1, sehingga belum terjadi komplikasi yang kronis. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak ada kesesuaian.

Pada B5 peneliti menemukan Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Frekuensi makan 3x/hari, jenis nasi diet DM dan porsi makan 1 porsi. Frekuensi minum 4-5 gelas/hari dengan jumlah ± 900 cc/ hari berjenis air putih. Pola nutrisi MRS : frekuensi makan 3x/hari, jenis lunak diet DM habis 1 porsi yang disediakan dari RS. Frekuensi minum ± 6 gelas/hari dengan jumlah ± 1500cc/8 jam berjenis air putih. Pasien tidak ada nyeri telan, perut datar, tidak ada kelainan pada abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus. Menurut Bare & Suzanne (2012), peningkatan disfusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan terjadinya penurunan volume intrasel sehingga menyebabkan efek dehidrasi sel. Dehidrasi sel menyebabkan mulut menjadi kering dan sensor haus akan menjadi aktif yang mengakibatkan seseorang menjadi haus dan ingin selalu minum. Penulis berasumsi pada pasien Ny. S didapatkan membrane mukosa kering. Keadaan hiperglikemia persisten menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan elekrolit. Untuk mempertahankan keseimbangan osmotik, cairan akan berpindah dari ruang intrasel ke dalam ruang ekstrasel. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesesuaian.

Pada B6 peneliti menemukan pada pemeriksaan inspeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada patikie. Tidak ada kelainan tulang, terdapat bengkak dan kemerahan pada kaki kanan, ROM bebas. Menurut Sujono & sukarmin (2012), manifestasi klinis pada penderita diabetes melitus yaitu kelainan kulit gatal-gatal, ruam kemerahan pada daerah yg bengkak dan disertai nyeri. Masuknya bakteri atau virus kedalam pankreas akan mengakibatkan rusaknya sel-sel pankreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas. Seseorang yang sedang menderita sakit karena virus atau bakteri tertentu, merangsang produksi hormon tertentu yang secara tidak langsung berpengaruh pada kadar gula darah. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesesuaian.

Pada pengkajian Endokrin peneliti menemukan data pemeriksaan GDA sewaktu tanggal 23 januari 2023 dengan hasil 281 mg/dl. Menurut Baze & Suzanne (2012), perkembangan awal pada diabetes mellitus tipe II yaitu sel B yang akan menunjukan gangguan pada sekresi insulin fase pertama yang berarti gagalnya sekresi insulin untuk melakukan komprensasi resistensi insulin. Apabila kondisi tersebut tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan perkembangan penyakit yang lebih lanjut yaitu terjadinya kerusakan sel-sel B pankreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif yang seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin. Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesesuaian.

Pada seksual reproduksi peneliti mendapatkan hasil pasien berstatus menikah, siklus mentruasi 28 hari. Gangguan fungsi seksual dapat berupa gangguan ereksi, impoten yang disebabkan gangguan pada saraf bukan karena gangguan pada kekurangan hormone seks (testosterone). Keputihan pada penderita wanita, keputihan dan gatal sering dirasakan,hal ini disebabkan daya tahan tubuh penderita menurun (Suraoka. IP, 2012). Jadi dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak terdapat kesesuaian.

Pada pengkajian kemampuan perawatan diri peneliti mendapatkan data dari keluarga pasien (suami) mengatakan ketika sebelum MRS pasien mampu melakukan aktifitas diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berdandan, toileting/eliminasi, monilitas, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja, memasak dan merawat rumah. Setelah MRS pasien masih mampu melakukan aktivitas, toileting, mandi, dan kegiatan personal hygine lainnya. Menurut Baze&Suzanne (2012), pola aktifitas pada penderita diabetes mellitus adalah adanya kelemahan otot-otot pada ekstrimitas menyebabkan penderita, tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan. Dalam hal ini dapat disimpulkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus tidak terdapat kesesuaian

1. **Diagnosis Keperawatan**

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataaannya di lapangan, Analisa data disesuaikan dengan keluhan-keluhan yang telah dialami pasien.

