

# OLEH :

**ERICH NURHADIYANTO**

NIM 1720029

# PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH

**SURABAYA 2020**

**Karya Tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**ERICH NURHADIYANTO NIM : 1720029**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH**

**SURABAYA 2020**

i

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagoiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 2 Maret 2020

ERICH NURHADIYANTO NIM 1720029

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Erich Nurhadiyanto

Nim 1720029

Program : D-III keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal bedah pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus di Ruang B1 RSAL Dr Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

**Pembimbing**

**Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIP. 03.009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 2 Maret 2020

iii

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Erich Nurhadiyanto

NIM 1720029

Program Setudi : D-III Keperawatan

Juduk KTI :Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus Di Ruang B1 Rumktal Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dengan dewan sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 2 Maret 2020

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

p ..........

Penguji I : Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Ke NIP. 03.009

Penguji II : Ida Dwiningsih, M.Kep.,Ns Letkol Laut (K/W) NRP. 12440/P

Mengetauhi,

Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan

# Dya Sustarmi, S.Kep, Ns, M.Kes NIP. 03.007

iv

# “Janganlah senang jika sudah sukses karena kesenangan itu hanya titipan semata. Ingat di atas langit masih ada langit”

Kupersembahkan karya tulis ilmiah yang sederhana ini kepada :

1. ALLAH SWT atas rahmat dan hidayahmu karya tulis ilmiah tercapai.
2. Kedua orang tua saya yang telah mendukung dan memberi semangat sampai pengerjaan karya tulis ilmiah.
3. Nenek saya yang mendoakan dan memberi semangat.
4. Fenny Anggraeni Safitri terima kasih sudah membantu saya menyemangati saya dalam penyusunan karya tulis ini dan menghibur saya disaat saya jenuh dengan karya tulis ilmiah ini
5. Teman teman satu kelompok B1 yang sudah mendukung dan menemani saya saat mengerjakan karya tulis ilmiah ini
6. Teman teman avengers yang mensuport saya

v

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Tulis Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar – besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT – KL, Sp.KL, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya
2. Kolonel Laut (Purn). Wiwiek Liestyaningrum, SKp, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya
3. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D–III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Hidayatus Syadiah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing I yang selalu bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan arahan serta perhatian dalam

vi

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmia

1. Letkol Laut (K/W) Ida Dwiningsih, M.Kep, Ns, selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
2. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh dengan nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan studi kasus ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya
3. Sahabat – sahabat seperjuangan “KUMARA 23 :Kelas Avanger dan rekan 1 Tim Karya Tulis Ilmiah 2020” yang memberi semangat membara sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya 2 Maret 2020

vii

# DAFTAR ISI

**HALAMAN JUDUL LUAR .......................................................................**

HALAMAN JUDUL DALAM....................................................................... i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN ...................................................................... iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTAR vi

[DAFTAR ISI viii](#_TOC_250056)

[DAFTAR TABEL x](#_TOC_250055)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_TOC_250054)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_TOC_250053)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_TOC_250052)

[BAB 1 PENDAHULUAN](#_TOC_250051)

[1.1 Latar Belakang .................................................................................... 1](#_TOC_250050)

[1.2 Rumusan Masalah ............................................................................... 2](#_TOC_250049)

1.3 Tujuan Penulisan ................................................................................. 2

[1.3.1 Tujuan Umum ..................................................................................... 2](#_TOC_250048)

1.3.2 Tujuan Khusus ..................................................................................... 2

[1.4 Manfaat ............................................................................................... 3](#_TOC_250047)

[1.5 Metode Penulisan ................................................................................ 4](#_TOC_250046)

[1.5.1 Metode Deskriptif ............................................................................... 4](#_TOC_250045)

[1.5.2 Metode Teknik Pengumpulan Data...................................................... 4](#_TOC_250044)

[1.5.3 Sumber Data ......................................................................................... 5](#_TOC_250043)

1.5.4 Studi Keputakaan ................................................................................. 5

[1.6 Sistematika Penulisan ......................................................................... 5](#_TOC_250042)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA](#_TOC_250041)

[2.1 Konsep Lansia .................................................................................... 7](#_TOC_250040)

[2.2 Konsep Penyakit ................................................................................. 8](#_TOC_250039)

2.2.1 Pengertian ............................................................................................ 8

[2.2.2 Etiologi ............................................................................................... 9](#_TOC_250038)

* + 1. [Manifestasi Klinis 11](#_TOC_250037)
		2. Tanda Dan Gejala 12
		3. [Patofisiologi 13](#_TOC_250036)
		4. [Komplikasi 15](#_TOC_250035)
		5. [Pemeriksaan Penunjang 15](#_TOC_250034)
		6. [Penatalaksanaan 15](#_TOC_250033)
	1. Konsep Askep 17
		1. [Pengkajian 17](#_TOC_250032)
		2. Diagnosa 19
		3. [Perencanaan Keperawatan 19](#_TOC_250031)
		4. [Pelaksanaan 24](#_TOC_250030)

viii

* + 1. [Evaluasi 24](#_TOC_250029)
	1. [Kerangka Masalah 25](#_TOC_250028)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS](#_TOC_250027)

* 1. [Pengkajian 26](#_TOC_250026)
		1. [Identitas 26](#_TOC_250025)
		2. [Keluhan Utama 26](#_TOC_250024)
		3. [Riwayat Penyakit Sekarang 26](#_TOC_250023)
		4. [Riwayat Penyakit Dahulu 27](#_TOC_250022)
		5. [Riwayat Penyakit Keluarga 27](#_TOC_250021)
		6. [Genogram 28](#_TOC_250020)
		7. [Tanda Tanda Vital 28](#_TOC_250019)
		8. [Pemeriksaan Fisik 29](#_TOC_250018)
		9. [Endokrin 31](#_TOC_250017)
		10. [Seksual Reproduksi 31](#_TOC_250016)
		11. Personal Hygine 31
		12. [Pemeriksaan Penunjang 32](#_TOC_250015)
		13. [Terapi Medis 34](#_TOC_250014)
		14. [Analisa Data 35](#_TOC_250013)
		15. [Prioritas Masalah 36](#_TOC_250012)
		16. [Intervensi 37](#_TOC_250011)
		17. [Implementasi 40](#_TOC_250010)

[BAB 4 PEMBAHASAN](#_TOC_250009)

* 1. [Pengkajian 45](#_TOC_250008)
	2. [Diagnosa Keperawatan 46](#_TOC_250007)
	3. [Perencanaan 46](#_TOC_250006)
	4. [Pelaksanaan 47](#_TOC_250005)
	5. [Evaluasi 48](#_TOC_250004)

[BAB 5 PENUTUP](#_TOC_250003)

* 1. [Kesimpulan 49](#_TOC_250002)
	2. [Saran 50](#_TOC_250001)

