# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG A1 RSPAL**

**Dr.RAMELAN SURABAYA**

**Description: Description: akper3**

**Oleh :**

**ALFINA DAMAYANTI, S.,Kep.**

**NIM. 2130105**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

# 

# KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RUANG A1 RSPAL**

**Dr.RAMELANSURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

**Description: Description: akper3**

**Oleh :**

**ALFINA DAMAYANTI, S.,Kep.**

**NIM. 2130105**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

# SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2021

penulis



**ALFINA DAMAYANTI., S,Kep.**

**NIM. 2130105**

# 

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : ALFINA DAMAYANTI

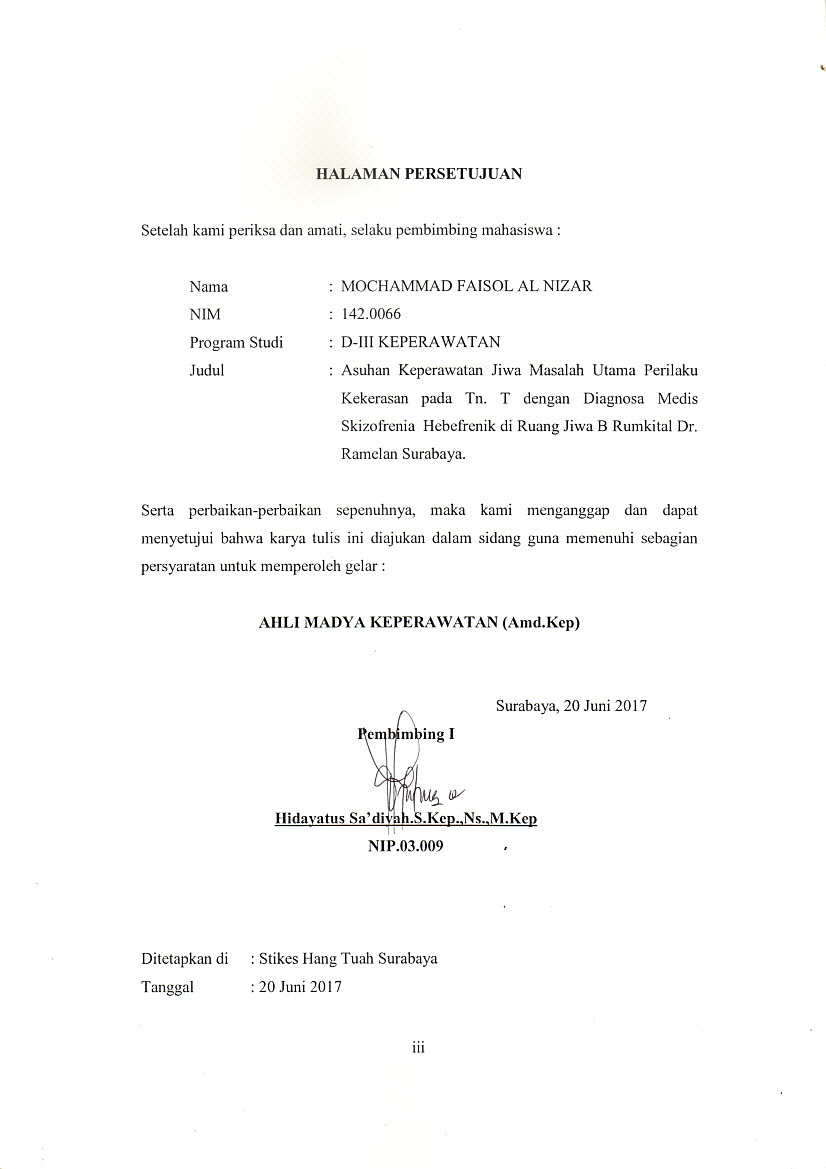
NIM : 2130105

Program Studi : Pendidikan profesi ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan diagnose diabetes melitus tipe 2 di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

**NERS (Ns)**

**Surabaya, Juni 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pembimbing I** | **Pembimbing II** |
| **Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep** | **Muharini,S.Kep.,Ns** |
| **NIP.03.049** | **NIP. 196410171987032005** |

# 

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Alfina Damayanti, S.Kep.

NIM : 2130105

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Adengan diagnose diabetes melitus tipe 2 di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji I** | **Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M Sc.**  **NIP.03006** |  |
| **Penguji II** | **Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  **NIP. 03.049** |  |
| **Penguji III** | **Muharini,S.Kep.,Ns**  **NIP. 196410171987032005** |  |

|  |
| --- |
| **Mengetahui,**  **STIKES Hang Tuah Surabaya**  **Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners** |
| **Dr.Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes.**  **NIP.03009** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

# KATA PENGANTAR

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 Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI AL dr. Gigih Imanta j., Sp.PD., Finasim., M.M. selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama (Purn) TNI AL Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dr.Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes,selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M Sc selaku Penguji terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Muharini,S.Kep.,Ns selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Ibu Anik Puji Lestari, S.KM selaku kepala ruangan A1 yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk mengambil data di ruang A1
9. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
10. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
11. 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 Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka 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 Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

# DAFTAR ISI

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**KARYA ILMIAH AKHIR i**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iii**

**HALAMAN PENGESAHAN iv**

**KATA PENGANTAR v**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR TABEL xi**

**DAFTAR GAMBAR xii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiii**

**DAFTAR SINGKATAN xiv**

**BAB I PENDAHULUAN 1**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan masalah 3

1.3 Tujuan penulisan 4

1.3.1 Tujuan Umum 4

1.3.2 Tujuan Khusus 4

1.4 Manfaat penulisan 4

1.5 Metode penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8**

2.1 Konsep Diabetes Melitus 8

2.1.1 Definisi 8

2.1.2 Etiologi 9

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi 10

2.1.4 Patofisiologi 14

2.1.5 Klasifikasi 16

2.1.6 Manisfestasi Klinis 18

2.1.7 Komplikasi 19

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 20

2.1.9 Penatalaksanaan Medis 21

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan 22

2.2.1 Asuhan Keperawatan Teori 22

2.3 Diagnosa Keperawatan 24

2.4 Intervensi Keperawatan 25

2.5 WOC 33

2.6 Implementasi Keperawatan 34

2.7 Evaluasi Keperawatan 34

**BAB 3 TINJAUAN KASUS 35**

3.1 Pengkajian 35

3.1.1 Identitas 35

3.1.2 Keluhan Utama 35

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 35

3.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu 36

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga 36

3.1.6 Riwayat Alergi 36

3.1.7 Genogram 37

3.1.8 Keadaan Umum Pasien 37

3.1.9 Pemeriksaan Fisik B1-B6 38

3.1.10 Pemeriksaan Fisik Perpola 42

3.2 Pemeriksaan Penunjang 43

3.2.1 Pemeriksaan Laboratorium 43

3.3 Analisa Data 46

3.4 Prioritas Masalah Keperawatan 47

3.5 Intervensi Keperawatan 48

3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan 51

**BAB 4 PEMBAHASAN 62**

4.1 Pengkajian 62

4.1.1 Identitas Pasien 62

4.1.2 Keluhan Utama 63

4.1.3 Riwayat Penyakit Masa Lampau 63

4.1.4 Keadaan Umum 63

4.1.5 Pemeriksaan Fisik B1-B6 64

4.1.6 Sistem Endokrin 67

4.1.7 Pola Istirahat Tidur 68

4.1.8 Pemeriksaan Penunjang (Darah Lengkap) 69

4.1.9 Pemberian Terapi 69

4.2 Diagnosa Keperawatan 70

4.3 Intervensi Keperawatan 73

4.4 Implementasi Keperawatan 75

4.5 Evaluasi Keperawatan 78

**BAB 5 PENUTUP 80**

5.1 Simpulan 80

5.2 Saran 81

**DAFTAR PUSTAKA 83**

**LAMPIRAN 85**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN 1**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Pemeriksaan penunjang darah lengkap 37

Tabel 3.2 Terapi obat 38

Tabel 3.3 Analisa data asuhan keperawatan 39

Tabel 3.4 Intervensi keperawatan 40

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi 43

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Pankreas 9

Gambar 2.2 Palau Langerhans 11

Gambar 2.3 Hormon insulin 12

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Curriculum Vittae 80

Lampiran 2 MOTTO DAN PERSEMBAHAN 86

Lampiran 3 STANDART OPERASIONAL PROSEDUR 90

# 

# DAFTAR SINGKATAN

# DM : Diabetes Melitus

DMTI : Diabetes Melitus Tergantung Insulin

IDDM : Insulin Dependen Diabetes Melitus

RNA : Ribonukleat Acid

BB : Berat Badan

TD : Tekanan Darah

KAD : Ketoasidosis Diabetik

OAD : Obat Anti Diabetic

IDF : *International Diabetes Federation*

DMTTI : Diabetes Melitus Tidak Tergantung Insulin

HLA : *Human Leucocyte Antigen*

NIDDM : *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*

HHS : *Hyperosmolar Hyperglycemic State*

WHO : *World Health Organization*

# 

# BAB I

# PENDAHULUAN

# Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan hiperglikemia dan intoleransi glukosa yang terjadi karena kelenjar pankreas tidak dapat memproduksi insulin secara adekuat yang atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Diabetes Melitus diklasifikasikan menjadi diabetes tipe 1, yang dikenal sebagai insulin-dependent atau childhoodonset diabetes, ditandai dengan kurangnya produksi insulin dan DM tipe 2, yang dikenal dengan non insulin dependent atau adult onset diabetes, disebabkan ketidakmampuan tubuh menggunakan insulin secara efektif yang kemudian mengakibatkan kelebihan berat badan dan kurang aktivitas fisik (Ito et al,2010). Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu dari penyakit kronis yang paling sering ditemukan dalam layanan kesehatan primer (Chen et al, 2013).

*International Diabetes Federation* (IDF) mencatat bahwa prevalensi diabetes di dunia yakni sebesar 1,9%. Angka tersebut menjadikan diabetes melitus sebagai penyebab kematian ke 7 didunia (International Diabetes Federation, 2014). Prevalensi diabetes melitus pada penduduk dewasa diIndonesia yaitu sebesar 6,9% ditahun 2013 kemudian melonjak keangka 8,5% ditahun 2018. WHO memprediksi bahwa kenaikan jumlah penyandang diabetes melitus di Indonesia dari 8,4 juta tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030.

Di Provinsi Jawa Barat prevalensi DM berdasarkan diagnosis adalah 0,8%, dimana 8 dari 9 kota di Jawa Barat dengan prevalensi>1%. Diabetes mellitus telah menjadi salah satu penyebab kematian terbesar di wilayah kerja Rumah sakit

Arjawinangun, Kabupaten Cirebon Jawa Barat yaitu 7,30 %. (12) Pada tahun 2010 jumlah pasien yang terdata sebagai pasien rawat jalan pengidap penyakit diabetes mellitus adalah 1.287 pasien dengan riwayat kasus baru ada 325 orang. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah pasien rawat jalan pasien Diabetes Melitus adalah 1.505 pasien dengan riwayat kasus baru 529. Sedangkan data pasien inap pengidap penyakit Diabetes Melitus adalah 69 orang dengan jumlah meninggal adalah 3 orang (Kemenkes, 2010). Hasil data studi pendahuluan bulan oktober sampai desember 2021 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya terdapat jumlah 15 kasus kejadian Diabetes Melitus.

Diabetes melitus biasa disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Penyakit yang akan ditimbulkan antara lain gangguan pengelihatan katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk atau gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya (Zieve, 2012). Keluhan pada penderita diabetes disebabkan oleh banyak hal diantaranya karakteristik individu meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, riwayat penyakit, dan dapat mempengaruhi juga dengan faktor penanganan yang meliputi diet, aktivitas fisik, terapi obat, dan pemantauan glukosa darah (Trisnawati, 2013).