Kesenjangan yang didapatkan oleh penulis tentang diagnosa keperawatan yang tertuang di tinjauan Pustaka tidak semuanya di dapatkan dalam tinjauan kasus. Diagnosa keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka terdiri dari nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, kurangnya pengetahuan dan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sedangkan dari hasil pengkajian yang penulis lakukan, penulis menemukan diagnosa keperawatan nyeri akut, ketidakstailan kadar gula darah, defisit pengetahuan dan resiko infeksi.

Diangnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut. Penulis menemukan nyeri akut. Penulis menemukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada kedua kakinya dengan skla nyeri 5 disertai kemerahan dan bengkak pada kaki kanan nya. Menurut Bare&Suzanne (2012), hiperglikemia merupakan peningkatan kadar gula darah secara tiba-tiba yang dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, yang meliputi keotoasidosis diabetik, koma hiperosmoler non ketolik dan kemolakto asisdosis. Melihat dari kondisi tersebut, penulis berpendapat bahwa bengkak dan kemerahan pada kaki kanan Ny. S di karenakan adanya peningkatan kadar gula darahnya dan peningkatan infeksi di tandai dengan hasil laborat leukosit 14.7.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Penulis menemukan hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 23 Januari 2023 GDA sewaktu 281 mg/dl. Menurut Riskesdas (2013) penegakan kriteria diabetes melitus adalah nilai gula darah sewaktu (GDS) >200 mg/dl, disertai dengan gejala khas DM (polyuria, polydipsia, polifagia dan penurunan berat badan. Melihat dari kondisi tersebut penulis berpendapat bahwa Ny. C sudah masuk kategori DM tipe 1 noninsulin. Jika pasien rutin kontrol ke layanan kesehatan, diharapkan peningkatan kadar gula darah dapat terkontrol dengan baik.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Dari pengkajian yang penulis dapatkan pasien mengatakan jarang kontrol cek kadar gula darah nya dan pasien juga bingung kenapa kakinya bengkak dan memerah.

Diagnosa keperawatan yang ke empat yaitu resiko infeksi berhubungan dengan diabetes melitus. Dari pengkajian yang penulis dapatkan pasien mengatakan kaki kanan nya bengkak dan memerah. Dari hasil laboratorium di dapatkan hasil laborat leukosit 13.77.

Diagnosa keperawatan yang tindak muncul pada kasus nyata dan tetap pada tinjauan Pustaka menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Dengan diagnose keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis dengan kriteria hasil BB sebelum sakit dan selama sakit masih tetap 50 Kg. Asupan nutrisi Ny. S juga di katakana baik selama perawatan ditandai dengan diit DM habis ½ porsi tapi setelah itu di habiskan selang waktu 1 jam kemudian.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada kasus atau pada kasus nyata bahkan tidak muncul pada keduanya, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus secara umum, sedangkan kasus nyatanya diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara nyata.

1. **Perencanaan**

Setelah penulis menentukan diagnosa keperawatan sesuai kondisi klinis pasien, selanjutnya adalah tahap perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diangkat. Merumuskan intervensi keperawatan, penulis merumuskan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada pasien. Penulis juga mencantumkan tujuan dan kriteria hasil.