[DAFTAR PUSTAKA 51](#_TOC_250000)

ix

# DAFTAR TABEL

# Tabel 3.1 Personal Hygine 31

# Tabel 3.2 Laboraturium 32

# Tabel 3.3 Obat 34

# Tabel 3.4 Analisa Data 35

# Tabel 3.5 Prioritas Masalah 36

# Tabel 3.6 Intervensi 37

# Tabel 3.7 Implementasi 40

x

# DAFTAR GAMBAR

# Gambar 2.1 Kerangka Masalah 25

# Gambar 3.1 Genogram 28

# Gambar 3.2 Gambar ROM 31

# Gambar 3.3 Thorax 33

xi

**DAFTAR LAMPIRAN**

SOP Perawatan Luka 52

xii

# DAFTAR SINGKATAN

BAB :Buang air besar BAK :Buang air kecil BB :Berat badan

DO : Data objek DS : Data subjek

GCS :Gasglow Coma Scale GDA :Gula Darah Acak

IV :Intra vena mg :Miligram

mmHg :Milimeter Hydrargyrum N :Nadi

RR :Respiratorion / Respiratori Rate (pernafasan) RS :RumahSakit

Rumkital :Rumah Sakit Angkatan Laut RSAL : Rumah Sakit Angkatan Laut

S :Suhu

SC :Sub Cutan

TD :Tekanan Darah TTV :Tanda-Tanda vital DM: Diabetes militus

xiii

# BAB 1 PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Penyakit diabetes militus merupakan penyakit kronis yang tidak menyebabkan kematian secara langsung, tetapi dapat berakibat fatal bila pengelolaannya tidak tepat. Akan terjadi komplikasi seperti Resiko defisit nutrisi, Gangguan integritas kulit, Resiko cidera, Nyeri akut, Ketidaksetabilan kadar glukosa dalam darah. Oleh karena itu pengelolaan diabetes militus memerlukan penanganan multi disiplin yang mencakup terapi obat dan terapi non obat. Diabetes Melitus (DM) adalah suatu penyakit ganguan pada endokrin yang merupakan hasil dari proses destruksi sel pankreas sehingga insulin mengalami kekurangan (Suriadi dan Rita,2010).

Angka mortalitas karena penyakit DM diseluruh Dunia mencapai 1,5 juta orang pada tahun 2012 dan pada tahun 2014 prevalensi penderita DM diperkirakan mencapai 9% dari total populasi dunia (WHO, 2015). Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan penderita DM terbanyak keempat di dunia setelah India, China dan Amerika Serikat. Negara yang tergolong tengah berkembang ini dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 4,5 juta jiwa pada tahun 2018 dan perkiraan penderita DM mencapai angka 21,3 juta orang pada 2030. Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya jumlah pasien yang di ruang B1 dari rentang bulan januari sampai desember 2019 ada 287 pasien yang mempunyai penyakit DM, pada bulan Mei

2019 sebanyak 49 kasus DM.

1

Faktor penyebab diabetus militus bisa dari faktor genetik, faktor imunologi, faktor lingkungan, usia, obesitas dan riwayat keluarga. Proses terjadinya diabetus militus yaitu pengangkutan glukosa dari darah masuk ke dalam sel dilakukan oleh hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas. Sederhananya insulin berfungsi sebagai pengatur gula dalam darah. Sayangnya orang dengan diabetus militus tidak dapat membuat insulin atau tidak dapat merespon insulin dengan baik (resistensi insulin).

Peran perawat dalam penanganan diabetus militus adalah melakukan perawatan luka dan mengatur gizi yang di konsumsi oleh pasien. Perawat juga mengedukasi keluarga pasien dan pasien untuk menjaga pola makan pada saat di rumah. Bukan hanya gizi pasien dan keluarga pasien juga di berikan pelatihan untuk merawat luka diabetus militus dan senam diabetus militus.

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit Diabetes Militus maka penulis melakukan pengkajian lebih lanjut tentang asuhan keperawatan Diabetes Militus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

# Tujuan

# Tujuan umum

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit Diabetes Militus maka penulis melakukan pengkajian lebih lanjut tentang asuhan keperawatan

Diabetes Militus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan kusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Deabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
3. Melakukan perencanaan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
4. Melakukan implementasi pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi hasil implementasi pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan segala tindakan yang di lakukan pada pasien Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

# Manfaat

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

1. Akademis hasil studi kasus ini merupakan tambahan ilmu pengetahuan dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Militus khususnya bagi mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
3. Bagi pelayanan keperaawatan di rumah sakit hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus
4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan refrensi ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Diabetes Miltus

# Metode Penulisan

# Metode Deskriptif

Metode deskriptif yaitu metode mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

# Metode Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui dialog baik dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui dialog dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, maupun tim kesehatan lain

1. Pemeriksaan

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

# 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 pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

# Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari tentang buku-buku sumber materi yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

# Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi 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 Militus, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan teori dengan kasus nyata yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampir

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis terkait konsep lansia, konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah diabetus militus. konsep penyakit yang terdiri dari definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda gejal, patofisiologi, komplikasi, pemerikasaan penunjang dan penatalaksanaan. Asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, evaluasi dan kerangka masalah.

# Konsep Lansia

Manusia lanjut usia (manula) merupakan populasi penduduk yang berumur tua dengan kelompok usia 60 tahun atau lebih (Bustan, 2007)**.** Menurut (Fatmah, 2010) lansia merupakan proses alamiah yang terjadi secara berkesinambungan pada manusia dimana ketika menua seseorang akan mengalami beberapa perubahan yang pada akhirnya akan mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan seluruh tubuh. Istilah manusia usia lanjut belum ada yang mematenkan sebab setiap orang memiliki penyebutannya masing-masing seperti manusia lanjut usia (manula), manusia usia lanjut (lansia), usia lanjut (usila), serta ada yang menyebut golongan lanjut umur (glamur) (Maryam, 2008).

7

# Konsep Penyakit

* + 1. **Definisi**

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemi (Brunner dan suddarth, 2002).

Diabetes melitus adalah suatu sekumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif (Arjatmo, 2002).

Diabetes melitus adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidak mampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah ke hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi).

Diabetes melitus merupakan gangguan metabolik kronik yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol dan dikarakteristikan dengan ketidak adekuatan penggunaan insulin (Barbara Engram, 1999).

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangan toleransi terhadap KH (Silvia, A price, 1994).

Diabetes melitus adalah suatu penyakit kronik yang komplek yang melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makro vaskuler, mikro vaskuler dan neurologis (Barbara C.long, 1996)

# Etiologi

1. Diabetes Militus Tipe 1

Diabetes tipe 1 merupakan 5-10 dari semua kasus diabetes, biasanya ditemukan pada anak atau orang dewasa muda,. Pada diabetes tipe ini, pankreas mengalami kerusakan dan tidak ada pembentukan insulin sehingga penderita memerlukan suntikan insulin setiap hari. Kombinasi faktor genetik, imunoligi dan mungkin pula lingkungan (misalnya, infeksi firus) diperkirakan turut menimbulkan distruksi sel beta.

* 1. Faktor genetik

penderita diabetes tidak mewarisi diabetes itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe 1. Kecenderungan genetic ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (human leucocyte antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulkan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainya.

* 1. Faktor imunologi

Pada diabetes tipe 1 terdapat adanya suatu respons otoimun. Respons ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara berinteraksi terhadap jaringan tersebut

* 1. Faktor lingkungan

Virus dan bakteri penyebab DM adalah rubela, mumps, dan human coxsackievirus B4. Melalui mekanisme infeksi sitolitik dalam sel beta, virus ini mengakibatkan distruksi atau kerusakan sel. Dapat juga, virus ini menyerang melalui reaksi autoimunitas yang menyebabkan hilangnya auto imun dalam sel

beta. Diabetes Militus akibat bakteri masih belum dapat di diteksi. Namun, para akli kesehatan menduga cukup berperan menyebabkan diabetes.