Penyebab komplikasi Diabetes Melitus sangat kompleks dan melibatkan beberapa sebab, diantaranya kurangnya aktivitas dan tidak menjaga pola makan pada penderita Diabetes Melitus. Pada pasien yang memiliki dua faktor tersebut mengakibatkan tubuh tidak bisa diserap sel tubuh dengan baik menjadi energy yang menimbulkan penumpukan glukosa yang pada umunya ditandai dengan kegemukan, oleh sebab itu betapa beresikonya orang dengan kelebihan berat badan. Pola makan yang tidak terkontrol juga mengakibatkan kadar glukosa dalam darah menjadi tidak stabil sehingga mengakibatkan penderita sering berkeringat pada saat malam hari dan juga sering buang air kecil, tidak jarang tubuhnya sering merasa kesemutan karena peredaran darah yang tidak lancar karena penumpukan glukosa

Peranan perawat disini dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan Diabetes Melitus akan memberikan dampak positif bagi penderita Diabetes Melitus mengenai diet dan juga olah raga serta penggunaan obat Diabetes Melitus yang tepat. Semua harus dijalankan untuk mengatasi masalah dan komplikasi Diabetes Melitus serta perawat memberikan edukasi cara perawatan yang baik dan benar sehingga glukosa darah dapat stabil dan mengurangi resiko dari komplikasi yang lebih parah.

## Rumusan masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan ini maka penulis melakukan kajian asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagosa diabetes melitus tipe 2 di ruang A1 RSPAL Dr. RAMELAN Surabaya dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut. “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus di ruang A1 RSPAL DR RAMELAN Surabaya?”

## Tujuan penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ini adalah mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus di ruang A1 RSPAL Dr. RAMELAN Surabaya.

### 1.3.2 Tujun Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetesmelitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasiendengan diagnosa diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Membahas asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## Manfaat penulisan

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

1. Akademis, hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
2. Bagi pelayanan kesehatan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada diabetes melitus dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus.

## Metode penulisan

1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mepelajari, megumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data dikumpulkan melalui rekam medis maupun tim kesehatan lainnya

1. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap pasien yang diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboraturium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. **Sumber Data**
2. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari anak, baik berupa observasi maupun pemeriksaan fisik.

1. Data sekunder

Data yang diperoleh dari rekam medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Kepustakaan**

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas. Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mepelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengatar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, 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 anemia serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, bab ini berisi tentang perbandingan antara teori dan fakta yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, bab ini berisi tentang simpulan dan saran

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

# 

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## Konsep Diabetes Melitus

### Definisi

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smelzer, 2017). Diabetes mellitus, diabetes melitus berasal dari (bahasa Yunani: *diabaínein*, tembus atau pancuran air) (bahasa Latin: mellitus, rasa manis) yang juga dikenal di Indonesia dengan istilah penyakit kencing manis adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis, termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat (Shadine, 2017).

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit kronik yang terjadi ketika pankreas tidak cukup dalam memproduksi insulin atau ketika tubuh tidak efisien menggunakan insulin itu sendiri. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula darah. Hiperglikemia atau kenaikan kadar gula darah, adalah efek yang tidak terkontrol dari diabetes dan dalam waktu panjang dapat terjadi kerusakan yang serius pada beberapa sistem tubuh, khususnya pada pembuluh darah jantung (penyakit jantung koroner), mata (dapat terjadi kebutaan), ginjal (dapat terjadi gagal ginjal) (Tarwoto, 2018).

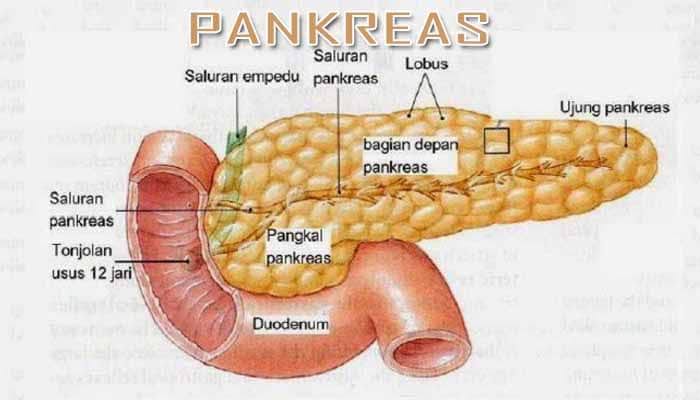
### Etiologi

1. Diabetes Melitus Tergantung insulin (DMTI) tipe 1

Menurut (Tarwoto, 2018). Diabetes yang tergantung pada insulin diandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh :

1. Faktor genetik : Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yang memililiki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi dan proses imun lainnya.
2. Faktor imunologi : Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibodyterarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.
3. Faktor lingkungan : Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destuksi sel β pancreas.
4. Diabetes melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) tipe 2
5. Usia, Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun.
6. Obesitas.
7. Pada wanita, riwayat DM gestasional, sindrom ovarium polikistik atau melahirkan bayi dengan berat lebih dari 4,5 kg.
8. Hipertensi (≥ 130/85 pada dewasa), kolesterol HDL ≥ 35 mg/dl dan atau kadar trigliserida ≥ 250 mg/dl.

### Anatomi dan Fisiologi

****

Gambar 2.1 Pankreas

( Sumber Rustama, 2017).

Pankres terletak melintang di bagian atas abdomen di belakang gaster di dalam ruang retroperitonial. Di sebelah kiri ekor pankreas mencapai hilus linpa di arah kronio dorsal dan bagian atas kiri kaput pankreas di hubungkan dengan corpus pankreas oleh leher pankreas yaitu bagian pangkreas yang lebarnya biasanya tidak lebih dari 4 cm, arteri dan vena mesentrika superior berada di leher pankreas bagian kiri bawah kaput pangkreas ini disebut processus unsinatis pangkreas (sylvia, 2018).

Pangkreas terdiri dari 2 jaringan utama yaitu:

1. Asinus, yang mengekresikan pencernaan kedalam duedenum.
2. Pulau langerhans, yang tidak mempunyai alat untuk mengeluarkan getahnya namun sebaliknya mensekresikan insulin dan glukagon langsung kedalam darah. Pangkreas manusia mempunyai 1-2 juta pulau langerhans, setiap pulau langerhans hanya berdiameter 0-3 mm dan tersusun mengelilinggi pembuluh darah kapiler.

Pulau langerhans mengandung 3 jenis sel utama, yakni sel–alfa, beta dan delta. Sel beta yang mencakup kira kira 60% dari semua sel terletak terutama di tengah setiap pulau dan mensekresikan insulin. Granula sel B merupakan bungkusan insulin dalam sitoplasma sel.

Tiap bungkusan bervariasi antara spesies 1 dengan yang lain. Dalam sel B, muloekus insulin membentuk polimer yang juga komplek dengan seng. Perbedaan dalam bentuk bungkusan ini mungkin karena perbedaan dalam ukuran polimer atau akregat seng dari insulin. Insulin disintesis dalam retikulum endoplasma sel B, kemudian di angkut ke aparatus kolgi, tempat ini dibungkus didalam granula yang diikat membran. Kranula ini pergerak ke dinding sel oleh satu proses yang tampaknya sel ini yang mengeluarkan insulin kedaerah luar gengan exsositosis. Kemudian insulin melintasi membran basalis sel B serta kapiler berdekatan dan endotel fenestrata kapiler untuk mencapai aliran darah (Lewis, 2017).

1. Fisiologi pankreas

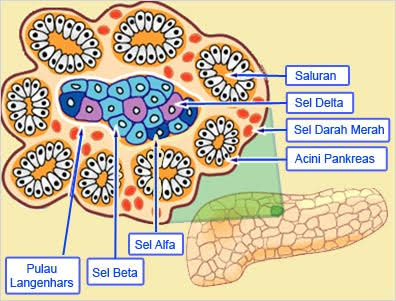
Pangkreas disebut sebagai organ rangkap, mempunyai 2 fungsi yaitu sebgai kelenjar eksokrin dan kelenjar endokrin. Kelenjar eksokrin menghasilkan sekret yang mengandung enzim yang dapat menghidrolisis protein, lemak, dan karbohidrat, sedangkan endokrin menghasilkan hormon insulin dan glukagon yang memegang peranan penting pada metabolisme karbohidrat. Kelenjar pankeas dalam mengatur metabolisme glukosa dalam tubuh berupa hormon-hormon yang disekresikan oleh sel-sel di pulau langerhans. Hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai hormon yang merendahkan kadar glukosa darah yaitu insulin dan hormon yang dapat meningkatakan glukosa darah yaitu glukagon (sylvia, 2018).

Pankreas dibagi menurut bentuknya :

1. Kepala (kaput) yang paling lebar terletak dikanan rongga abdomen, masuk lekukan sebelah kiri duodenum yang praktis melingkarinya.
2. Badan (korpus) menjadi bagian utama terletak dibelakang lambung dan didepan vetebra lumbalis pertama.
3. Ekor (kauda) adalah bagian runcing disebelah kiri sampai menyentuh pada limpa (lien).
4. Fisiologi insulin

Menurut (Wilson, 2019). Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel di pulau langerhans menyebabkan timbulnya pengaturan secara langsung sekresi beberapa jenis hormon lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon, somatostatin, menghambat sekresi glokagon dan insulin. Pankreas menghasilkan :

1. Garam NaHCO3 : membuat susah basah
2. Karbonhidrase : amilase ubah amilum maltose
3. Pulau langerhans

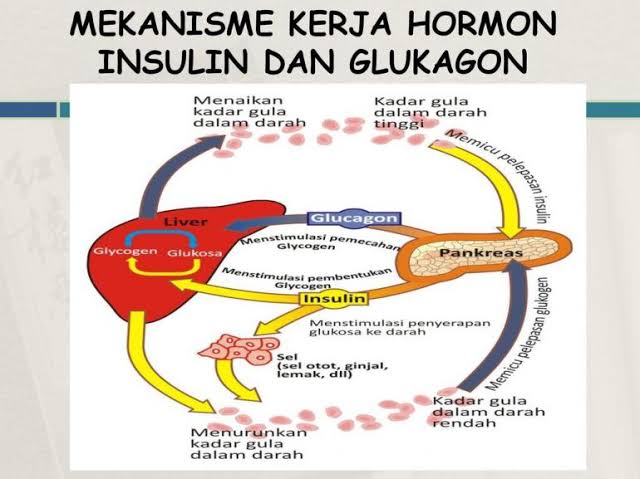


Gambar 2.2 Palau Langerhans

(Sumber Shadine, 2017).

Kepulauan langerhans membentuk organ endrokrin yang mengekresikan insulin, yaitu sebuah hormon antidiabetik, yang diberikan dalam pengobatan diabetes. Insulin adalah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh enzim enzim pencernaan protein dan karena itu tidak diberikan melalui mulut melainkan dengan suntikan subkutan. Insulin mengendalikan kadar glukosa dan bila digunakan sebagai pengobatan dalam hal kekurangan seperti pada diabetes, memperbaiki kemampuan sel tubuh untuk mengasorbsi dan menggunakan glukosa dan lemak (sylvia, 2018).

4) Hormon insulin



Gambar 2.3 Hormon insulin

(Sumber Tjandra, 2019)

Menurut (Wilson, 2019). Insulin merupakan protein kecil, terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lainya dihubungkan oleh ikatan disulfida. Bila kedua rantai asam amino dipisahkan, maka aktifitas fungsional dari insulin akan hilang. Translasi RNA insulin oleh ribosom yang melekat pada reticulum endoplasma membentuk preprohormon insulin melekat erat pada reticulum endoplasma, membentuk pro insulin, melekat erat pada alat golgi, membentuk insulin, terbungkus granula sekretorit dan sekitar seperenam lainnya tetap menjadi pro insulin yang tidak mempunyai aktifitas insulin. Insulin dalam darah beredar dalam bentuk yang tidak terikat dan memiliki waktu paruh 6 menit. Dalam waktu 10-15 menit akan dibersihkan dari sirkulasi

### Patofisiologi

Patofisiologi Diabetes Mellitus (DM) dikaitkan dengan ketidakmampuan tubuh untuk merombak glukosa menjadi energi karena tidak ada atau kurangnya produksi insulin di dalam tubuh. Insulin adalah suatu hormon pencernaan yang,dihasilkan oleh kelenjar pankreas dan berfungsi untuk memasukkan gula ke dalam sel tubuh untuk digunakan sebagai sumber energi. Pada penderita Diabetes Mellitus, insulin yang dihasilkan tidak mencukupi sehingga gula menumpuk dalam darah (Agoes, 2019).