Pada setiap diagnosa keperawatan. Fungsi tujuan dan kriteria hasil adalah untuk menilai berhasil atau tidaknya proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien. Proses asuhan keperawatan diberikan kurang lebih selama tiga hari terhitung mulai tanggal 25 januari 2023 sampai 27 januari 2023.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dan meringis kesakitan menurun. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2016), penulis melakukan tindakan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuaensi, kualitas dan intensitas nyeri, berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi dan destraksi), ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri serta kolaborasi dengan medis dalam pemberian metamizole 3x1000 mg/IV. Penulis mengambil 4 intervensi dari 7 intervensi keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016) yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan dan peralatan yang ada di ruangan.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria pusing menurun, mengantuk cukup menurun, lelah/lesu cukup menurun dan kadar glukosa dalam darah membaik. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016), Penulis melakukan tindakan monitor tanda dan gejala hiperglikemia, berikan asupan cairan oral, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali dan kolaborasi pemberian oral metformin dan glucodex. Penulis mengambil 4 intervensi dari 7 intervensi keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016) yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan gangguan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun dan persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016), Penulis melakukan tindakan identifikasi faktor kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesemnpatan bertanya dan berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaian nya. Penulis mengambil 4 intervensi dari 6 intervensi keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016) yang disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu di ruangan.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan diabetes melitus, setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat mengetahui tanda dan gejala yang mengidentifikasi resiko dalam penyebaran infeksi, mengetahui cara penularan infeksi dan mengetahui aktifitas yang dapat meningkatkan infeksi. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016), Penulis melakukan tindakan pemantauan TTV, kaji tanda-tanda infeksi, monitor tanda dan gejala infeksi, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local dan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan. Penulis mengambil 4 intervensi dari 6 intervensi keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2016) yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan.

1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien diabetes mellitus dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Sehingga pada pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pasien tidak terjadi kendala dalam melaksanakannya.

Implementasi untuk mengatasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dilakukan hari pertama tanggal 25 januari 2023 jam 07.15 mengidentifikasi skala nyeri, respon pasien mengatakan skala nyeri nya 5, jam 07.50 mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, respon pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 5, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk, jam 07.55 mengajarkan teknik relaksasi dan destraksi, respon pasien kooperatif dan mampu melakukan teknik relaksasi dan destraksi bila nyeri timbul. Jam 08.00 memberikan injeksi metamizole 1000 mg/IV, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di suntikkan. Pada tanggal 26 januari 2023 mengidentifikasi skala nyeri, respon pasien mengatakan skala nyeri nya 4, jam 07.50 mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi. frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, respon pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 4, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk, jam 07.55 mengajarkan teknik relaksasi dan destraksi, respon pasien kooperatif dan mampu melakukan teknik relaksasi dan destraksi bila nyeri timbul. Jam 08.00 memberikan injeksi metamizole 1000 mg/IV, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di suntikkan. Dan pada tanggal 27 Januari 2023 mengidentifikasi skala nyeri, respon pasien mengatakan skala nyeri nya 3, jam 07.50 mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, respon pasien mengatakan nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada kedua kakinya, skala nyeri 3, dan nyeri berkurang bila di buat istirahat dan bertambah bila di buat aktifitas duduk, jam 07.55 mengajarkan Teknik relaksasi dan destraksi, respon pasien kooperatif dan mampu melakukan Teknik relaksasi dan destraksi bila nyeri timbul. Jam 08.00 memberikan injeksi metamizole 1000 mg/IV, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi setelah obat di suntikkan.

Menurut TIM POKJA SIKI DPP PPNI (2016), terdapat 7 intervensi keperawatan untuk nyeri akut. Akan tetapi di sini penulis mengambil 4 intervensi keperawatan untuk di implementasikan yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan dan peralatan yang ada di ruangan.