Bahan toksik atau beracun bahan beracun mampu merusak sel beta secara langsung adalah alloxan, pirinuron (rodentisida), dan setreptozoctin (produk fdari sejenis jamur). Bahan lain adalah sianida yang berasal dari singkong (andra saferi wijaya, 2013)

1. Diabetes Militus Tipe 2

Diabetes Militus Tipe 2 disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta resistensi insulin. Diabetes militus Tipe 2 merupakan tipe diabetes yang lebih umum dengan jumblah penderita yang lebih banyang dibanding Tipe 1. Penderita mencapai 90-

95 persen dari keseluruhan populasi penderita diabetes. Tipe ini biasanya ditemukan pada orang-orang yang berusia diatas 40 tahun, dengan berat badan berlebihan. Obesitas memang bisa menyebabkan tidak bekerjanya insulin secara baik sehingga pemecahan gula terganggu dan meningkatkan kadar gula darah. Namun demikian kini jumblah penderita Tipe 2 di kalangan remaja dan anak-anak pun meningkat.

Etiologi Tipe 2 terdiri dari berbagai faktor yang belum sepenuhnya terungkap dengan jelas. Faktor genetik dan pengaruh lingkungan cukup besar dalam menyebabkan terjadinya Tipe 2, antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan. Kiranya obesitas atau kegemukaan memang menjadi salah satufaktok predisposisi utama. Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

1. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)
2. Obesitas
3. Riwayat keluarga dengan diabetes

# Manifestasi Klinis

Seseorang dapat dikatakan menderita diabetes militus apabila menderita dua dari lima gejala yaitu:

1. Kadara glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120 mg/dl
2. Kadar glukosa darah dua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl
3. Poliuria

Hiperglikemi berat berakibat glukosuria yang menjadi dierisis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine.

1. Polidipsia

Rasa haus amat sering dialami penderita diabetes karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalah tafsirkan. Dikiranya sebab rasa haus ialah udara yang panas atau beban kerja yang berat Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita harus banyak minum.

1. Polifagia

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita Diabetes Militus karena pasien mengalami keseimbangan kalori negatif, Sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar. Untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan. (andra saferi wijaya, 2013)

# Tanda Gejala

Keluhan umum pasien DM seperti poliuria, polidipsia, polifagia pada DM umumnya tidak ada. Sebaliknya yang sering mengganggu pasien adalah keluhan akibat komplikasi degeneratif kronik pada pembuluh darah dan saraf. Pada DM lansia terdapat perubahan patofisiologi akibat proses menua, sehingga gambaran klinisnya bervariasi dari kasus tanpa gejala sampai kasus dengan komplikasi yang luas.

Gejala-gejala akibat DM pada usia lanjut yang sering ditemukan adalah:

1. Katarak 10. Neuropati viseral
2. Glaukoma 11. amiotropi
3. Retinopati 12. Ulkus neurotropik
4. Gatal seluruh badan 13. Penyakit ginjal
5. Pruritus value 14. Penyakit pembuluh darah perifer
6. Infeksi bakteri kulit 15. Penyakit koroner
7. Infeksi jamur dikulit 16. Penyakit pembuluh darah otak
8. Dermatopati 17. hipertensi
9. Neuropati perifer

Penyakit yang mula mula ringan dan sedang saja yang bisa terdapat pada pasien DM usia lanjut dapat berubah tiba-tiba, apabila pasien mengalami infeksi akut. Defisiensi insulin yang terjadinya bersifat relatif sekarang menjadi absolut dan timbul keadaan ketoasidosis dengan gejala khas hiperventilasi dan dehidrasi, kesadaran menurun dengan hiperglikemia, dehidrasi dan ketonemia. Gejala yang bisa terjadi pada hipoglikemia seperti rasa lapar, menguap dan berkeringat banyak

umumnya tidak ada pada DM usia lanjut. Biasanya tampak bermanifestasi sebagai sakit kepala dan kebingungan mendadak.

Pada usia lanjut reaksi vegetatif dapat menghilang. Sedangkan gejala kebingungan dan koma yang merupakan gangguan metabolisme serebral tampak lebih jelas. (padila, 2012)

# Patofisiologi

1. Diabetes Mellitus tipe 1

DM tipe 1 tidak berkembang pada semua orang yang mempunyai predis posisi genetic.Kadang mereka yang memiliki indikasi resiko penanda gen (DR3 dan DR4 HLA), DM terjadi <1%.Lingkungan telah lama dicurigai sebagai pemicu DM tipe 1 insiden meningkat, baik pada musim semi maupun gugur, dan onset sering bersamaan dengan epidemic berbagai penyakit virus.Autoimun aktif langsung menyerang sel beta pancreas dan prosuknya. ICA dan antibody insulin secara progresif menurunkan keefektifan kadar sirkulasi insulin.

Hal ini secara pelan – pelan terus menyerang sel beta dan molekul insulin endogen sehingga menimbulkan onset mendadak. Hiperglikemia dapat timbul akibat dari penyakit akut atau stress dimana meningkatkan kebutuhan insulin melebihi cadangan dari kerusakan massa sel beta. Ketika penyakit akut atau stress terobati klien dapat kembali pada status terkompensasi dengan durasi yang berbeda – beda dimana pancreas kembali mengatur produksi sejumlah insulin secara adekuat. Status kompensasi ini disebut sebagai periode *honeymoon*, secara khas bertahan untuk tiga sampai 12 bulan proses berakhir ketika massa sel beta yang berkurang tidak dapat memproduksi cukup insulin untuk meneruskan

kehidupan. Klien menjadi bergantung kepada pemberian insulin eksogem (diproduksi di luar tubuh) untuk bertahan hidup.

1. Diabetes Mellitus tipe 2

Pathogenesis DM tipe 2 berbeda signifikan dari DM tipe 1 .Respon terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespon peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai *desensitisasi,* dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Rasio *proisulin*(prekurso insulin) terhadap insuli tersekresi juga meningkat.

Proses patofisiologi ke 2 dalam DM tipe 2 adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer. Keadaan ini disebut sebagai *resistansi insulin*. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa.Mekanisme penyebab resistansi insulin perifer tidak jelas; namun, ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel. Insulin adalah hormon pembangun (anabolic). Tanpa insulin, tiga masalah metabolic mayor terjadi : 1) penurunan pemanfaatan glukosa, 2) peningkatan mobilisasi lemak, dan 3) peningkatan pemanfaatan protein.