Patofisiologi pada Diabetes Mellitus tipe 1 terdiri atas autoimun dan nonimun.Pada autoimun-mediated Diabetes Mellitus, faktor lingkungan dan genetik diperkirakan menjadi faktor pemicu kerusakan sel beta pankreas. Tipe ini disebut tipe 1-A. Sedangkan tipe non-imun, lebih umun dari pada autoimun Tipe nonimun terjadi sebagai akibat sekunder dari penyakit lain seperti pankreatitis atau gangguan idiopatik (Dewi, 2018). Diabetes Mellitus tipe 2 adalah hasil dari gabungan resistensi insulin dan sekresi insulin yang tidak adekuat hal tersebut menyebabkan predominan resistensi insulin sampai dengan predominan kerusakan sel beta. Kerusakan sel beta yang ada bukan suatu autoimun mediated. Pada Diabetes Mellitus tipe 2 tidak ditemukan pertanda auto antibody.Pada resistensi insulin, konsentrasi insulin yang beredar mungkin tinggi tetapi pada keadaan gangguan fungsi sel beta yang berat kondisinya dapat rendah Pada dasarnya resistensi insulin dapat terjadi akibat perubahan-perubahanyang mencegah insulin untuk mencapai reseptor (praresptor), perubahan dalam pengikatan insulin atau transduksi sinyal oleh resptor, atau perubahan dalam salahsatu tahap kerja insulin pascareseptor (Rustama, 2017).

### Klasifikasi

Menurut American Diabetes Association (ADA), (2015), klasifikasi Diabetes Melitusatau DM yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional, dan DM tipe lain. Namun jenis DM yang paling umum yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2 (American Diabetes Association, 2018).

1. Diabetes Mellitus

Tipe 1 Diabetes Mellitus tipe 1 merupakan kelainan sistemik akibat terjadinya gangguan metabolik glukosa yang ditandai dengan hiperglikemia kronik. Keadaan ini disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas baik oleh proses autoimun maupun idiopatik. Proses autoimun ini menyebabkan tubuh kehilangan kemampuan untuk memproduksi insulin karena sistem kekebalan tubuh menghancurkan sel yang bertugas memproduksi insulin sehingga produksi insulin berkurang atau terhenti (Rustama, 2017)

Diabetes Mellitus tipe 2 dapat menyerang orang semua golongan umur, namun lebih sering terjadi pada anak-anak.Penderita DM tipe 1 membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol glukosa darahnya (IDF, 2015). Diabetes Mellitus tipe ini seringdisebut juga Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM), yang berhubungan dengan antibody berupa Islet Cell Antibodies (ICA), Insulin Autoantibodies(IAA), dan Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies (GADA). 90% anak-anak penderita IDDM mempunyai jenis antibodi ini (Wilson, 2019).

1. Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes Mellitus tipe 2 atau yang sering disebut dengan Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) adalah jenis Diabetes Mellitus yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 85% pasien DM. Keadaan ini ditandai oleh resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif. Diabetes Mellitus tipe ini lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun, tetapi dapat pula terjadi pada orang dewasa muda dan anak-anak (Rustama, 2017).

Pada tipe ini, pada awalnya kelainan terletak pada jaringan perifer (resistensi insulin) dan kemudian disusul dengan disfungsi sel beta pankreas (defek sekresi insulin), yaitu sebagai berikut : (PERKENI, 2018).

1. Sekresi insulin oleh pankreas mungkin cukup atau kurang, sehingga glukosa yang sudah diabsorbsi masuk ke dalam darah tetapi jumlah insulin yang efektif belum memadai.
2. Jumlah reseptor di jaringan perifer kurang (antara 20.000-30.000) pada obesitas jumlah reseptor bahkan hanya 20.000.
3. Kadang-kadang jumlah reseptor cukup, tetapi kualitas reseptor jelek, sehingga kerja insulin tidak efektif (insulin binding atau afinitas atau sensitifitas insulin terganggu)
4. Terdapat kelainan di pasca reseptor sehingga proses glikolisis intraselluler terganggu.
5. Adanya kelainan campuran diantara nomor 1,2,3 dan 4. DM tipe 2 ini Biasanya terjadi di usia dewasa. Kebanyakan orang tidak menyadari telah penderita diabetes tipe 2, walaupun keadaannya sudah menjadi sangat serius. Diabetes tipe 2 sudah menjadi umum di Indonesia, dan angkanya terus bertambah akibat gaya hidup yang tidak sehat, kegemukan dan malas berolahraga (Rustama, 2017).

### Manisfestasi Klinis

Gejala diabetes melelitus seperti rasa haus yang berlebihan, sering kencing terutama pada malam hari, banyak makan atau mudah lapar, dan berat badan turun dengan cepat.Kadang terjadi keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal-gatal, penglihatan kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi di atas 4 kg (Susanti, 2018).

Karakteristik diabetes melitus atau kencing manis diantaranya sebagai berikut (Rustama, 2017).

1. Buang air kecil yang berlebihan
2. Rasa haus yang berlebihan
3. Selalu merasa lelah
4. Infeksi di kulit ‟penglihatan menjadi kabur”
5. Turunnya berat badan

Diabetes Mellitus sering muncul dan berlangsung tanpa timbulnya tanda dangejala klinis yang mencurigakan, bahkan kebanyakan orang tidak merasakan adanya gejala. Akibatnya, penderita baru mengetahui menderita Diabetes Mellitus setelah timbulnya komplikasi. Diabetes Mellitus tipe 1 yang dimulai pada usia muda memberikan tanda-tanda yang mencolok seperti tubuh yang kurus, hambatan pertumbuhan, retardasi mental, dan sebagainya (Agoes, 2019). Berbeda dengan Diabetes Mellitus tipe 1 yang kebanyakan mengalami penurunan berat badan, penderita Diabetes Mellitus tipe 2 seringkali mengalami peningkatan berat badan. Hal ini disebabkan terganggunya metabolism karbohidrat karena hormon lainnya juga terganggu (Dewi, 2018).

Tiga serangkai yang klasik tentang gejala Diabetes Mellitus adalah poliuria (sering kencing), polidipsia (sering merasa kehausan), dan polifagia (sering merasa lapar). Gejala awal tersebut berhubungan dengan efek langsung dari kadar gula darah yang tinggi. Jika kadar gula lebih tinggi dari normal, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Oleh karena ginjal menghasilkan air kemih dalam jumlah yang berlebihan, penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak (poliuria).Akibat lebih lanjut adalah penderita merasakan haus yang berlebihan sehingga banyak minum (polidipsia) (Susanti, 2018).

### Komplikasi

Komplikasi akut terjadi apabila kadar glukosa darah seorang meningkat atau menurun tajam dalam waktu yang singkat. Komplikasi kronik terjadi apabila kadar glukosa darah secara berkeoanjangan tidak terkendali dengan baik sehingga menimbulkan berbagai komplikasi kronik diabetes melitus (Agoes, 2019).

1. Komplikasi Akut

Ketoasidosis Diabetik (KAD) dan Hyperglycemic Hyperosmolar State (HHS) adalah komplikasi akut diabetes . Pada Ketoasidosis Diabetik (KAD), kombinasi defisiensi insulin dan peningkatan kadar hormon kontra regulator terutama epinefrin, mengaktivasi hormon lipase sensitif pada jaringan lemak. Akibatnya lipolisis meningkat, sehingga terjadi peningkatan produksi badan keton dan asam lemak secara berlebihan.Akumulasi produksi badan keton oleh sel hati dapat menyebabkan asidosis metabolik (Dewi, 2018).

1. Komplikasi Kronik

Jika dibiarkan dan tidak dikelola dengan baik, DM akan menyebabkan terjadinya berbagai komplikasi kronik, baik mikroangiopati maupun makroangiopati (sylvia, 2018). Komplikasi kronik DM bisa berefek pada banyak sistem organ. Komplikasi kronik bisa dibagi menjadi dua bagian, yaitu komplikasi vaskular dan nonvaskular. Komplikasi vaskular terbagi lagi menjadi mikrovaskular (retinopati, neuropati, dan nefropati) dan makrovaskular (penyakit arteri koroner, penyakit arteri perifer, penyakit serebrovaskular) (Lewis, 2017).

### Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Suyono, 2017). Manisfestasi klinis dari diabetes melitus adalah :

1. Kadar gula darah
   1. Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan
   2. Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L)
   3. Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8mmol/L)
   4. Glukosa 2 jam post prandial ( >200 mg/dl)
2. Tes Laboratorium DM, jenis tes pada pasien DM dapat berupa tes saring, tes diagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.

### Penatalaksanaan Medis

Menurut (Rustama, 2017) dalam mengelola Diabetes Melitus langkah pertama yang harus dilakukan adalah pengelolaan non farmakologis, berupa perencanaan makan dan kegiatan jasmani. Baru kemudian kalau dengan langkah-langkah tersebut sasaran pengendalian Diabetes Melitus belum tercapai, dilanjutkan dengan langkah berikut, yaitu penggunaan obat/pengelolaan farmakologis

1. Diet

Penderita DM ditekankan pada pengaturan dalam 3 J yakni keteratur jadwal makan, jenis makan, dan jumlah kandungan kalori. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat yang tidak lebih dari 45-65% dari jumlah total asupan energi yang dibutuhkan, lemak yang dianjurkan 20-25% kkal dari asupan energi, protein 10-20% kkal dari asupan energi.

1. Latihan Fisik

Olahraga atau latihan fisik seharusnya dilakukan secara rutin yaitu sebanyak 3-5 kali dalam seminggu selama kurang lebih 30 menit dengan jeda latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Olahraga yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti: jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang (Febrinasari et al., 2020).

1. Penggunaan insulin dan OAD (obat anti diabetic) seperti obat metformin, sulfonilurea.
2. Pemeriksaan gula darah mandiri

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Asuhan Keperawatan Teori

1. Pengkajian
2. Identitas umum

Meliputi nama, usia atau tanggal lahir (Usia (DM tipe I < 30 tahun, DM tipe II > 30 tahun, cenderung meningkat pada usia > 65 tahun)

1. Keluhan utama

Penglihatan kabur, lemas, rasa haus dan banyak kencing, dehidrasi, suhu tubuh meningkat, sakit kepala.

1. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul/lalu 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, haus, pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria.

1. Riwayat penyakit dahulu

Mempunyai riwayat gula darah yang tinggi semasa muda, keluhan kesemutan pada kaki atau tungkai bawah. Diabetes terjadi saat hamil.

1. Riwayat keluarga

Adanya riwayat keluarga yang menderita diabetes mellitus

1. Pengkajian Fisik B1-B6
2. B1 Breathing : pernapasan cepat dan dalam (takipnea), frekuensi meningkat, nafas berbau aseton.
3. B2 Blood

Adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, takikardi, perubahan TD postural, nadi menurun, ulkus pada kaki dan penyembuhan luka yang lama.

1. B3 Brain

Gejala: pusing, kesemutan, parastesia, gangguan penglihatan, mengantuk, letargi, stupor/koma, gangguan memori, refleks tendon menurun, kejang.

1. B4 Bladder / Perkemihan

Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, kesulitan berkemih, nyeri tekan abdomen, menjadi oliguria/anuria bila terjadi hipovolemia berat.

1. B5 Bowel / pencernaan

mual, muntah, anoreksia, penurunan berat badan, diare, bising usus meningkat, polifagi dan polidipsi. Kelemahan, sulit bergerak, kulit/membran mukosa kering.

1. B6 Muskuloskeletal

Kelemahan, sulit bergerak, kulit/membran mukosa kering, Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, reflek tendon menurun kesemuatan/rasa berat pada tungkai.

## Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan retensi insulin
2. Pola Nafas tidak Efektif berhubungan dengan penurunan energi
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
4. Resiko cedera ditandai dengan perubahan psikomotor
5. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake caira
6. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

## 

## Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ini sesuai dengan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) serta tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) pada pasien diabetes melitus yaitu :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | **Diangnosa**  **(SDKI, 2016)** | **Tujuan dan kriteria Hasil**  **(SLKI, 2018)** | **Intervensi Keperawatan**  **(SIKI, 2018)** |
| 1  2   1. . | **Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah**  **Pola Nafas Tidak Efektif** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal  **Luaran Utama ( SLKI L. 03022)**   1. **Kestabilan Kadar Glukosa Darah** 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 3. Kadar glukosa dalam urine membaik 4. Lelah/lesu menurun   **Luaran Tambahan**   1. **Status Nutrisi** 2. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 4. Sikap terhadap makanan atau minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat   Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat membaik L.01005   1. Penggunaan otot bantu nafas menurun 2. Perpanjangan fase ekspirasi menurun 3. Pernafasan cuping hidung menurun | **Intervensi Utama (SIKI 1.03115)**   1. **Manajemen Hiperglikemia**    * + 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia        2. Monitor kadar glokosa darah        3. Ajarkan pengelolaan diabetes (misalnya penggunaan insulin, obat oran, asupan cairan dan karbohidrat)        4. Kolaborasi pemberian insulin   **Intervensi Pendukung**   1. **Pemantauan Nutrisi** 2. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi 3. Monitor asupan oral 4. Monitor hasil laboratorium 5. **Edukasi Program Pengobatan** 6. Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan 7. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama   Pemantauan respirasi (I.01014)  Observasi   1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *Kussmaul*, *Cheyne-Stokes, Biot,*ataksik 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen   Terapeutik   1. Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan   Edukasi   1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu* |  |
| 2  . | **Perfusi Perifer Tidak Efektif**  **SDKI 2017 (D.0009)** | Setelah diberikan intervensi selama 3x24 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat perfusi perifer meningkat , dengan kriteria hasil L.02011 (perfusi perifer)  1. Warna kulit pucat dari skala(Cukup Meningkat) menjadi skala (menurun)  2. perifer dari skala Cukup Meningkat menjadi mmenurun  3. Nekrosis menurun | **Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)**  **Definisi :** mengidentifikasi dan mengelola ketidaknyamanan pada perubahan sensasi perifer  **Tindakan :**   1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi perifer 2. Monitor terjadinya paresthesia, jika perlu 3. Monitor perubahan kulit 4. Monitor adanya tromboflebitis   **Terapeutik :**   1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)   **Edukasi :**   1. Anjurkan penggunaan thermometer 2. Anjurkan memakai sarung tangan dan kaos kaki   **Kolaborasi :**   1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu |
| 3. | **Resiko Cedera (D.0136)** | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat resiko cedera menurun meliputi  ( D.0023) :  Tingkat cedera   1. Toleransi aktivitas dari menurun menjadi meningkat 2. Kejadian cedera menurun 3. Luka/lecet dari ada menjadi tidak ada | Manajemen keselamatan lingkungan ( I.14513)  Observasi:   1. Identifikasi kebutuhan keselamatan   (mis.kondisi fisik, fungsi kognitif dan  riwayat perilaku)   1. Monitor perubahan status keselamatan   lingkungan  Terapeutik:   1. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan   bahaya dan resiko  Edukasi :   1. Ajarkan individu, keluarga resiko tinggi bahaya   Lingkungan |
| 4 | **Hipovolemia** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan cairan dapat terpenuhi L03020   1. Asupan cairan meningkat 2. Kelembapan membran mukosa meningkat 3. Turgor kulit membaik 4. Tekanan arteri membaik | MANAJEMEN [CAIRAN](https://n2ncollection.com/askep-dengan-risiko-ketidakseimbangan-cairan-d-0036/)  (I.03098)  Observasi   1. Monitor status hidrasi ( mis, frek nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin , BUN) 4. Monitor status hemodinamik ( Mis. MAP, CVP, PCWP jika tersedia)   Terapeutik   1. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam 2. Berikan  asupan cairan sesuai kebutuhan 3. Berikan cairan intravena bila perlu   Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian diuretik,  *jika perlu* |
| 5 | **Defisit nutrisi** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi L 03030   1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun | MANAJEMEN NUTRISI (I. 03119)  Observasi   1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan   Terapeutik   1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein   Edukasi   1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan |

## WOC

Genetik, pola hidup, usia

usia

Virus, obat genetis, autoimun

Jumlah tempat reseptor atau ketidak normalan reseptor insulin intrinsik

Memproduksi auto antibodi pada sel beta

Penggabungan abnormal reseptor insulin dengan sistem transport glukosa

Destruksi sel beta

Sel beta bermasalah

Defisiensi Insulin

Insulinopenia

**Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah**

Sekresi insulin

Hiperglikemia

Diabetes Melitus Tipe 1 dan 2

**B6**

**B3**

**B1**

**B2**

**B4**

**B5**

****

Penimbunan sorbitol di lensa

Produksi glukosa dari simpanan protein

Glukosa di ginjal meningkat

Mikroaneurisma dari arteriola retina

Peningkatan VLDL dari hati

Asidosis metabolik berat

Perubahan dalam jaringan saraf

Kadar keton dan asiosis

Reabsorbsi dalam batas maksimal

Perdarahan neuro vaskularisasi pada jaringan

Kadar kolesterol plasma darah 

Ph plasma

Mengganggu kegiatan metabolik sel

Merangsang pusat pernafasan

Nafas berbau keton

Tekanan osmotik 

CO2 

Kelemahan otot

Dehidrasi

Kebutaan

Hipotensi

Respirasi cepat dan dalam

Bagan : WOC pasien dengan diagnose medis diabetes mellitus (Nurarif, 2017)

**Intoleransi Aktivitas**

**Defisit Nutrisi**

Anoreksia

**Hipovolemia**

**Resiko Cedera**

**Perfusi Perifer Tidak Efektif**

**Pola Nafas Tidak Efektif**

## Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan atau intervensi yang telah di tetapkan, tetapi tidak menutup kemungkinan akan berbeda dari rencana yang ditetapkan, tergantung pada bagaimana kondisi pasien di lapanga (Badan Diklat PPNI Jawa Timur, 2017).

## Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan sebagai penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan sesuai pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian evaluasi keperawatan ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagaian atau timbul masalah baru (Suyono, 2017).

# 

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati pada bulan oktober sampai desember 2021.

## Pengkajian

### Identitas

Pasien adalah seorang laki – laki bernama Tn “A” usia 59 tahun. Pasien MRS pada tanggal 13 Oktober 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Oktober 2021. Pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa indonesia. Pasien adalah seorang suami dan ayah dari kedua anaknya.. Pasien tinggal di Surabaya, Jawa Timur. Pekerjaan pasien adalah PNS disalah satu kantor negara.

### Keluhan Utama

Tn. A mengatakan nyeri di area pinggang

### Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien seorang laki-laki datang ke IGD RSAL subuh jam 03.30 pada tanggal 13-10-2021 dengan keluhan nyeri di area pinggang pasien diantar oleh istri dan anaknya, saat tiba di IGD dilakukan pemeriksaan PCR dengan hasil negativ setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik TD :140/90 mmHg

S : 38,0 c N:108x/menit Spo2: 98 RR: 20x/menit dan dilakukan cek urin, cek leukosit dan gula darah didapatkan hasil leukosit 19.000 dan untuk gula darah

300, istri Tn.A menjelaskan bahwa tidak terdapat masalah pada urine Tn. A dan diberikan terapi infus NS 500cc, injeksi cinam 3x1, kapsul paracetamol 650 mg 3x1, diazepam 3mg dan diberikan buscopan 1 tab. Sebelum dipindah ke ruangan Tn.A dilakukan pemeriksaan GDA dengan hasil 230 mg/dl lalu pasien dipindahkan ke ruangan A1 pada tanggal 13-10-2021 pada jam 08.00 wib dengan terpasang infus Ns 20 tpm dan dilakukan pemeriksaan ulang GDA pada jam 15.00 dengan hasil 180 dan dilakukan pemeriksaan ttv dengan hasil TD: 120/80 mmHg S: 37,0 c, N :108x/menit Spo2: 98 RR: 20 x/menit.

### Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit hipertensi pada tahun 2017 dan pasien mengatakan sampai sekarang masih meminum obat hipertensi amplodipin 5 mg.

### Riwayat Kesehatan Keluarga

Tn. A mengatakan ibunya pernah memiliki riwayat gula darah tinggi.

### Riwayat Alergi

Tn. A mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi pada makanan dan obat

### Genogram

**: Laki-laki**

**: Perempuan**

**: Pasien**

**: Tinggal serumah**

### Keadaan Umum Pasien

Keadaan umum pasien tampak meringis saat nyeri hilang timbul, kesadaran composmentis dengan tanda-tanda vital. TD 120/80, Nadi 89x/menit, S **:** 370C, RR 24 x/menit, CRT < 2 detik,

P: Nyeri agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)

Q : terasa cenut-cenut

R : dibagian pinggang

S : 6 (1-10)

T : hilang- timbul

**Masalah Keperawatan : Nyeri Akut**

### Pemeriksaan Fisik B1-B6

1. **Sistem Pernafasan**

Bentuk dada Normochest dengan pergerakan simetris tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas tidak ada masalah, suara nafas vesikuler, tidak ada sesak nafas, tidak terdapat sputum, pasien tidak tampak sianosis vocal fremitus pasien teraba dimetris, tidak ada suara nafas tambahan, kemampuan aktivitas pasien baik.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)**

Konjungtiva pasien tidak anemis, tidak ada pembesaran vena jugularis, bentuk dada normo chest, pergerakan ictus cordis, CRT < 2 detik, akral hangat, ictus cordis teraba, ictus cordis normal IC4-IC5, irama jantung ireguler, sklera konjungtiva normal, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan di dada, bunyi jantung S1, S2 tunggal tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, akral teraba hangat dan tidak ada perdarahan.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Sistem Persyarafan (*Brain*)**

Tingkat kesadarn pasien secara kuantitatif GCS 4-5-6, secara kualitas tampak tenang, kesadaran composmetis. Persyarafan pada kranial tidak ada masalah:

N I : fungsi penciuman baik antara kanan dan kiri

N II : klien dapat membaca dalam jarak dekat baik mata kanan maupun mata kiri.

N III : gerakan koordinasi mata sesuai perintah, respon pupil terhadap cahaya +/+

N IV : mata tidak juling.

N V : terdapat reflek terhadap sensasi dan reflek mengunyah (+)

N VI : klien mampu melirik kanan- kiri- atas- bawah tanpa menolehkan kepala.

N VII : tidak ada *paralysebell*

NVIII : tidak ada penurunan pendengaran, masih mampu mendengarkan kata- kata yang dibisikkan.

N IX : gerakan uvula simetris dan mampu menarik ke atas, terdapat reflek menelan.

N X : tidak terdapat paralisis

N XI : teraba pergerakan otot trapezius saat mengunyah

N XI : gerakan lidah simetris, tidak terdapat paralisis lidah, psien mampu menarik lidah ke dalam dan menjulurkankannya kembali tanpa kesulitan.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Sistem Perkemihan**

Kandung kemih tidak keras, pasien tidak terpasang kateter, eliminasi uri sebelum masuk rumah sakit frekuensi 5 sampai 6 kali berwarna kuning jernih, tidak ada hematuria, tidak ada distensi kandung kemih,

tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi timpani abdomen.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Sistem Pencernaan**

Mulut tampak bersih, bibir merah muda, tidak terdapat lesi, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, pasien tidak memakai gigi palsu, lidah bewarna merah muda, tidak terdapat lesi ataupun pembengkakan. Bentuk perut datar , gerakan perut sesuai dengan aktifitas pernafasan (mengangkat saat inspirasi dan kembali ke posisi semula saat ekspirasi), tidak ditemukan adanya bekas luka pada area perut. Bising usus 12 x/menit eliminasi alvi sebelum masuk rumah sakit 1x dalam satu hari dengan konsistensi lunak, eliminasi alvi saat masuk rumah sakit 1x dalam 2 hari dengan konsistensi lunak, pasien tidak terpasang colostomi. Tidak ditemukan *shifting dullness* (pemeriksaan pekak alih pada abdomen), pola makan sebelum masuk rumah sakit nasi dan lauk, minum air putih, pola makan saat di rumah sakit Diit tinggi protein rendah karbohidrat, pantangan pasien tinggi gula, frekuensi minum saat di rumah sakit 5 kali jumlah 200 cc jenis air minera, pasien tidak ada muntah

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Sistem Muskuloskletal**

Tidak ada fraktur, tidak ada kelainan pada ekstermitas, kekuatan otot estremitas atas kiri 5555, ekstremitas atas kanan 5555, ekstremitas bawah kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 5555, turgor kulit elastis, tidak ada keterbatasan pada sendi.