Implementasi untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah yang dilakukan hari pertama tanggal 25 januari 2023 jam 07.00 melakukan pengkajian dan anamnesa kepada Ny. S tentang keluhan dan pemeriksaan mulai dari B1- B6, jam 07.30 memonitoring vital sign di dapatkan tekanan darah 128/84 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,20 C, RR 20x/menit, menjelaskan penyebab peningkatan kadar gula darah, jam 07.45 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil GDA sewaktu (pagi) 281. Jam 07.45 memberikan asupan cairan oral, respon pasien mampu melakukan asupan cairan melalui oral sebanyak ± 100 cc. Pada jam 07.45 menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 2 jam sekali, respon klien pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darahnya jam 09.00. jam 08.00 memberikan oral metformin 500 mg dan glucodex 80 mg, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi obat. Pada tanggal 26 Januari 2023 jam 07.00 melakukan pengkajian dan anamnesa kepada Ny. S tentang keluhan dan pemeriksaan mulai dari B1- B6, jam 08.00 memonitoring vital sign di dapatkan tekanan darah 132/82 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,50C, RR 20x/menit, SP02 99% dan skala nyeri 4, menjelaskan penyebab peningkatan kadar gula darah, jam 07.45 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil GDA sewaktu 261. 07.45 memberikan asupan cairan oral, respon pasien mampu melakukan asupan cairan melalui oral sebanyak ± 100 cc. Pada jam 07.45 menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali, respon klin pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darahnya jam 09.00. jam 08.00 memberikan oral metformin 500 mg dan glucodex80 mg, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi obat. Dan pada tanggal 27 Januari 2023 jam 07.45 melakukan pengkajian dan anamnesa kepada Ny. S tentang keluhan dan pemeriksaan mulai dari B1- B6, jam 08.30 memonitoring vital sign di dapatkan tekanan darah 130/82 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,50C, RR 20x/menit, SPO2 98%, menjelaskan penyebab peningkatan kadar gula darah, jam 07.45 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil GDA sewaktu 224. 07.45 memberikan asupan cairan oral, respon pasien mampu melakukan asupan cairan melalui oral sebanyak ± 100 cc. Pada jam 07.45 menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri tiap 8 jam sekali, respon klin pasien kooperatif dan mengatakan akan mengecek gula darahnya jam 09.00. jam 08.00 oral metformin 500 mg dan glucodex 80 mg, respon pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi obat.

Menurut TIM POKJA SIKI DPP PPNI (2016), terdapat 7 intervensi keperawatan untuk diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa Akan tetapi di sini penulis mengambil 4 intervensi keperawatan untuk di implementasikan yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan dan peralatan yang ada di ruangan.

Implementasi untuk mengatasi defisit pengetahuan yang dilakukan hari pertama tanggal 25 Januari 2023, untuk jam 08.05 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik, respon klien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan. Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, respon klien kooperatif dan mau berkomunikasi. Memberikan kesempatan bertanya, memberikan pujian dan dukungan kepada pasien., respon klien bangga akan ilmu yang diperolehnya. Pada tanggal 26 januari 2023 untuk jam 08.05 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik, respon klien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan. Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, respon klien kooperatif dan mau berkomunikasi. Memberikan kesempatan bertanya, memberikan pujian dan dukungan kepada pasien., respon klien bangga akan ilmu yang diperolehnya. Dan pada tanggal 27 januari 2023 untuk jam 08.05 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi terapeutik, respon klien bersedia menerima materi yang akan di jelaskan. Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, respon klien kooperatif dan mau berkomunikasi. Memberikan kesempatan bertanya, memberikan pujian dan dukungan kepada pasien., respon klien bangga akan ilmu yang diperolehnya.

Menurut TIM POKJA SIKI DPP PPNI (2016), terdapat 6 intervensi keperawatan untuk diagnosa defisit pengetahuan Akan tetapi di sini penulis mengambil 4 intervensi keperawatan untuk di implementasikan yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan dan peralatan yang ada di ruangan.

Implementasi untuk mengatasi resiko infeksi yang dilakukan hari pertama tanggal 25 Januari 2023, untuk jam 08.05 mengidentifikasi TTV pasien, respon klien kooperatif. Mengkaji tanda-tanda infeksi, respon klien kooperatif. Untuk monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, respon klien kooperatif. Pada tanggal 26 januari 2023 untuk jam 08.05 mengidentifikasi mengidentifikasi TTV pasien, respon klien kooperatif. Mengkaji tanda-tanda infeksi, respon klien kooperatif. Untuk monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, respon klien kooperatif. Dan pada tanggal 27 januari 2023 untuk jam 08.05 mengidentifikasi mengidentifikasi TTV pasien, respon klien kooperatif. Mengkaji tanda-tanda infeksi, respon klien kooperatif. Untuk monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, respon klien kooperatif.