# Komplikasi

1. komplikasi metabolik
	1. Ketoasidosis diabetik
	2. HHNK (Hiperglikemik Non Ketotik)
2. komplikasi
	1. Mikrovaskular kronis (penyakit ginjal dan mata) dan Neuropati
	2. Makrovaskular (MCL, stroke, penyakit vaskular perifer)

# Pemeriksaan Penunjang

1. Glukosa darah sewaktu
2. Kadar glukosa darah puasa
3. Tes toleransi glukosa

# Penatalaksanaan

1. Tujuannya:
	1. Jangka panjang: mencegah komplikasi
	2. Jangka pendek: menghilngkan keluhan/gejala DM
2. Penatalaksanaan DM
	1. Diet

Perhimpunan Diabetes Amerika dan Persatuan Dietetik Amerika Merekomendasikan = 50-60% kalori yang berasal dari:

1. Karbohidrat 60-70%
2. Protein 12-20% 3) Lemak 20-30%
	1. Obat hipohlikemik oral (OHO)
3. Sulfonilurea: obat golongan sulfonylurea bekerja dengan cara:
4. Menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan
5. Menurunkan ambang sekresi insulin
6. Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa
7. Biguanid: menurunkan kadar glukosa darah tapi tidak sampai dibawah normal
8. Inhibitor α glukosidase: menghambat kerja enzim αglukosidase di dalam saluran cerna; sehingga menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia pasca prandial.
9. Insulin sensiting agent: thoazahdine diones meningkatkan sensitivitas insulin, sehingga bisa mengatasi masalah resistensi insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia, tetapi obat ini belum beredar di indonesia
10. Insulin:

Indikasi gangguan:

* 1. DM dengan berat badan menurun dengan cepat
	2. Ketoasidosis asidosis laktat dengan koma hiperosmolar
	3. DM yang mengalami stresberat (infeksi sistemik, operasi berat, dll)
	4. DM dengan kehamilan atau Dm gestasional yang tidak terkendali dalam pola makan
	5. DM tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemia oral dengan dosis maksimal (kontraindikasi dengan obat tersebut)

Insulin oral / suntikan dimulai dari dosis rendah, lalu dinaikkan perlahan, sedikit demi sedikit sesuai dengan hasil pemeriksaan gula darah pasien.

1. Latihan

Latihan dengan cara melawan tahanan dapat menambah laju metabolisme istirahat, dapat menurunkan BB, stres dan menyegarkan tubuh. Latihan menghindari kemungkinan trauma pada ekstremitas bawah, dan hindari

latihan dalam udara yang sangatpanas / dingin, serta pada saat pengendalian metabolik buruk.

Gunakan alaskaki yang tepat dan periksa kaki setiap hari sesudah melakukan latihan.

# Konsep Askep Pada Pasien Diabetus Militus

# Pengkajian

1. Identitas

Menanyakan nama pasien, usia pasien, agama, bahasa yang sering di gunakan berkomunikasi menanyakan alamat pasien, pekerjaan pasien

1. Keluhan utama

Menanyakan pada pasien kronologi awal mula pasien sakit sampai pasien masuk rumah sakit

1. Riwayat penyakit dahulu

Menanyakan pada pasien apakah adanya riwayat penyakit DM atau penyakit lainnya yang ada kaitannya dengan penyalit pankreas, adanya riwayat jantung, obesitas, penggunaan obat- obatan yang biasanya yang di gunakan seperti obat diabet.

1. Riwayat penyakit keluarga

Menanyakan penyakit menurun, sehingga silsilah keluarga sangat berdampak pada penyakit ini

1. Pemeriksaan fisik
2. Status keadaan umum, meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital
3. Kepala dan leher. Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, penglihatan kabur/ganda, diplopia, serta lensa mata keruh.
4. Pernafasan (B1/*Breathing*)

Berupa sesak napas, batuk, sputum, nyeri dada, pada penderita DM mudah terjadi infeksi

1. Sirkulasi dan kardiovaskuler (B2/*Blood*)

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis

1. Neurosensoris (B3/*Brain*)

Terjadi penurunan sensoris, paresthesia, anesthesia, letargi, mengantuk, reflex lambat, kacau mental, disorientasi.

1. Eliminasi (B4/*Bladder*)

Poliuria, retensio urine, inkontinensia urine, serta rasa panas atau sakit saat berkemih.

1. Gastrointestinal (B5/*Bowel*)

Terdapat polipagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen, obesitas

1. Musculoskeletal (B6/*Bone*)

Penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangrene di ekstremitas

* + 1. **Diagnosa** (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
1. Resiko defisit nutrisi(SDKI D.0032)
2. Gangguan integritas kulit (SDKI D.0129)
3. Resiko cidera (SDKI D.0136)
4. Nyeri akut (SDKI D.0077)
5. Ketidaksetabilan kadar glukosa dalam darah (SDKI D.0027)

# Perencanaan keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktifitas keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan, serta mencegah masalah keperawatan pasien.

1. Resiko defisit nutrisi (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Tujuan : kekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik

Kriteria Hasil :

* 1. frekuensi mkan sedang (3) mendaji membaik (5)
	2. nafsu makan sedang (3) menjadi membaik (5)
	3. membran mukosa sedang (3) menjadi membaik (5) Intervensi (tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Observasi:
1. Identivikasi status nutrisi
2. Identivikasi kebutuhan kalori dan nutrisi Terapiotik:
3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
4. Berikan suplemen makanan

Edukasi:

1. Anjurkan posisi duduk
2. Ajarkan diet yang terprogram

Kolaborasi:

a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah zigi untuk pasien

1. Gangguan integritas kulit (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019) Tujuan : luka yang ada di kaki pasien membaik

Kriteria Hasil :

1. Kerusakan jaringan dari sedang (3) menjadi menurun (5)
2. Kerusakan lapisan kulit dari sedang (3) menjadi menurun (5)

4. Nyeri dari sedang (3) menjadi menurun (5)

Intervensi (tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Observasi :

a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapiotik :

1. Gunakan bahan petrolium atau minyak pada kulit
2. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi :

* 1. Anjurkan menggunakan pelembab
	2. Anjurkan minum air yang cukup
	3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
1. Resiko cidera (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019) Tujuan : tingkat cidera pada pasien menurun

Kriteria Hasil :

1. Kejadian cidera dari sedang (3) menjadi menurun (5)
2. Luka/lecet dari sedang (3) menjadi (5)
3. Iritabilitas dari sedang (3) menjadi (5)

Intervensi (tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Observasi :

a. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah Terapiotik :

1. Gunakan alas kaki yang anti slip
2. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan
3. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai
4. Diskusikan bersama anggota keluarga yang menunggu pasien

Edukasi :

1. Jelaskan alasan intervensi pemcegahan jatuh ke pasien dan keluarga
2. Ajarkan ganti posisi secara perlahan dan duduk secara perlahan
3. Nyeri akut (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019) Tujuan : tingkat nyeri yang di alami pasien menurun

Kriteria Hasil :

1. Keluhan nyeri dari sedang (3) menjadi menurun (5)
2. Meringis dari sedang (3) menjadi menurun (5)
3. Sikap protektif dari sedang (3) menjadi menurun (5)
4. Gelisah dari sedang (3) menjadi menurun (5)
5. Berfokus pada diri sendiri dari sedang (3) menjadi menurun (5)

Intervensi (tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi sekala nyeri
3. Identifikasi nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapiotik :
5. Berikan teknik non farmakologi
6. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi :
7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
8. Ajarkan teknik non farmakologis

Kolaborasi :

a. Kolaborasi pemberian analgesik

1. Ketidaksetabilan kadar glukosa dalam darah (tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Tujuan : kadar glukosa darah berada pada rentang normal Kriteria Hasil :

a. Tingkat kadar glukosa darah dalam rentang normal (<120 mg/dL) Intervensi (tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Observasi :

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. identivikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
3. monitor kadar glukosa Terapeutik :
4. berikan asupan cairan oral
5. konsultasi dengan medis jika ada gejala hiperglikemia Edukasi :
6. anjurkan menghindari olahraga saat glukoa lebih 250 mg/dl
7. anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
8. ajarkan pengolahan diabetes (pemberian insulin)

Kolaborasi :

1. kolaborasi pemberian insulin
2. kolaborasi pemberian cairan IV

# Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien.

# Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru.

# Kerangka Masalah

gluconeogenesis

Glukagon

Asidosis

Mual muntah

Ketonemia

BUN 

Ketogenesis

protein

lemak

Osmotic diuresis

glycosuria

i

pH

Defisiensi insulin

**Resiko defisit nutrisi**

**Kekurangan volume cairan (hipovolemia)**

|  |  |
| --- | --- |
| Penurunan pemakaian glukosa oleh sel |  |
| hiperglikemia | **Ketidaksetabilan kadar glukosa dalam darah** |



|  |  |
| --- | --- |
| Nitrogen urine |  |
|  |  | Dehidrasi |
|  |  |
| HemokonsentrasTrombosis |

Aterosklerosis

Makrovaskuler

Mikrovaskuler

Referensi : buku keperawatan medikal bedah(padila, 2012)

Ekstremitas

**Resiko cidera**

**Nyeri akut**

**Ggn. Integritas kulit**

**Gagal ginjal**

Ggn. Penglihatan

Miokard infark

Stroke

Gangren

Nefropati

Retinopati diabetik

Serebral

Jantung

Ginjal

Retina

* Koma
* Kematian

Gambar 2.1 kerangka masalah

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada ibu dengan dengan Diabetes Militus, maka Penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai tanggal 30 Januari 2020 pengkajian pada tanggal 27 juni 2019 pukul 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 428xxx Sebagai berikut

# Pengkajian

# Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny S, Usia 59 tahun, Beragama Islam, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa. Pasien tinggal di daerah Sidoarjo dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, Pasien Masuk Rumah Sakit tanggal 27 Januari 2020 pukul 17.00 WIB.

# 3.1.2. Keluhan Utama

pasien mengatakan cenat-cenut di bagian telapak kaki kiri

# Riwayat Penyakit Sekarang

pasien sering kontrol ke RS Royal Surabaya. Kontrol mengenai luka di bagian kaki pasien di sebelah kanan pada tanggal 27 Januari 2020 pasien datang lagi ke RS Royal untuk periksa karena kaki pasien bengkak sampai ke paha. Saat dilakukan pemeriksaan dokter meminta pasien untuk opname untuk kamar di RS Royal penuh dan dirujuk ke RSAL. saat dirujuk ke RSAL pasien menuju ke IGD

26

pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 17.00 WIB dan dilakukan anamnesa dan dilakukan perawatan. Hasil anamnesa perawat, ditemukan luka sebesar 3 cm terdapat pus. Perawat memasang infus NS 500 cc 14 tpm dan injeksi antrain 1 gr perawat melakukan pembersihan luka dengan cairan NS. Pasien langsung dibawa keruangan B1 pukul 01.00 WIB pada tanggal 28 Januari 2020. Lalu tindakan perawat ruangan melakukan TTV (TD:240/80 N:90 RR:20 S:36,1) dan mengganti cairan infus asering 28 tpm, injeksi cefoperazone sulbactam 2x1, injeksi metronidazole 3x500, injeksi antrain 3x1, injeksi nevorapid 3x15, lansoprazole 1x30 mg, injeksi lantus 10 unit.

# Riwayat Penyakit Dahulu

pernah mengalami sakit yang diderita kurang lebih 3 bulan yang lalu dan dilakukan operasi di RS Royal Surabaya

# Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit seperti

klien

# Genogram

Keterangan:

= laki-laki

= perempuan

= pasien

 = tinggal serumah  = meninggal

Gambar 3.1 Genogram

# Tanda Tanda Vital

Keadaan umum pasien tampak baik, kesadaran pasien composmentis. TD: 140/80 mmhg, N: 90, RR: 20, S: 36,1,

# Pemeriksaan Fisik

TB: 160 cm, BB sebelum masuk RS: 60 kg, BB setelah masuk RS: 60 kg

1. B1 pernafasan (*Breathing*)

Bentuk dada: Normochest, pergerakan dada: simetris, otot bantu nafas: tidak ada, irama nafas: reguler, pola nafas: eupnea, suara nafas: vesikuler, suara nafas tambahan: tidak ada, sesak nafas: tidak ada, batuk: tidak ada, sputum: tidak ada. Sianosis: tidak ada

1. B2 kardiovaskuler (*Blood*)

Ictus cordis: teraba, nyeri dada: tidak ada, irama jantung: ireguler, bunyi jantung: S1 S2 tunggal. CRT: >3 detik, akral: hangat kering merah, oedema: ada (dibagian kaki kanan), hepatomegali: tidak ada, perdarahan: tidak ada

1. B3 persarafan (*Brain*)

GCS *eye*: 4 verbal: 5 motorik:6 total: 15 Refleks fisiologis: Biceps:

+/+ triceps: +/+ patella:+/+ Refleks patologis: Kaku kuduk: -/- brunziski I : -/ brunziski II : -/- kernig:-/-. Nervus kranial Nervus I: klien dapat membedakan bau makanan. Nervus II: klien mengatakan penglihatannya jelas, lapang ke segala arah. Nervus III: klien dapat berkedip secara spontan. Nervus IV: klien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan kanan. Nervus V: klien dapat membuka rahang saat berbicara, bentuk bibir simetris. Nervus VI: klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan bawah. Nervus VII: klien dapat membuka rahang saat berbicara, pengucapan jelas. Nervus VIII: klien dapat mendengar dengan jelas, klien tidak menggunakan alat bantu dengar. Nervus IX: klien tidak ada gangguan menelan, nafsu makan normal, makan tinggi kalori tinggi protein. Nervus X: klien tidak ada gangguan makan, tidak ada refleks muntah. Nervus XI:

klien dapat mengangkat kedua tangan dan bahu. Nervus XII: klien dapat menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri. Nyeri kepala: tidak ada. Paralisis: tidak ada. Bentuk hidung : Septum ada, di tengah. Polip: tidak ada. Kelainan: tidak ada. Wajah dan penglihatan: Mata: simetris Pupil: isokor, Konjungtiva: anemis, Telinga: simetris, tidak menggunakan alat bantu: tidak ada. Untuk lidah bersih.