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

1. Sistem Pengindraan

Sistem penciuman : bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman, pasien dapat membedakan bau

Sistem pengelihatan dan wajah : mata simetris, tidak ada strabismus, pupil merespon cahaya, konjungtiva tidak anemis,pasien mampu tersenyum simetris, fungsi pendengaran normal, tidak ada kelainan.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. **Sistem Endokrin**

Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan. Terkait dengan Diabetes mellitus kadar gula pasien 300 mg/dl, GDP: 320 mg/dl GD2JPP 380 mg/dl HbA1C 10. Tidak terdapat luka gangren pada tubuh pasien.

**Masalah Keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah**

1. **Sistem Integumen**

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, akral teraba hangat, terdapat kemerahan pada daerah pinggang.

**Masalah Keperawatan : Resiko Infeksi**

1. **Sistem Reproduksi/Genetalia**

Pada sistem reproduksi pasien adalah seorang laki-laki tidak mengalami menstruasi, tidak pernah melakukan pemeriksaan pap smear dan pasien tidak pernah mengalami masalah yang berhubungan dengan penyakit seksual

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### Pemeriksaan Fisik Perpola

1. Pola Istirahat dan Tidur

Saat di rumah Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan nyenyak sebanyak ± 8-9 jam per hari, pasien tidur siang ± 2 jam (12.00-14.00 WIB) dan tidur malam ± 8 jam pada jam (21.00-04.00 WIB). Saat di rumah sakit Pasien mengatakan saat di rumah sakit pasien tidak bisa istirahat, pasien tidur siang ± 1 jam pada jam(13.00-14.00 WIB) , dan tidur malam ± 3 jam pada jam (24.00-02.00 WIB).

**Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur**

1. Kebersihan Diri

Saat di rumah Pasien mengatakan mandi sebanyak 2x/hari, gosok gigi rutin pasien dilaksanakan saat mandi dan malam hari sebanyak 3x/hari, pasien keramas 2 hari sekali, memotong kuku setiap 1 minggu sekali. Saat di rumah sakit Pasien mengatakan kebanyakan kegiatan kebersihan diri di rumah sakit dilakukan secara mandiri, seperti mandi 1x sehari, gosok gigi 2x sehari, pasien tidak melakukan keramas saat di rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Psikososiocultural

Ideal diri pasien pasien berharap cepat sembuh dan selalu diberi kesehatan, gambaran diri terhadap pasien sebelum sakit pasien adalah pekerja PNS, peran diri pasien adalah seorang suami dan seorang ayah bagi 2 anaknya, harga diri pasien merasa tidak nyaman dengan penyakitnya, identitas diri pasien menyukai semua bagian dari tubuhnya, citra tubuh pasien mengangatakan tidak memiliki masalah terhadap pandangan orang lain, hubungan dengan lingkungan sekitar sebelum sakit pasien selalu ikut kegiatan yang ada di sekitar rumahnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## Pemeriksaan Penunjang

### Pemeriksaan Laboratorium

Hasil PCR pada tanggal 13-Oktober-2022 Negatif

Tabel 3.1 pemeriksaan penunjang darah lengkap pada asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa diabetes melitus di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 13 Oktober 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Laboratorium (13 oktober 2021) Jam : 11.28 WIB  PEMERIKSAAN HASIL SATUAN NILAI RUJUKAN HEMATOLOGI  DARAH LENGKAP | | | |
| Leukosit | **20,24** | 10^3/ul | 4.00-10.00 |
| Hemoglobin | **10,00** | g/dl | 13-17 |
| Hematokrit | **29.50** | % | 37.0-47.0 |
| Eritrosit | **3,58** | 10^6/ul | 4.00-5.50 |
| Trombosit | **377.000** | 10^3/ul | 150-450 |
| FUNGSI HATI  SGOT | 13 | U/L | 0-35 |
| SGPT | 10 | U/L | 0-37 |
| DIABETES  GDP | **320** | mg/dl | 74-106 |
| GD2JPP | **380** | mg/dl | <120 |
| GDA | **300** | mg/dl | 74-106 |
| FUNGSI GINJAL  Kreatin | 1,56 | mg/dl | 0.6-1.5 |
| BUN | 22 | mg/dl | 10-24 |
| IMUNOLOGI  PCR SARS-CoV-2 | Negatif |  | Negatif |
| HbA1C | **10** |  | Normal <5. |

Tabel 3.2 terapi obat asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis diabetes melitus di ruang A1 anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Terapi obat | Dosis | Rute | Indikasi |
| 13/10/2021 | Infus Ns  Injeksi Novorapid  Injeksi Cinam  Injeksi Omeprazol  Antrain  Sucralfate  Lactulosa | 28 tpm  3x8 unit  3x1,5mg  2x 40 gram  2x 2,5 gram  3x10 ml  3x10 ml | IV  SC  IV  IV  IV  Per oral  Per oral | Untuk mengatasi kebutuhan cairan dan elektrolit  Untuk memenuhi kebutuhan insulin  Antibiotik  Untuk mengatasi gangguan lambung  Untuk mengatasi demam  Untuk mengatasi nyeri lambung  Untuk mengatasi konstipasi |

Surabaya, 25 Juni 2022



**(Alfina Damayanti)**

## Analisa Data

Tabel 3.3 analisa data asuhan keperawatan pada Tn.A dengan diagnosa diabetes melitus di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data / Faktor Resiko** | **Etiologi** | **Masalah/Problem** |
| DS : pasien mengatakan badannya lemas dan pusing  DO :  GDA : 300 mg/dl  GD2JPP : 380 mg/dl  GDP : 320 mg/dl | Resistensi Insulin | Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah  (SDKI, Hal 71) |
| DS :pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang  P: Nyeri agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : terasa cenut-cenut  R : dibagian pinggang  S : 6 (1-10)  T : hilang-timbul  DO :   * pasien tampak meringis saat nyeri hilang timbul, kesadaran composmentis dengan tanda-tanda vital. TD 120/80, * Nadi 89x/menit, * S **:** 370C, RR 24 x/menit, * CRT < 2 detik,   Faktor Resiko : Supresi respon inflamasi  Terdapat kemerahan diarea pinggang | Agen Pencedera Fisik    - | Nyeri Akut  (SDKI, Hal 172)  Resiko Infeksi |
| DS : Pasien mengatakan sulit tidur, tidur hanya 3 jam terbangun karena merasakan nyeri di punggung  DO :  MRS siang : ± 1 jam (13.00-14.00 WIB)  MRS Malam : ± 3 jam (24.00-02.00 WIB | Kurang kontrol tidur | Gangguan Pola Tidur |

## Masalah Keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin (SDKI, Hal 71)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, Hal. 172)
3. Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi ( SDKI, Hal. 142)
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, Hal D.0055)

## 

## 3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan diabetes melitus di ruang A1

RSPAL Dr. RAMELAN Surabaya.

## 

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tujuan** | **Kriteria** | **Intervensi** |
| 1 | Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Resistensi Insulin (SDKI, Hal 71) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal | 1. Kadar glukosa dalam darah membaik (74-106 mg/dl)  2. Kadar glukosa dalam urine membaik  3. Lelah/lesu menurun | 1. Monitor kadar glukosa darah  2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia  3. Monitor AGD elektrolit  4. Monitor tanda-tanda vital  5. Kolaborasi pemberian insulin  6. Berikan asupan cairan oral  7. Ajarkan pengelolaan diabtes (penggunaan insulin novorapid 8 unit via SC)  8. Anjurkan menghindari aktivitas saat glukosa darah tinggi |
| 2 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (SDKI, Hal. 172) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingakt Nyeri Menurun dengan kriteria hasil :  1) Keluhan nyeri menurun  2) Sikap protektif menurun  3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri  4) Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat  5) Frekuensi nadi 60-100x/menit | 1. Monitor ttv setiap 8 jam  2. Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri setiap 8 jam  3. Pantau respon nyeri non verbal setiap 8 jam  4. Pantau faktor yang dapat memperberat dan memneringan nyeri setiap 8 jam  5. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam)  6. Berikan lingkungan yang nyaman  7. Fasilitas istirahat dan tidur |
| 3 | Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi (SDKI, Hal. 142) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi menurun | 1. Demam tidak ada  2. Kemerahan tidak ada  3. Bengkak tidak ada | 1. Monitor ttv setiap 8 jam  2. Kaji keadaan umum, tanda dan gejala infeksi setiap 8 jam  3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  4. Hasil kolaborasi dengan medic diberikan cinam 3x1,5mg/IV |
| 4 | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang | 1. Keluhan sering terjaga menurun  2. Keluhan tidak puas tidur menurun  3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun  4. Keluhan pola tidur berubah | 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur  2. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit  3. Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur ajarkan relaksasi non farmakologis |