Menurut TIM POKJA SIKI DPP PPNI (2016), terdapat 6 intervensi keperawatan untuk diagnosa resiko infeksi. Akan tetapi di sini penulis mengambil 4 intervensi keperawatan untuk di implementasikan yang disesuaikan dengan kondisi pasien di ruangan dan peralatan yang ada di ruangan.

1. **Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencaan. Pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukakn karena dapat diketahuai keadaan pasien dan masalah secara langsung.

Pada waktu dilakukan evaluasi pada diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Nyeri pasien terus menurun selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sementara pada tanggal 27 Januari 2023.

Menurut Smeltzer&Bare (2013), yang dikutip oleh Muchlisin Riadi (2016), pemberian teknik relaksasi nafas dalam selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah sehingga membuat pasien merasa rileks.

Menurut penulis yang mempengaruhi perubahan intensitas skala nyeri yang dirasakan sesuai dengan teori yang ada, bahwa saat pemberian teknik relaksasi nafas dalam perlu memperhatikan pendekatan antara pasien dengan perawat saat berkomunikasi dan menenangkan pasien pun merasa lebih diperhatikan sehingga dapat menimbulkan rasa nyaman dan aman yang akan berpengaruh pada skala nyeri yang dirasakan.

Pada diagnosa kedua ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Kadar gula darah pasien setiap hari menurun selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sementara pada tanggal 27 Januari 2023.

Berdasarkan hasil penelitian Amir, Wungouw & Pangemanan (2015), selain indeks massa tubuh, umur juga berhubungan dengan resiko peningkatan kadar glukosa darah, dengan semakin bertambahnya umur kemampuan jaringan mengambil glukosa darah juga akan semakin menurun.

Menurut penulis salah faktor yang mempengaruhi penurunan kadar gula darah seseorang selain dari obat anti diabetic, usia seseorang juga mempunyai peranan penting. Dalam hal ini pasien masih berumur 42 tahun, sehingga pangkreas masih bisa memporoduksi insulin secara alami. Akan tetapi tetap di imbangi dengan pola makan yang baik dan olahraga teratur.

Pada diagnosa ke tiga defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Pasien sudah mengerti akan penyebab sakitnya selama 3x24 jam tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 27 Januari 2023.

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan sebagai dasar dalam melakukan terapi non farmakologi bagi penderita diabetes mellitus diikuti dengan tahu, mau dan mampu. Masing-masing individu akan melakukan suatu tindakan.

Menurut penulis, seseorang akan mengerti akan suatu permasalahan bila sudah mendapatkan edukasi yang tepat. Edukasi yang tepat juga akan mengubah perilaku seseorang guna menunjang keberhasilan suatu proses pengobatan.

Pada diagnosa ke empat resiko infeksi berhubungan dengan diabetes melitus. Kondisi kaki pasien bengkak dan memerah sudah berkurang selama 3x24 jam Tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 27 januari 2023.

Menurut penelitian yang dilakukan Rosaliya, 2012 ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi luka yaitu usia, lama perawatan, proses perawatan pasien selama rawat inap.

Menurut penulis semakin cepat infeksi disadari dan dideteksi maka semakin besar pula kemungkinan infeksi dapat diatasi sebelum menjadi infeksi sistemik. Risiko infeksi dapat muncul ketika proses pembedahan berakhir dan tidak adanya perawatan pada luka

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik anatara pasien, keluarga, teman sejawat, dan tim kesehatan lain. Hasil evaluasi pada Ny. “S” sudah sesuai dengan harapan masalah ada yang teratasi sementara dan teratasi untuk intervensi dilanjutkan sampai semua masalah teratasi

# 

# **BAB 5**

# **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Diabetes Mellitus di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 25 januari 2023 sampai 27 januari 2023, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Diabetes Mellitus.