1. B4 perkemihan (*Bladder*)

Kebersihan: bersih, eksresi normal, Kandung kemih tidak ada distensi tidak ada nyeri pada perkemihan, Eliminasi urin SMRS frek: 3-4x sehari jumlah kurang lebih 1000cc , Warna kuning keruh. Eliminasi urin MRS frek: 4-5x sehari, jumlah urin kurang lebih 1200 cc. Warna kuning jernih tidak ada alat bantu kateter

1. B5 pencernaan (*Bowel*)

Mulut pasien bersih, membran mukosa pasien lembab, tidak ada gigi palsu. Diit SMRS makan 3x sehari (nasi lauk pauk, suka makan manis) Minum 5- 6 gelas sehari + teh manis di pagi hari. Diit di RS TKTP. pasien makan dengan normal. tidak ada rasa muntah, tidak ada rasa mual. Pasien di rumah sakit makan bubur. Pasien tidak menggunakan NGT. Pasien habis setengah porsi. pasien minum 7 gelas sehari. bentuk perut pasien tidak asites. Pasien SMRS BAB 2 hari sekali berwarna kuning lembek. Saat MRS pasien belum pernah BAB tidak ada colostomi

1. B6 *muskuluskeletal* dan intergumen (*bone*)

Rambut dan kulit kepala pasien bersih. tidak ada gatal di kulit pasien.

Warna kulit pasien sawo matang. Turgor kulit pasien elastis. Tidak ada fraktur.

ROM:

4444 5555

4444 5555

Gambar 3.2 ROM

# Endokrin

Tidak ada pembesaran KGB (kelenjar getah bening). Pasien mengidap penyakit Diabetus Militus dan kadar gula darah 346 mg/dl nilai normal <120.

# Seksual Reproduksi

Menstruasi terakir pasien pada umur 49 tahun, Pemeriksaan payudara sendiri tiap bulan Tidak rutin

# Personal Hygine Tabel 3.1 Personal Hygine

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 1 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 1 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 1 |
| Alat bantu berupa |  |  |
| Berjalan | 1 | 3 |
| Niak Tangga | 1 | 3 |
| Berbelanja | 1 | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Memasak | 1 |  |
| Pemeliharaan rumah | 1 |  |
| Berpindah | 1 | 3 |

Keterangan

Skor 1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat 4: Tergantung/ tdk mampu

# Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Tgl pemeriksaan: 28 Januari 2020

# Tabel 3.2 Laboraturium

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | HCT | 30.1 % | 37.0 -54.0 |
| **2** | **HGB** | **10.0 g/dl** | **13.2 – 17.3** |
| 3 | MCH | 30.1 pg | 27.0 – 34.0 |
| 4 | MCHC | 33.2 g/dl | 32.0 – 36.0 |
| 5 | MCV | 90.8 fl | 80.0 – 100.0 |
| 6 | MPV | 10.3 fl | 6.5 – 12.0 |
| **7** | **PCT** | **0.297%** | **0,108 – 0,282** |
| 8 | PDW | 16.3 | 15.0 – 17.0 |
| 9 | PLT | 288 10’3/ul | 150.0 – 450.0 |
| 10 | RBC | 3.31 10’6/ul | 3.5 – 5.5 |
| 11 | RDW-CV | 11.7 % | 11.0 – 10.0 |
| 12 | RDW-SD | 39.8 fl | 35.0 – 56.0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13** | **WBC** | **14.17 10’3/ul** | **4.0 – 10.0** |
| 14 | BUN | 20 mg/dl | 10 – 24 |
| 15 | KLORIDA | 98.2 mmol/dl | 95.0 – 105.0 |
| **16** | **GULA DARAH****ACAK** | **346 mg/dl** | **<120.0** |
| 17 | KALIUM | 3.67 mmol/l | 3.00 – 5.00 |
| 18 | KREATININ | 0.9 mg/dl | 0.6 – 1.5 |
| **19** | **NATRIUM** | **133.4 mmol/l** | **135.0 – 147.0** |



Gambar 3.3 Thorax

# Terapi Medis

Nama : Ny S Umur : 59 tahun

tanggal : 28 januari 2020

# Tabel 3.3 Obat

IGD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Injeksi antrain | 500 mg | IV | Memghilangkan rasa nyeri |
| 2 | Infus NS | 500 mg |  | Menambah cairan dalamtubuh |

Tanggal 28 Januari 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Injeksi antrain | 500 mg | IV | Menghilangkan rasa nyeri |
| 2 | Lanzoprazole | 30 mg | IV | Mengatasi asam lambung |
| 3 | Candesarton | 8 mg | IV | Menurunkan tekaan darah |
| 4 | Lantus | 10 unit | Sc | Obat anti diabetik |
| 5 | Cefoprazole | 500 mg | IV | Antibiotik, menanganiinfeksi bakteri |
| 6 | Infusmetronidazole | 500 mg |  | Anti biotik |
| 7 | Pan novorapid |  | SC | Mengurangi tingkat guladarah |

# Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA (SYMPTOM)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (problem)** |
| 1 | Ds : pasien mengatakan kaki cenat cenutDo:1. tampak meringis
2. bersikap protektif
3. gelisah
4. sulit tidur

e. TD : 140/80, S : 36,1 RR : 20, N : 90P : nyeri talapak kaki Q : tertusk jarumR : telapak kaki kanan S : 1-10 (4 sedang)T : hilang timbul | Agen pencidera fisik | Nyeri akut (D0077) |
| 2 | Ds : pasien mengatakan sakit pada luka telapak kakiDo :1. Kerusakan jaringanatau lapisan kulit

Panjang luka 3 cm Lebar luka 2 cm Kedalaman luka 0,5 cmKeadaan luka : merah, pus,1. Nyeri
 | Kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas jaringan | Gangguan integritas kulit/jaringan (D0129) |
| 3 | Ds : pasien mengatakan lemasDo :a. Gula darah acak 346 mg/dl | Resistensi insulin | Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D0027) |

# Prioritas Masalah

Tabel 3.5 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah****Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1 | Ketidakstabilan kadarglukosa darah | 28 Januari2020 | **-** | ***Erich*** |
| 2 | Nyeri akut | 28 Januari2020 | **-** | ***Erich*** |
| 3 | Gangguan integrisaskulit/jaringan | 28 Januari2020 | **-** | ***Erich*** |

# Intervensi

Tabel 3.6 Intervensi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa****Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| **1.** | Ketidakstabilan kadar glukosa darah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam klien memiliki kadar glukosa darah yang stabil dengan Kriteria Hasil:-Tingkat kadar glukosa darah dalam rentang normal (<120 mg/dL) | Observasi1. identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
2. identivikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
3. monitor kadar glukosa terapeutik
4. berikan asupan cairan oral
5. konsultasi dengan medis jika ada gejala hiperglikemia

edukasi1. anjurkan menghindari olahraga saat glukoa lebih 250 mg/dl
2. anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
3. ajarkan pengolahan diabetes (pemberian insulin)

kolaborasi1. kolaborasi pemberian insulin
2. kolaborasi pemberian cairan
 | Observasimencari penyebab hiperglikemiaapa penyebab pasien membutuhkan insulin yang meningkatcek kadar glukosa pasien terapiotik1. untuk menambah cairan dalam tubuh
2. kolaborasi dengan dokter edukasi
3. jangan olahraga saat gula darah di atas 200 mg/dl
4. selalu cek gula darah mandiri
5. untuk mengetauhi cara pemberian insulin

kolaborasi1. agar pasien tau cara menggunakan
2. untuk menambah cairan
 |

37

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | IV | tubuh pasien |
| **2** | Nyeri akut | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jamtingkat nyeri menurunKH :* keluhan nyeri (2 cukup meningkat sampai menurun 5)
* meringis (3 sedang sampai menurun 5)
* sikap protektif (3 sedang sampai menurun 5)
* gelisah (3 sedang sampai menurun 5)
* kesulitan tidur (3 sedang sampai menurun 5)
 | Observasi1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi sekala nyeri
3. Identifikasi nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapiotik1. Berikan teknik non farmakologi
2. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi
3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
4. Ajarkan teknik non farmakologis

Kolaborasi1. Kolaborasi pemberian analgesik | observasi1. Mengetauhi lokasi dan kualitas nyeri pasien
2. Mengetauhi tingkat rasa nyeri pasien
3. Pasien memberikan nilai dalam bentuk gambar nyeri
4. Mencari faktor rasa nyeri

Terapiotik1. Memberikan teknik relaksasi
2. Arahkan pasien untuk tidur

Edukasi1. Agar mengetauhi penyebab nyeri
2. Mengajarkan teknik relaksasi

Kolaborasi1. Untuk menghilangkan rasa sakit |

38

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | Gangguan integritas kulit / jaringan | setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan integritas pada kulit teratasi dengan kriteria hasil :* kerusakan jaringan (3 sedang sampai menurun 5)
* kerusakan lapisan kulit (3 sedang sampai menurun 5)
* nyeri (3sedang sampai menurun 5)
 | Observasi1. identifikasi penyebab gagguan integitas kulitterapiotik1. gunakan bahan petrolium atau minyak pada kulit
2. hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

edukasi1. anjurkan menggunakan pelembab
2. anjurkan minum air yang cukup
3. ajurkan meingkatkan asupan nutrisi
4. senam kaki diabet kolaborasi

1. rawat luka | Observasi1. mencari penyebab gangguan kulit pasienterapiotik1. agar pasien selalu nyaman
2. agar kulit pasien selalu kering dan tidak merasakan rasa nyeri

edukasi1. agar luka pasien selalu lembab
2. untuk mengganti cairan dalam tubuh pasien
3. untuk membantu menambah nutrisi pasien

kolaborasi1. agar luka diabet menjadi luka bersih dan sehat |

39

# Implementasi

Tabel 3.7 Implementasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Waktu (tgl &****jam)** | **Tindakan** | **Tt** | **Waktu (tgl & jam)** | **Catatan perkembangan (SOAP)** | **Tt** |
| **1** | 28 januari 2020 08.0009.00 | * memonitor kadar glukosa Cek GDA
* memberikan asupan cairan oral
* ajarkan pengolahan diabetes (pemberian insulin)

-kolaborasi pemberian insulin |  | 28 januari 202014.00 | S **=** pasien mengatakan lemasA **=-** kadar glukosa masih tinggi A = masalah belum teratasiP = intervensi di lanjutkan |  |
|  |  |  |  | ***Erich*** |
|  | 09.30 |  |  |  |
|  | 11.30 |  |  |  |
| **2** | 08.0009.0012.00 | * mengIdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
* memberikan teknik non farmakologi
* menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
* melakukan kolaborasi pemberian analgesik
 |  | 14.00 | S : pasien mengatakan rasanyeri masih kerasaO : pasien masih meringisMasih bersikap protektif terhadap luka Kesulitan untuk tidur karena sakitA : masalah belum teratasi P : Intervensi di anjutkan | ***Erich*** |

40

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | 08.0009.0010.00 | * mengidentifikasi penyebab gagguan integitas kulit
* anjurkan minum air yang cukup
* edukasi pasien untuk menggunakan bahan petrolium atau minyak pada kulit
* Perawatan luka pada telapak kaki bagian kanan
 |  | 14.00 | S : Pasien mengatakan kebas di telapak kaki O : luka pasien mulai bersihPus sudah tidak ada Warna luka merahA : Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan | ***Erich*** |

41

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Waktu**Jam & tgl | **Tindakan** | **Tt** | **Waktu**Jam & tgl | **Catatan perkembangan**(SOAP) | **Tt** |
| **1** | 29 januari202008.00 | * memonitor kadar glukosa Cek GDA
* memberikan asupan cairan oral

-kolaborasi pemberian insulin |  | 14.00 | S : pasien mengatakan badan merasa enteng dari sebelumnyaO : gula darah pasien menurun menjadi 220 A : masalah belum teratasiP : intervensi dilanjutkan | ***Erich*** |
|  | 11.00 |  |  |  |
| **2** | 08.00 | * mengIdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
* memberikan teknik non farmakologi
* menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
* melakukan kolaborasi pemberian analgesik
 |  | **14.00** | S : P : pasien mengatakan sakit sudah menurunQ : seperti di gigit semutR : telapak kaki bagian kanan S : 2 ringanT : hilang timbulO : pasien tampak sedikit kesakitan yang hilang timul saat akan di pegangA : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan |  |
|  | 09.00 |  |  |
|  |  |  | ***Erich*** |
|  | 11.00 |  |  |
| 3 | 08.00 | * anjurkan minum air yang cukup
* edukasi pasien untuk menggunakan bahan petrolium atau minyak pada kulit
* melakukan rawat luka di bagian telapak kaki kanan
 |  | **14.00** | S : pasien mengatakan tidak kebas lagi O : terdapat nanah di dalam luka pasien A : masalah belum teratasiP : intervensi di lanjutkan | ***Erich*** |

42

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N0 | WaktuTgl & jam | Tindakan | Tt | WaktuTgl & jam | Catatan perkembangan(SOAP) | Tt |
| 1 | 30 januari202008.0011.00 | * memonitor kadar glukosa Cek GDA
* memberikan asupan cairan oral

-kolaborasi pemberian insulin |  | 14.00 | S : pasien mengatakan badannya terasa enakO : gula darah pasien 190 mg/dl A : masalah teratasi sebagianP : intervensi di lanjutkan | ***Erich*** |
| 2 | 09.0011.00 | * memberikan teknik non farmakologi
* menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
* melakukan kolaborasi pemberian analgesik
 |  | 14.00 | S : pasien mengatakan tidak merasakan nyeri di bagian kakiO : - pasien mulai beradaptasi dengan kondisi sekarang* Sudah tidak meringis kesakitan
* Protektif menurun
* Tidak gelisah dengan keadaan sekarang
* Pasien sudah bisa tidur A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan | ***Erich*** |
| 3 | 08.00 | * rawat luka telapak kaki bagian kanan
* anjurkan minum air yang cukup
* edukasi pasien untuk menggunakan bahan petrolium
 |  | 14.00 | S : pasien mengatakan jari kaki tidak sakit saat di gerakkanO : - luka bersih dan kulit elastis* kerusakan lapisan kulit
* masih terasa nyeri
 | ***Erich*** |

43

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | atau minyak pada kulit |  |  | A : masalah teratasi sebagianP : intervensi dilanjutkan |  |

44

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus di ruang B1 Rumkital Dr.Ramelan Surabaya yang melputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

# Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan mejelasakan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan yaitu pasien mengalami polidiuria, gula darah pasien tinggi, adanya luka di bagian telapak kaki bagian kanan, ini adalah tinjauan pustaka yang didapatkan pada keluhan utama pada pasien. Riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat alergi. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital meliputi keadaan pasien, kesadaran pasien, tekanan darah, nadi, RR, suhu, tinggi badan, dan berat badan. Lalu melakukan pemeriksaan B1 –B6.