## 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan diabetes melitus di ruang A1

RSPAL Dr. RAMELAN Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  Dx | Hari/Tgl  Jam | Implementasi | Paraf | Hari/Tgl  Jam | No  Dx | Evaluasi formatif SOAP  / Catatan perkembangan | Paraf |
| 1,2,3,4  1,2,3,4  1,2,3,4  2  2,4  2,3  1  1  1  1,2,3,4  1,2,3,4  1,2,3,4  1,2,3,4  2,4  1  1  1,2,3,4  1,2,3,4  1,2,3,4  1  1,2,3,4  1,2,3,4  1  1  1,2,3,4 | Senin 18 Oktober 2021  13.00  13.10  13.15    13.30  14.20  14.25  14.30  16.10    17.00      Selasa, 19 Oktober 2021  13.00  13.25    15.30  15.35  16.00  16.40  17.30    Rabu, 20 Oktober 2021  07.00  07.30  08.00    09.00  10.10  10.20      12.00    13.00  13.10 | Melakukan timbang terima dengan dinas pagi  Mengobservasi pasien TTV, Tensi 120/80 mmHg, Nadi 108x/menit, Suhu 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien  Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan pasien ketika di rumah sakit seperti segera melaporkan ketika kondisi pasien tidak stabil, dll  mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : terasa ditusuk-tusuk, hilang timbul  R : dibagian pinggang  S : 6 (1-10)  T : Hilang timbul  Mengajarkan distraksi tarik nafas dalam jika nyeri muncul, untuk meringankan rasa nyeri pasien, pasien mampu mengikuti seksama  memberikan injeksi cinam 3x1,5mg/ IV  dan antrain 2x 2,5 gram / IV  Anjurkan menghindari aktivitas saat glukosa darah tinggi  Memonitor kadar gula darah pasien dengan hasil 300 mg/dl  memberikan injeksi novorapid sebelum makan makan malam 8 unit via sub cutan  Timbang terima dengan dinas pagi keadaan umum pasien tampak tenang, akral teraba hangat, infus lancar  Melakukan validasi timbang terima langsung ke pasien  Mengobservasi pasien TTV dan GCS (GCS , 4,5,6 Tensi 120/80 mmHg, Nadi 118x/menit, Suhu 36,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit.) dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien    Menganjurkan pasien untuk istirahat, memastikan roda tempat tidur terkunci, pastikan bel pasien terjangkau, pastikan pengaman tempat tidur terpasang  memberikan injeksi cinam 3x1,5mg/ IV dan antrain 2x 2,5 gram / IV  Melakukan test GDA dengan hasil 200 mg/dl  Memberikan injeksi insulin melalui SC novorapid sebanyak 8 unit  Timbang terima dengan dinas malam  Melakukan validasi langsung kepada pasien keadaan umum pasien tampak baik, pasien mengatakan nyeri berkurang  Mengobservasi TTV pasien, Tensi 120/70 mmHg, Nadi 97, Suhu 36,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit.  Melakukan test GDA 120 mg/dl  Mempersiapkan pasien keluar rumah sakit ( melepas infus)  Memberikan edukasi kepada pasien tentang pembatasan makanan seperti beras putih diganti dengan beras merah, dan penggunaan gula khusus untuk penderita diabetes  Memberikan injeksi insulin melalui SC novorapid sebanyak 8 unit  Memberi informasi kepada pasien dan keluarga untuk datang lagi kontrol satu minggu setelah kepulangan pada hari jum’at di poli penyakit dalam  Membantu melepas gelang pasien | AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL    AL  AL    AL  AL  AL  AL | Senin, 18 oktober 2021  18.30      Selasa 19 Oktober 2021  18.30 | O | **Diagnosa 1:**  S: Pasien mengatakan lemas karna gula darahnya tinggi  O: GDA 2jpp 300  TD : 120/80, 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit  A: masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan   1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Kolaborasi pemberian insulin   **Diagnosa 2 :**  S : pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : terasa cenut-cenut  R : dibagian pinggang  S : 6 (1-10)  T : Hilang timbul  O : Pasien terlihat lemas  TD: 120/80 mmHg  S: 37,0 c,  Spo2: 98  RR: 20 x/menit.  A : masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan   1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik tarik nafas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Kolaborasi pemberian analgetic   **Diagnosa 3**  pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : terasa cenut-cenut, hilang timbul  R : dibagian pinggang  S : 6 (1-10)  T : Hilang timbul  O :  Pasien meringis kesakitan  Terdapat kemerahan pada area pinggang  Pasien mengurangi banyak gerak, diam saja  A :  Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan   1. Pantau adanya tanda infeksi setiap 8 jam 2. Kolaborasi pemberian analgetic   **Diagnosa 4**  S : Pasien mengatakan tidak dapat tidur karena merasakan dan tidak nyaman.  O : Pasien hanya tidur  Siang MRS :1 jam (13.00-14.00 WIB)  Malam MRS: 3 jam (24.00-02.00 WIB)  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan   1. Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien. 2. Ajarkan teknik relaksasi   **Diagnosa 1:**  S: Pasien mengeluh lemas  O: GDA 200 mg/dl  Tensi 120/80 mmHg, Nadi 118x/menit, Suhu 36,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit  A: masalah teratasi Sebagian  P: Intervensi dilanjutkan   1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Kolaborasi pemberian insulin   **Diagnosa 2 :**  S : pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sudah mulai berkurang  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : cenut-cenut  R : dibagian pinggang  S : 5  T : Hilang timbul  O : Pasien terlihat lebih rileks dan nyaman  Tensi 120/80 mmHg,  Nadi 118x/menit,  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit.  Pasien meringis kesakitan  Pasien mengurangi banyak gerak, diam saja  A : masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan   1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik tarik nafas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Kolaborasi pemberian analgetic   **Diagnosa 3 :**  S : pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sudah mulai berkurang  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : cenut-cenut  R : dibagian pinggang  S : 5  T : Hilang timbul  O : Pasien terlihat lebih rileks dan nyaman  Tensi 120/80 mmHg,  Nadi 118x/menit,  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit.  Area kulit daerah pinggang terdapat kemerahan  Pasien mengurangi banyak gerak, diam saja  A : masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan   1. Pantau adanya tanda infeksi setiap 8 jam 2. Kolaborasi pemberian analgetic   **Diagnosa 4**  S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur lebih lama.  O : Pasien hanya tidur  Siang MRS :2 jam (13.00-15.00 WIB)  Malam MRS: 5 jam (24.00-05.00 WIB)  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan   1. Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien. 2. Ajarkan teknik relaksasi   **Diagnosa 1 :**  S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan  O : Tensi 120/70 mmHg  Nadi 97  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit  GDA (120)  A: masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan ( Pasien KRS)  **Diagnosa 2 :**  **S** : Pasien mengatakan nyeri punggung berkurang  P : agen pencedera fisik ( Nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang)  Q : cenut-cenut  R : dibagian pinggang  S : 3  T : Hilang timbul  **O :** Tensi 120/70 mmHg  Nadi 97  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit.  A : masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan (Pasien KRS)  **Diagnosa 3**  S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan  O : Tensi 120/70 mmHg  Nadi 97  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit.  A : masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan ( Pasien KRS)  **Diagnosa 4 :**  S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan  O : Tensi 120/70 mmHg  Nadi 97  Suhu 36,0 C  Spo2 98  RR 20 x/menit.  A : masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan (Pasien KRS) | AL  AL    AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL  AL |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Bab ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis diabetes melitus di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 18 Oktober 2021 sampai dengan tanggal 20 Oktober 2021. Pembahasan ini mengenai asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

## Pengkajian

Pada bab 4 dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn.A dengan diagnosa diabetes melitus di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 18 Oktober 2021- 20 Oktober 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan, pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

### Identitas Pasien

Pasien adalah laki – laki bernama Tn “A” usia 59 tahun. Prevalensi diabetes melitus tertiggi terjadi pada kelompok umur diatas 45 tahun sebesar 12,41%, analisis ini juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan kejadian diabetes melitus dengan faktor resikonya yaitu jenis kelamin, status, perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik,kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, indeks masa tubuh lingkar pinggang dan umur (Irawan, 2018).

### 

### Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan saat pengkajian. Tn. A saat masuk rawat inap adalah nyeri punggung, Hal ini sejalan dengan penelitian bahwa penyakit kronis seperti diabetes melitus sangat rentan terhadap gangguan fungsi yang bisa menyebabkan kegagalan pada organ mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah Penyakit kronis seperti DM sangat rentan terhadap gangguan fungsi yang bisa menyebabkan kegagalan pada organ mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah. Gangguan fungsi yang terjadi karena adanya gangguan sekresi insulin dan gangguan kerja insulin maupun keduanya dan ganguan kerja insulin maupun keduanya (Tjandra, 2019).

### Riwayat Penyakit Masa Lampau

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit hipertensi pada tahun 2017

### Keadaan Umum

Pasien datang ke IGD RSAL subuh jam 03.30 pada tanggal 13-10-2021 dengan keluhan nyeri di area pinggang pasien diantar oleh istri dan anaknya, saat tiba di IGD dilakukan pemeriksaan fisik TD :140/90 mmHg S : 38,0 c N:108x/menit Spo2: 98 RR: 20x/menit dan dilakukan cek urin,cek leukosit dan gula darah didapatkan hasil leukosit 19.000 dan untuk gula darah 300 mg/dl, istri Tn.A menjelaskan bahwa tidak terdapat masalah pada urine Tn. A dan diberikan terapi infus NS 500cc, injeksi cinam 3x1, kapsul paracetamol 650 mg 3x1, diazepam 3mg dan diberikan buscopan 1 tab. Lalu pasien dipindahkan ke ruangan A1 pada tanggal 13-10-2021 pada jam 08.00 wib dengan terpasang infus Ns 20 tpm dan dilakukan ttv dengan hasil TD: 120/80mmHg S: 37,0 c, N :108x/menit Spo2: 98 RR;20x/menit saat dilakukan pengkajian nyeri kepada Tn. A mengeluhkan nyeri, Q : terasa ditusuk-tusuk, hilang timbul, R : dibagian pinggang, S : 6, T : saat pagi, siang dan malam hari.

. Hal ini sejalan dengan penelitian kontrol diabetes melitus yang buruk dapat mengakibatkan hiperglikemia dalam jangka panjang, yang menjadi pemicu beberapa komplikasi yang serius baik makrovaskular maupun mikrovaskular seperti penyakit jantung, penyakit vaskuler perifer, gagal ginjal, kerusakan saraf dan kebutaan. Banyaknya komplikasi yang mengiringi penyakit diabetes melitus telah memberikan kontribusi terjadinya perubahan fisik, psikologis maupun sosial (Achmad, 2020).

### Pemeriksaan Fisik B1-B6

* + - 1. Sistem Pernafasan

Bentuk dada Normochest dengan pergerakan simetris tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas tidak ada masalah, suara nafas vesikuler, tidak ada sesak nafa, tidak terdapat sputum, pasien tidak tampak sianosis vocal fremitus pasien teraba dimetris, tidak ada suara nafas tambahan, kemampuan aktivitas pasien baik.

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

Konjungtiva pasien tidak anemis, tidak ada pembesaran vena jugularis, bentuk dada normo chest, pergerakan ictus cordis, CRT < 2 detik, akral hangat, ictus cordis teraba, ictus cordis normal IC4-IC5, irama jantung ireguler, sklera konjungtiva normal, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan di dada, bunyi jantung S1, S2 tunggal tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, akral teraba hangat dan tidak ada perdarahan.

* + - 1. B3 (*Brain/* Persarafan)

Hasil pengkajian pada Tn.A pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* Persarafan) didapatkan, Kesadaran composmentis, Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasein, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutupmata,Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

* + - 1. B4 (*Bladder/* Perkemihan)

Kandung kemih tidak keras, pasien tidak terpasang kateter, eliminasi uri sebelum masuk rumah sakit frekuensi 5 sampai 6 kali dengan jumlah ± 2.500 cc berwarna kuning jernih, sesudah masuk rumah sakit freuensi eliminasi uri sebanyak 4 kali dengan jumlah ± 1500 cc dengan warna kuning sedikit keruh, pasien tidak menggunakan alat bantu.

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

Mulut tampak bersih, bibir merah muda, tidak terdapat lesi, mukosa bibir lembab, gusi merah muda, pasien tidak memakai gigi palsu, lidah bewarna merah muda, tidak terdapat lesi ataupun pembengkakan. Bentuk perut datar , gerakan perut sesuai dengan aktifitas pernafasan (mengangkat saat inspirasi dan kembali ke posisi semula saat ekspirasi), tidak ditemukan adanya bekas luka pada area perut. Bising usus 12 x/menit eliminasi alvi sebelum masuk rumah sakit 1x dalam satu hari denagn konsistensi lunak, eliminasi alvi saat masuk rumah sakit 1x dalam 2 hari dengan konsistensi lunak, pasien tidak terpasang colostomi. Tidak ditemukan *shifting dullness* (pemeriksaan pekak alih pada abdomen), pola makan sebelum masuk rumah sakit nasi dan lauk, minum air putih, pola makan saat di rumah sakit Diit tinggi protein rendah karbohidrat, pantangan pasien tinggi gula, frekuensi minum saat di rumah sakit 5 kali jumlah 200 cc jenis air mineral dan susu, pasien tidak muntah.

* + - 1. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada fraktur, tidak ada kelainan pada ekstermitas, kekuatan otot estremitas atas kiri 5555, ekstremitas atas kanan 5555, ekstremitas bawah kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 5555, turgor kulit elastis, tidak ada keterbatasan pada sendi.

* + - 1. Sistem Pengindraan

Sistem penciuman : bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman, pasien dapat membedakan bau

Sistem pengelihatan dan wajah : mata simetris, tidak ada strabismus, pupil merespon cahaya, konjungtiva tidak anemis,pasien mampu tersenyum simetris, fungsi pendengaran normal, tidak ada kelainan.

* + - 1. Sistem Integumen

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, akral teraba hangat, terdapat kemerahan pada daerah pinggang.

### Sistem Endokrin

Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan. Terkait dengan Diabetes mellitus kadar gula pasien 300 mg/dl. Tidak terdapat luka gangren pada tubuh pasien. Diabetes melitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormon insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (Shadine, 2017). Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi (Waspadji, 2018).

Menurut asumsi peneliti Tn.A mengalami hiperglikemia dengan menggambarkan keadaan dan nilai gula darah acak mencapai 300 mg/dl.

### Pola Istirahat Tidur

Saat di rumah Pasien mengatakan, saat di rumah tidur dengan nyenyak sebanyak ± 8-9 jam per hari, pasien tidur siang ± 2 jam (12.00-14.00 WIB) dan tidur malam ± 8 jam pada jam (21.00-04.00 WIB). Saat di rumah sakit Pasien mengatakan saat di rumah sakit pasien tidak bisa istirahat, pasien tidur siang ± 1 jam pada jam(13.00-14.00 WIB) , dan tidur malam ± 3 jam pada jam (24.00-02.00 WIB). Gangguan tidur membuat kualitas tidur terganggu. Kualitas tidur adalah kepuasan seseorang terhadap tidur, sehingga seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah terangsang dan gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, mata perih, perhatian terpecah-pecah, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk. Kualitas tidur yang buruk seperti OSA *(Obstruktive Sleep Apnea)* juga merupakan salah satu faktor resiko dari DM (Suranto, 2020).

Menurut peneliti Tn.A mengalami gangguan tidur karena mengalami nyeri pada bagian pinggang dan karena terjadi peningkatan pada gula darah yang menyebabkan kualitas tidur menjadi buruk .