1. **Kesimpulan**

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

* + - 1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis diabetes mellitus dilakukan dengan pendekatan persistem mulai dari B1-B6 dan pola fungsi Gordon. Pada pengkajian Endokrin pasien tidak menagalami pembesaran kelenjar thyroid, terdapat adanya hiperglikemia dengan GDA sewaktu (pagi) 281 mg/dl
      2. Dalam penegakkan diagnosis keperawatan, tidak semua diagnosis yang ada di tinjauan pustaka tercantum di tinjauan kasus. Penulis menegakkan diagnosis keperawatan sesuai kondisi klinis yang dialami oleh pasien.
      3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuaya tercantum pada tinjauan kasus. Intervensi yang disusun penulis menyesuaikan diagnosis yang ditemukan pada pasien.
      4. Pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
      5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien..

1. **Saran**

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 adalah sebagai berikut:

1. Akademisi

Karya ilmiah akhir ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus.

1. Praktisi
2. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus diabetes mellitus sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrovaskular dan sirkulasi.

1. Bagi Penulis

Dalam menyusun studi kasus pada pasien dengan diagnosis diabetes mellitus, kerja sama antar sesama tim kesehatan dalam melakukan proses asuhan keperawatan, sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembengan kesehatan pasien.

1. Bagi Keluarga Pasien

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus diabetes mellitus, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

**DAFTAR PUSTAKA**

ADA. (2020). Introduction : Standards of medical care in diabetes-2021. Diabetes  
Care, 44, 1–2. https://doi.org/10.2337/dc21-Sint

GINA. (2020). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2015. (2015). PB PERKENI. Global Initiative for Asthma, 46.

Jeanny Rantung dkk. (2015). Hubungan self-care dengan kulaitas hidup pasien  
diabetes mellitus(dm) di persatuan diabetes di Indonesia(persadia) cabang  
cimahi.

Kementrian kesehatan republik indonesia. (2020). Tetap Produktif, Cegah Dan Atasi Diabetes Mellitus. In pusat data dan informasi kementrian kesehatan RI.

Nugroho, S. (2015). Pencegahan Dan Pengendalian Diabetes Melitus Melalui Olahraga. Medikora, IX(1). <https://doi.org/10.21831/medikora.v0i1.4640>

PERKENI. (2020). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe  
2 Dewasa di Indonesia 2015. (2015). PB PERKENI. In Global Initiative for  
Asthma. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).

Rahayu, S. A. D. & S. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan  
Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Selvy Anggi Dwi , Sri  
Rahayu Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletehan Serang , Banten  
Email : [s\_rahayu\_13@yahoo.co.id](mailto:s_rahayu_13@yahoo.co.id) Corresponding author : s\_rahayu\_13@yahoo.c. Kepatuah Diit, 15(1), 124–138.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan  
Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf–Diakses> Agustus 2018. 2.

Saputri, R. D. (2020). Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 11(1), 230–236. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.254>

Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.* Yogyakarta ; Graha Ilmu

Smeltzer, S., & Bare, B. (2013). Translate of Brunner & Suddarth's Textbook of  
Medical Surgical Nursing Ed. 8 Vol. 2. Jakarta: EGC.

Suiraoka, I. (2012). Penyakit Degeneratif. Yogyakarta: Nuha Medika

Tipe, M., & Kota, D. I. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dalam Pengelolaan Diet Pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kota Semarang. Journal of Health Education, 2(2), 137–145. https://doi.org/10.15294/jhe.v2i2.14448

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). 1sted. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.

Wahyuningsih, Heni puji, and Yuni Kusmiyati. 2017. Anatomi Fisiologi. Jakarta:Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

**Lampiran 1**

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Achmad Ali Akbar

Tempat, Tanggal Lahir : Lamongan /14 Desember 1996

Alamat : Dsn. Panggung RT.001 RW. 003, Ds. Simbatan, Kec. Sarirejo, Kab. Lamongan

Email : achmad.ali.akbar14121996@gmail.com

No HP : 0857 3255 5525

**Riwayat Pendidikan:**

1) SDN Simbatan Lulus Tahun2009

2) SMPN 1 Deket Lulus Tahun 2012

3) SMA Panca Marga 1 Lamongan Lulus Tahun 2015

**Lampiran 2**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

“Wamaa Khalaqtul jinna wal insa illa liya Budun”

**Saya persembahkan skripsi yang sederhana ini kepada :**

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, dan karunianya sehingga saya diberikan kesehatan dan bisa menyelesaikan tugas akhirku
2. Kedua orang tua saya bapak dan ibu yang selalu memberikan doa, dukungan dan semangat kuliah untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Kepada dosen pembimbing bapak dedi Irawandi, S. Kep., Ns., M. Kep., yang sudah memberi bimbingan dan memberi arahan, terimakasih atas kesabaran dari bapak dan ibu dosen pembimbing.
4. Kepada Bapak Sulistiyono, S. Kep., Ns., yang sudah memberi bimbingan dan memberi arahan, terimakasih atas kesabaran dari bapak dan ibu dosen pembimbing.
5. Teman seperjuangan DIII keperawatan yang selama ini selalu saling mendoakan dan saling memberi semangat dalam menyelesaikan Tugas akhir ini.

**LAMPIRAN 3**

**SOP INJEKSI INSULIN SECARA SUBCUTAN**

**Pengertian insulin:**

Insulin adalah hormon yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus. Injeksi insulin adalah pemberian insulin eksogen kedalam jaringan subkutan.

**Tujuan: untuk mengontrol kadar Glukosa Darah**

**Persiapan alat:**

1. Spuit insulin / insulin pen
2. Vial insulin.
3. Kapas + alkohol / alcohol swab.
4. Handscoon bersih

**Langkah-langkah :**

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan insulin dari vial dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan
3. Siapkan klien dan bantu pada posisi nyaman untuk injeksi
4. Jelaskan tujuan prosedur pemberian obat pada klien
5. Jaga privasi klien (gunakan sampiran)
6. Pilih area injeksi yang tepat. Hindari area kulit yang terdapat jaringan parut kemerahan, memar, bengkak, melepuh dan terdapat lesi atau infeksi
7. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat
8. Gunakan sarung tangan

**Evaluasi :**

1. Evaluasi respon klien
2. Lakukan follow up terhadap efek obat yang mungkin terjadi

**SOP PEMERIKSAAN GDA**

**Pengertian insulin:**

Pemeriksaan gula darah adalah salah satu jenis pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi kadar gula di dalam darah dalam kondisi sewaktu, puasa dan 2 jam post prandial.

**Tujuan: Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengetahui kadar gula darah pada pasien**

**Persiapan alat:**

1. Glukometer
2. Stik Gula Darah
3. Kapas alcohol
4. Handscoon

**Langkah-langkah**

1. Petugas mencuci tangan, 6 langkah
2. Petugas menyiapkan alat-alat dan bahan,
3. Petugas menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan,
4. Petugas memakai handscoon,
5. Atur posisi pasien senyaman mungkin
6. Pasang stik gula darah pada alat glukomete,
7. Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alkohol,
8. Petugas menusukkan lanset di jari tangan pasien,
9. Petugas meletakkan stik gula darah di jari tangan pasien,
10. Menutup bekas tusukan dengan kapas alkohol,
11. Alat glukometer akan berbunyi
12. Petugas membaca hasil dan menulis di form laboratorium.
13. Petugas memberitahu pasien bahwa tindakan sudah selesai,
14. Petugas membuang limbah padat pada tempat sampah infeksius.
15. Petugas memberikan hasil labotarium dalam amplop tertutup kepada pasien,
16. Petugas merapikan alat dan bahan,
17. Petugas mencuci tangan**.**