45

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada di Tinjauan pustaka ada 5 yaitu :

* + 1. Resiko defisit nutrisi.
		2. Gangguan integritas kulit.
		3. Resiko cidera.
		4. Nyeri akut.
		5. Ketidaksetabilan kadar glukosa dalam darah.

Dari lima diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi insulin
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas jaringan

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Militus disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

# Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan mengunakan kreteria hasil yang mengacu pada pencapaiaan tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan mengunakan

sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (efektif).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kreteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kreteria hasil yang telah ditetapkan.

# Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pewujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauaan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan telah direalisasikan pada pasien dan ada pendokomentasian dan intervensi keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada yinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaam klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yng 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 saranya dan

prasaranya di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

# Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapt dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahuai keadaan pasien dan masalahnya secara langsung

Pada saat melakukan evaluasi ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Ketidakstabilan kadar glukosa darah setelah dilakukan perawatan 3x24 jam kondisi gula darah pasien berangsur menurun dari tanggal 28 januari 2020 sampai 30 januari 2020. Tetapi gula darah pasien belum stabil masih di atas normal 190 mg/dl. Pasien masih melakukan perawatan secara rutin. Diagnosa kedua Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien sudah tidak merasakan sakit sudah beradaptasi dengan kondisi pasien. Masalah teratasi pada tanggal 30 januari 2020. Diagnosa ketiga gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas kulit setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam kondisi luka pasien menjadi lebih bersih dan cairan pus nya mengurang. Masalah teratasi sebagian pada tanggal 30 januari 2020

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Mellitus di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus.

# KESIMPULAN

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes militus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut.

Pada saat pengkajian pasien diabetes militus ditemukan kadar glukosa yang tinggi dan luka pada kaki bagian telapak kanan. Masalah yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi insulin kriteria hasilnya tingkat kadar glukosa darah pasien dalam rentang normal <120 mg/dl. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik kriteria hasilnya pasien tidak merasakan rasa sakit lagi dan nyaman saat berjalan. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas kulit kriteria hasilnya luka yang berada di bagian telapak kaki kanan menjadi bersih dan tidak ada pus lagi.

49

# SARAN

Bertolak dari kesimpulan diatas peulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapt bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Militus.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang rofesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal khususnya pengetahuan dalam bidang kesehatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

andra saferi wijaya, yessie marisa. (2013). *KMB 2 keperawatan medikal bedah*. Imelda, S. (2019). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya diabetes*

*Melitus di Puskesmas Harapan Raya Tahun 2018*. *8*(1), 28–39. padila. (2012). *buku ajar keperawatan medikal bedah*.

tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *standar diagnosis keperawatan indonesia*. tim pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *standar intervensi keperawatan indonesia*. tim pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *standar luaran keperawatan indonesia*.

Nabyl R. A cetakan 1, 2012. *Panduan Hidup Sehat Mencegah dan Mengobati Diabetes Militus* (Edisi Revisi). Yogyakarta : Aulia Publishing

Rendi M.Clevo & Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Medical Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta. Nuha Medika

Amin Huda N dkk. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis* Jilit 1. Jogjakarta : Mediaction Publishing

Tarwoto, et al. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta : Trans info medika.

Suriadi dan Rita,2010. *Diabetus militus*. Bandung : info medika.

# SOP PERAWATAN LUKA

**Pengertian**

Penggantian/mengganti balutan untuk membantu dalam proses penyembuhan luka.

# Tujuan

1. Menghilangkan sekresi yg menumpuk & jaringan mati pada luka insisi.
2. Mempermudah proses penyembuhan luka.
3. Mengurangi pertumbuhan mikroorganisme terhadap luka/insisi.

# Pengkajian

1. Mengkaji program/instruksi medik mengenai prosedur rawat luka, type balutan, & frekuensi ganti balut.
2. Mengkaji type & lokasi luka/insisi.
3. Mengkaji tingkat nyeri klien & kapan terakhir mendapat obat penghilang nyeri.
4. Mengkaji riwayat alergi pada obat atau plester.

# Intervensi Persiapan Alat :

1. Set ganti balut steril (pinset cirrurgis, pinset anatomis, kasa, & lidi kapas).
2. Kasa steril tambahan atau bantalan penutup (apabila butuh).
3. Handuk.
4. Handscoen bersih & handscoen steril.
5. Handuk.
6. kapas bulat
7. lidi kapas steril.
8. Bethadine,
9. Korentang steril.
10. Alkohol 70% 11.Nierbeken/bengkok.

12.Baki instrumen/meja dorong & perlak / pengalas. 13.Kantong plastik tempat sampah.

# Persiapan Klien :

1. Menjelaskan kepada klien beserta keluarga mengenai tujuan & prosedur tindakan yg akan segera dilakukan.
2. Menjamin atas pemenuhan kebutuhan privacy klien.
3. Mengatur ketinggian tempat tidur untuk memudahkan tindakan yang akan dilakukan.

# Implementasi

1. Mencuci tangan.
2. Menyiapkan & mendekatkan peralatan.
3. Membuka set ganti balut.
4. Menambahkan kasa steril & lidi kapas steril secukupnya kedalam set ganti balut.
5. Menggunakan handscoen bersih.
6. Meletakkan handuk menutup bagian tubuh privasi klien yg terbuka.
7. Meletakkan perlak di bawah luka.
8. Mengatur posisi yg nyaman & tepat buat perawatan luka.
9. Membuka plester searah tumbuhnya rambut & membuka balutan dengan cara hati-hati, masukkan balutan kotor kedalam kantong plastik yg telah disediakan.
10. Membuka handscoen bersih & ganti dengan handscoen steril. 11.Membersihkan seputar luka dengan alkohol swab :
11. Membersihkan dari arah bagian atas kebawah disetiap sisi luka dengan arah ke luar menjauh dari luka (1 alkohol swab buat 1 kali usapan).
12. Membersihkan sisi sebelah luka dari bagian atas ke bawah diikuti sisi sebelahnya dengan arah usapan menjauhi dari area lokasi luka (1 alkohol swab untuk 1 kali usapan).
13. Mengolesi luka dengan bethadine mulai sejak dari tengah luka.
14. Selanjutnya menutup luka dengan kasa steril, & lakukan fiksasi dengan plester pada area pinggiran kasa pembalut.
15. Menuliskan tanggal & diwaktu mengganti balutan pada plester & tempelkan pada balutan.
16. Merapihkan klien & membereskan alat-alat. 18.Melepaskan handscoen & mencuci tangan.

# Evaluasi

1. Mengevaluasi respon serta toleransi klien selama, & sesudah prosedur.
2. Mengevaluasi kebutuhan frekuensi ganti balut.
3. Mengevaluasi adanya tanda-tanda alergi terhadap plester.
4. Mengevaluasi adanya tanda-tanda infeksi & adanya cairan luaka juga karakteristiknya.

# Dokumentasi

1. Mencatat lokasi, type luka & kondisi luka insisi.
2. Mencatat kondisi luka sebelumnya.
3. Mencatat cairan atau obat yg digunakan utk merawat luka.
4. Mencatat respon serta toleransi klien selama, & setelah prosedur.