### Pemeriksaan Penunjang (Darah Lengkap)

Pada tinjauan kasus gambaran pemeriksaan penunjang darah lengkap pada Tn.A yaitu didapatkan hasil hemoglobin nya berjumlah 10,00 g/dl dari nilai normalnya yaitu 13-17 g/dl. Selanjutnya hasil hematrokit yang berjumlah 29,50% dari hasil normalnya 40.0-54.0%. Tes hitung darah lengkap atau *complete blood count (CBC)* dilakukan untuk mengetahui jumlah, ukuran, volume, dan jumlah hemoglobin pada sel darah merah (Waspadji, 2018).

### Pemberian Terapi

Pasien mendapat terapi injeksiNovorapid 3x8 via *sub cutan* unit untuk memenuhi kebutuhan insulin hal ini sejalan dengan penelitian. Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada diabetes melitus merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi (Arisman, 2019).

## Diagnosa Keperawatan

Pada pasien Tn.A terdapat 3 diagnosa saja yang terjadi pada pasien terkait diabetes melitusnya nya . Secara teori pada tinjauan pustaka terdapat 5 diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien yang mengalami diabetes melitus. Dari diagnosis keperawatan diatas tidak semua terjadi pada pasien. Diagnosa keperawatan pada pasien yaitu :

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin
2. Pola Nafas tidak Efektif berhubungan dengan penurunan energi
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
4. Resiko cedera ditandai dengan perubahan psikomotor
5. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake caira

Adapun alasan dalam mengambil tiga diagnosa tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

* + - 1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin (SDKI, Hal 71)

Data pengkajian yang didapat dari diagnosa tersebut adalah Tn.A mengatakan waktu di IGD kadar gula darah Tn. A mencapai 300 mg/dL pasien sedikit lemas setelah pasien di pindahkan ke ruangan pasien dilakukan cek gula darah lagi dengan hasil 300 mg/dL. Pengendalian diabetes melitus tidak hanya ditujukan untuk menormalkan kadar glukosa darah tetapi juga mengendalikan faktor risiko lainnya yang sering dijumpai pada penderita dengan diabaetes melitus. Pengendalian diabetes melitus dapat dilakukan dengan diet, latihan, pemantauan, terapi dan pendidikan (Notoatmodjo, 2018). Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah muncul sebagai salah satu masalah yang dialami Tn.A berdasarkan teori diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormon insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi (WHO, 2017).

Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosa Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan retensi insulin.

* + - 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Data pengkajian yang didapat dari diagnosa tersebut adalah Tn.A mengatakan nyeri di area punggung. neuropati adalah komplikasi yang terdapat pada syaraf. Kadar gula darah yang tinggi mengakibatkan serat saraf hancur sehingga sinyal ke otak dan dari otak tidak terkirim dengan benar, akibat dari tidak terkirimnya sinyal tersebut maka hilangnya indera perasa, meningkatnya rasa nyeri di bagian yang terganggu (Tjandra, 2019). Masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik muncul sebagai masalah yang dialami Tn. A berdasarkan teori diabetes keluhan subyektif yang mengarah pada komplikasi neuropati yaitu kesemutan. Jika kadar gula darah dikontrol dengan rutin dan baik maka dapat mencegah keluhan yang mengarah pada komplikasi neuropati sehingga keluhan subyektif seperti kesemutan dapat dikendalikan dan kejadian komplikasi khususnya komplikasi neuropati dapat dihindari (Waspadji, 2018).

Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

* + - 1. Resiko Infeksi Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi ( SDKI, Hal. 142) Data pengkajian yang didapat dari diagnosa tersebut adalah terdapat kemerahan pada daerah pinggang Tn. A pada penderita diabetes melitus terjadi perubahan poliferasi sel T dan makrofag serta kegagalan fungsi sel NK dan sel B yang menggambarkan *abnormalitas innate dan adaptive imunity,* respon inflamasi akibat respon imunitas terhadap tingginya glukosa darah serta adanya mediator infllamasi yang dihasilkan oleh *adiposity* dan makrofag pada jaringan lemak, kronik inflamasi merusak sel beta pankreas dan menyebabkan insufisiensi produksi insulin dan hiperglikemia (Achmad, 2020). Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
      2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Data pengkajian yang didapatkan dari observasi kepada pasien dan pasien mengatakan kesulitan untuk tidur karena merasakan nyeri. Kualitas tidur adalah dimana suatu keadaan dimana tidur yang dijalani seorang individu menghasilkan kesegaran dan kebugaran ketika terbangun. Kualitas tidur mencakup aspek kuantitatif seperti durasi tidur, latensi tidur, serta aspek subjektif seperti tidur dalam dan istirahat. Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya (Achmad, 2020). Masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur muncul sebagai masalah yang dialami Tn. A berdasarkan teori diabetes keluhan diabetes melitus merupakan penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan meningkatnya glukosa darah. Kadar gula darah yang tinggi sangat mengganggu konsentrasi untuk tidur nyenyak, dikarenakan seringnya keinginan untuk buang air kecil pada malam hari. Kadang muncul rasa haus yang berlebihan.8 Gangguan tidur merupakan masalah umum yang terjadi pada pasien diabetes melitus dan sebaliknya diabetes melitus juga dapat menimbulkan gangguan tidur akibat adanya keluhan nocturia dan nyeri (Suranto, 2020).

Berdasarkan hasil tersebut penulis mengambil diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

## Intervensi Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteria waktu dalam intervensinya dengan berdasarkan bahwa penulis ingin berupaya memandirikan pasien dengan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku (afektif), dan keterampilan menangani masalah (psikomotor) (Ndun, 2018).

Setiap diagnosa terdapat intervensi masing-masing, pada tinjauan kasus rencana tindakan sama dengan tinjauan pustaka mengenai jumlah intervensinya tetapi berbeda dalam pelaksanaannya sesuai dengan keadaan atau kondisi pasien.

1. Intervensi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan retensi insulin Pada pasien diabetes melitus perlu dilakukan tindakan perawatan manajemen Hiperglikemia **(SIKI 1.03115).** Dimana tujuan dari intervensi tersebut adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal (GDA: 74-106 mg/dl, GDP: 74-106 mg/dl, GD2PP: <120) **( SLKI L. 03022).** Yaitu kadar glukosa dalam darah membaik, Kadar glukosa dalam urine membaik, Lelah/lesu menurun.
2. Intervensi atau perencanaan keperawatan pada diagnose 2 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada pasien diabetes melitus perlu dilakukan tindakan perawatan manajemen Nyeri **(SIKI. 1.08238).** Dimanatujuan dari intervensi tersebut adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri Menurun **(SLKI L.08066).** YaituKeluhan nyeri menurun, ekspresi meringis berkurang, Gelisah menurun, Kesulitan tidur berkurang, Ketegangan otot benurun, Frekuensi nadi 60-100x/menit, Tekanan darah membaik.
3. Intervensi atau perencanaan keperawatan pada diagnose 3 Resiko Infeksi Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi. Pada pasien diabetes melitus perlu dilakukan tindakan Management Pencegahan Infeksi **(SIKI.I.12406).** Dimana tujuan dari intervensi tersebut adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan derajat infeksi menurun **(SLKI L.14137).** Yaitu demam tidak ada, kemerahan tidak ada, bengkak tidak ada
4. Intervensi atau perencanaan keperawatan pada diagnose 4 Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Pada pasien diabetes melitus perlu dilakukan tindakan perawatan Dukungan Tidur **(SIKI.I.05174).** dimana tujuan dari intervensi tersebut adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang Keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun **(SLKI L.05045).**

## Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordnisasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn A yang sebenarnya.

1. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 1 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan retensi insulin pelaksanaan yang dimulai tanggal 18-oktober-2021 sampai dengan tanggal 20-oktber-2021 yaitu pukul 13.00 melakukan timbang terima dengan dinas pagi, pada pukul 13.10 mengobservasi pasien TTV, Tensi 120/80 mmHg, Nadi 108x/menit, Suhu 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit.) dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien ( pasien menagatakan nyeri pada daerah pinggang P : agen pencedera fisik, nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang , Q : terasa cenut-cenut, R: dibagian pinggang, S: 6 (1-10), T : hilang timbul), 13.15 Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan pasien ketika di rumah sakit seperti segera melaporkan ketika kondisi pasien tidak stabil, dll, 14.30 anjurkan menghindari aktivitas saat glukosa darah tinggi, 16.00 memonitor kadar gula darah pasien dengan hasil 300 mg/dl, 17.00 memberikan injeksi novorapid sebelum makan makan malam 8 unit via sub cutan.
2. Pelaksanaan diagnosis keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pelaksanaan yang dimulai 18-oktober-2021 sampai 20-oktober 2021 yaitu pukul 13.00 melakukan timbang terima dengan dinas pagi, 13.10 Mengobservasi pasien TTV tensi 120/80 mmHg, Nadi 108x/menit, Suhu 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit) dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien ( pasien menagatakan nyeri pada daerah pinggang P : agen pencedera fisik, nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang , Q : terasa cenut-cenut, R: dibagian pinggang, S: 6 (1-10), T : hilang timbul), 13.15 Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan pasien ketika di rumah sakit seperti segera melaporkan ketika kondisi pasien tidak stabil, dll, 13.30 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 14.20 Mengajarkan distraksi tarik nafas dalam jika nyeri muncul, untuk meringankan rasa nyeri pasien, pasien mampu mengikuti seksama, 14.25 memberikan injeksi cinam 3x1,5mg/ IV( obat antibiotik dan antrain 2x 2,5 gram / IV ( untuk mengatasi nyeri).
3. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 3 Resiko Infeksi Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi ( SDKI, Hal. 142). Pelaksanaan yang dimulai 18-oktober-2021 sampai 19-oktober 2021 yaitu 13.00 melakukan timbang terima dengan dinas pagi, 13.10 Mengobservasi pasien TTV tensi 120/80 mmHg, Nadi 108x/menit, Suhu 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit) dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien ( pasien menagatakan nyeri pada daerah pinggang P : agen pencedera fisik, nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang , Q : terasa cenut-cenut, R: dibagian pinggang, S: 6 (1-10), T : hilang timbul), 13.15 Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan pasien ketika di rumah sakit seperti segera melaporkan ketika kondisi pasien tidak stabil, dll.
4. Pelaksanaan diagnosis keperawatan 4 Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, Hal D.0055). Pelaksanaan yang dimulai 18-oktober-2021 sampai 19-oktober 2021 yaitu 13.00 melakukan timbang terima dengan dinas pagi, 13.10 Mengobservasi pasien TTV tensi 120/80 mmHg, Nadi 108x/menit, Suhu 37,0 C, Spo2 98, RR 20 x/menit) dan menanyakan keluhan yang dirasakan pasien ( pasien menagatakan nyeri pada daerah pinggang P : agen pencedera fisik, nyeri akibat terdapat inflamasi pada daerah pinggang , Q : terasa cenut-cenut, R: dibagian pinggang, S: 6 (1-10), T : hilang timbul), 13.15 Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan pasien ketika di rumah sakit seperti segera melaporkan ketika kondisi pasien tidak stabil, dll.

## Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disususun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir). Pada tinjauan kasus pada pasien dengan Diabetes Melitus di Ruang A1 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilaksanakan evaluasi dengan membandingkan tujuan dan kriteria hasil dengan hasil implementasi dengan menggunakan kriteria evaluasi subyektif, obyektif, assessment, dan planning, sedangkan hasil terperinci masing-masing diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

* + - 1. Evaluasi diagnosis keperawatan 1 Hasil dari diagnosa Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan retensi insulin ini masalah teratasi dan tujuan tercapai pada tanggal 20 Oktober 2021. Hasil teratasi dilihat dari kriteria hasil pada(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).
      2. Evaluasi diagnosis keperawatan 2 Hasil dari diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ini masalah teratasi dan tujuan tercapai pada tanggal 20 Oktober 2021 . Hasil teratasi dilihat dari kriteria hasil pada(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).
      3. Evaluasi diagnosis keperawatan ke 3 hasil dari diagnosa Resiko Infeksi Resiko Infeksi ditandai dengan supresi respon inflamasi masalah teratasi dan tujuan tercapai pada tanggal 20 Oktober 2021. Hasil teratasi dilihat dari kriteria hasil pada (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).
      4. Evaluasi diagnosis keperawatan 3 Hasil dari diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ini masalah teratasi dan tujuan tercapai pada tanggal 20 Oktober 2021. Hasil teratasi dilihat dari kriteria hasil pada (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

# 

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus di ruang A1 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa diabetes melitus.

## Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian didapatkan data fokus pasien mengalami peningkatan kadar glukosa darah sehingga mengakibatkan peningkatan kadar glukosa sehingga pasien mendapatkan terapi insulin.
2. Masalah yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan retensi insulin, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Beberapa tindakan mandiri adalah mengecek keadaan umum pasien, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering dengan makanan yang mengandung rendah gula, melakukan/ meningkatkan rasa nyaman pasien,
4. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara keluarga dan tenaga kesehatan yang bertugas. Hasil evaluasi pada Tn.A sudah sesuai dengan harapan Tn. A bisa sehat dan kembali pulang ke rumah.

## 

## Saran

Bertolak dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi rumah sakit

Untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatanpada kasus anemia.

1. Bagi institusi pendidikan

Lebih meningkatkan mutu pendidikan guna menambah literature referensi untuk meningkatkan perkuliahan.

1. Bagi pasien

Untuk lebih meningkatkan status kesehatan dan mencegah keparahan penyakit diharapkan memeriksakan diri di tempat-tempat pelayanan kesehatan dan menggunakan tempat pelayanan kesehatan terdekat.

1. Bagi mahasiswa-mahasiswa

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori-teori terbaru dalam dunia kesehatan. Mengembangkan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif dengan harapan perawat mempunyai respon yang tinggiterhadap keluhan pasien sehingga intervensi yang diberikan secara tepat dan dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

.

# 

# DAFTAR PUSTAKA

Achmad. (2020). *Hubungan Antara 4 Pilar Pengelolaan Diabetes Melitus dengan keberhasilan Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2.* Universitas Diponegoro.

Agoes. (2019). *Pengetahuan Praktis Ragam Penyakit Mematikan yang Paling sering Menyerang Kita*. Buku Biru.

American Diabetes Association. (2018). *Standards Of Medical Care In Diabetes*. care.diabetesjournals.org/content35/9/1814/full.pdf+HTML

Arisman. (2019). *Obesitas, Diabetes Mellitus, & Dislipidemia: Konsep, Teori, dan Penangan Aplikatif*. EGC.

Badan Diklat PPNI Jawa Timur. (2017). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Wilayah PPNI Jawa Timur.

Dewi, A. R. (2018). *Diabetes Bukan Untuk Ditakuti*. Media Pusaka.

Hardisman. (2014). *Gawat Darurat Medis Praktis*. Gosyen.

Irawan. (2018). *Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Daerah Urban Indonesia*. Universitas Indonesia.

Lewis. (2017). *Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit* (4th ed.). EGC.

Ndun. (2018). *STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT ANEMIA PADA An. A.S DI RUANG KENANGA RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG’.*

Notoatmodjo. (2018). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta.

Nurarif, A. H. dan H. K. (2017). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Mediaction.

PERKENI. (2018). *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.

Rustama. (2017). *Diabetes Melitus*. Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Shadine. (2017). *Mengenal Penyakit Diabetes Melitus*. Penebit Keenbooks.

Smelzer, B. (2017). *Baru Ajar Keperawatan Medikah Bedah Brunner & Suddarth*. EGC.

Suranto. (2020). *Hubungan insomnia dengan peningkatan gula darah puasa pada pasien diabetes mellitus (DM) di Tentero, Pangemanan, Polii: hubungan diabetes melitus... ruang rawat inap RSUD. Dr. Moewardi*. Stikes Kusuma Husada.

Susanti. (2018). *Hubungan Pola Makan dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes*. Kesehatan Vokasional.

Suyono. (2017). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. FKUI. sylvia. (2018). *Patofisiologi : Konsep Dasar Klinis Proses-Proses Penyakit*. EGC.

Tarwoto. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Trans Info Mediaq.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPN.

Tjandra. (2019). *egala Sesuatu yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Gramedia Pustaka Utama.

Waspadji. (2018). *Diabetes Melitus: Penyulit Kronik dan Pencegahannya*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

WHO. (2017). *Global Report on Diabetes*. World Health Organization. http://www.who.int/diabetes /global-report/en/.

Wilson. (2019). *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (6th ed.). EGC.

Lampiran 1

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Alfina Damayanti

Nim : 213.0105

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Mojokerto, 19-05-2001

Agama : Islam

Email : alfindamayanti95@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharmawanita Bening Lulus Tahun 2006
2. SD SDN BENING Lulus Tahun-2011
3. SMP SMPN 1 GONDANG LulusTahun 2014
4. SMA SMAN 1 GONDANG Lulus Tahun 2017
5. S1 STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2021

# Lampiran 2

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**Motto:**

“Jika tanganmu terlalu pendek untuk membalas kebaikan orang lain, panjangkanlah lisanmu untuk selalu mendoakannya”

**Persembahan:**

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kelancaran dan pertolonganNya kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini, saya persembahkan karya imiah akhir ini kepada:

1. Ibu saya (Nur Dahlia) dan Ayah saya (Suwoyo), terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, motivasi untuk saya selama ini. Sehingga saya dapat menjalankan kuliah. Semoga Allah SWT selalu memberi petunjuk, kesehatan, rezeki dan kebahagiaan kepada beliau berdua.
2. Adik-Adik saya (Siska Dwi Wulandari, dan Adhi Tri Yudha) yang tersayang, terimakasih menambah semangat saya dan semoga diberi kelancaran dalam sekolah.
3. Kakek dan Nenek yang juga selalu memberi motivasi dan semangat semoga beliau berdua diberikan kesehatan, dilancarkan dalam segala urusan
4. Dan teruntuk Muhammad David Saifudin terimakasih karena tidak ada capek-capeknya untuk memberi motivasi dan semangat kepada saya.
5. Dan teruntuk sahabat-sahabatku ( Rifka, Andra,Wulan) yang tidak pernah bosan-bosan untuk selalu mengingatkan saya dalam hal apapun.

Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal’Alaamiin.

## SOP (STANDART OPERASIONAL PROSEDUR)

**PEMERIKSAAN GULA DARAH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  **PEMERIKSAAN GULA DARAH** | | STIKES  HangTuahSurabaya | **Tgl**  Pembuatan  13 April 2022 |
| **1.** | **DEFINISI** | | Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang. | | |
| **2** | **TUJUAN** | | 1. Mengetahui kadar glukosa dalam darah dan urine pada klien yang sudah pasti menderita diabetes mellitus. 2. Untuk memantau efektifitas terapi anti hiperglikemia yang telah diberikan. 3. Pemantauan ini mungkin dilakukan selama klien dirawat yaitu 1 – 2 kali seminggu. | | |
| **4.** | **PERSIAPAN ALAT** | | 1. Formulir pemeriksaan gula darah (tandai pada pemeriksaan gula darah). 2. Bila menggunakan darah vena :    1. Tabungkimia    2. Spuit 2 cc    3. Kapas alcohol    4. Plester    5. Tourniquet    6. Nierbeken / bengkok    7. Handscoenbersih    8. Perlak/pengalas. 3. Bila menggunakan darah perifer :    1. Glukometer    2. Jarum *(blood lancet)*    3. Kapas alcohol    4. Handscoen bersih    5. Nierbeken    6. Plester. | | |
| **5.** | **PERSIAPAN KONDISI PASIEN** | | 1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga 2. MenjelaskanTujuan tindakan kepada pasien / keluarga 3. Meminta persetujuan pasien 4. Mengatur posisi yang sesuai | | |
| **6.** | **TINDAKAN PROSEDUR** | | * 1. Mencuci tangan   2. Menyiapkan alat   3. Memberikan salam dan sapa nama pasien   4. Menjelaskan tujuan  dan prosedur pelaksanaan   5. Menanyakan persetujuan/kesiapan pasien   6. Memakai handscone   7. Atur posisi pasien senyaman mungkin.   8. Dekatkan alat di samping pasien.   9. Pastikan alat bisa digunakan.   10. Pasang stik GDA pada alat glukometer.   11. Menusukkan lanset di jari tangan pasien.   12. Menghidupkan alat glukometer yang sudah terpasang stik   GDA.   13. Meletakkan stik GDA dijari tangan pasien   14. Menutup bekas tusukkan lanset menggunakan kapas alkohol.   15. Alat glukometer akan berbunyi dan hasil sudah bisa dibaca.   16. Membereskan dan mencici alat.   17. Mencuci tangan.   18. Mencatat respon serta toleransi klien sebelum, selama,  dan sesudah prosedur.   19. Mencatat tanggal, waktu, hasil pemeriksaan, dan jumlah produksi urin saat pengambilan sampel. | | |
| **7.** | **EVALUASI** | | 1. Mencuci tangan 2. Bereskan peralatan 3. Salam terapeutik | | |
| **8.** | **DOKUMENTASI** | | 1. Dokumentasi 2. Waktu pelaksanaan 3. Reaksi pasien | | |

## SOP (STANDART OPERASIONAL PROSEDUR)

**INJEKSI INSULIN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN**  **INJEKSI INSULIN** | | STIKES  HangTuah  Surabaya | **Tgl**  Pembuatan  13 April 2022 |
| **1.** | **DEFINISI** | | Insulin adalah hormon yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus. *Atrapid Novolet* adalah insulin *short acting* yang dikemas dalam bentuk pulpen insulin khusus yang berisi 3 cc insulin. | | |
| **2.** | **TUJUAN** | | Mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus. | | |
| **3.** | **PERSIAPANALAT** | | 1. Spuit insulin / insulin pen (*atrapid Novolet*) 2. Vial insulin 3. Kapas alkohol / *alcohol swab* 4. Handscoon bersih 5. Daftar / formulir obat klien | | |
| **5.** | **PERSIAPANKONDISIPASIEN** | | 1. Menjelaskantindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga 2. MenjelaskanTujuan tindakan kepada pasien / keluarga 3. Meminta persetujuan pasien 4. Mengaturposisi yang sesuai | | |
| **6.** | **TINDAKAN PROSEDUR** | | 1. Mencuci tangan 2. Memakai handscoon bersih 3. Mengambil vial insulin dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan untuk klien (berdasarkan daftar obat klien/instruksi medik) 4. Memilih lokasi suntikan, periksa apakah dipermukaan kulitnya terdapat kebiruan, inflamasi, atau edema 5. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya 6. Mendesinfektan area penyuntikan dengan kapas alcohol/*alcohol swab,* dimulai dari bagian tengah secara sirkuler 5cm 7. Mencubit kulit tempat area penyuntikan pada klien yang kurus dan regangkan kulit pada klien yang gemuk dengan tangan yang tidak dominan 8. Menyuntikkan insulin secara *subcutan* dengan tangan yang dominan secara lembut dan perlahan 9. Mencabut jarum dengan cepat, tidak boleh di massage, hanya dilakukan penekanan pada area penyuntikan dengan menggunakan kapas alkohol 10. Membuang spuit ke tempat yang telah ditentukan dalam keadaan jarum yang sudah tertutup dengan tutupnya 11. Evaluasi dan dokumentasi | | |
| **7.** | **EVALUASI** | | 1. Mencuci tangan 2. Bereskan peralatan 3. Salam terapeutik | | |
| **8.** | **DOKUMENTASI** | | 1. Dokumentasi 2. Waktu pelaksanaan 3. Reaksi pasien | | |

## SOP (STANDART OPERASIONAL PROSEDUR)

**TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam** |
| 1 | 2 |
| Pengertian | Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan kepaerawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaiama cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan  bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan |
| Tujuan | Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan  sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri |
| Kebijakan | Dilakukan pada klien dengan Open Fraktur Femur |
| Indikasi | 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia |
| Pelaksanaan | **PRA INTERAKSI**   1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan   **INTERAKSI**  **Orientasi**   1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini. |
|  | Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya   1. Menjaga privasi klien 2. Kontrak.   Menyampaiakan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan  KERJA   1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal. 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian   rasakan kehangatanya |
|  | 1. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 2. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 3. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit   TERMINASI   1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya   DOKUMENTASI   1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan |