

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN
DIABETES MELITUS DIRUANGAN RAWAT
INAP AMBUN SURI LANTAI III RSUD
DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH :

**FITRI ASMAYENI
NIM : 1514401006**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2017/2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN DIABETES
MELITUS DIRUANGAN RAWAT INAP AMBUN SURI
LANTAI IIIRSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

FITRI ASMAYENI

NIM : 1514401006

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2017/2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN DIABETES
MELLITUSRUANG RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III
DR. ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI**

FITRI ASMAYENI¹, ENDRA AMALIA²

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Email : asmayenifitri@gmail.com**

V BAB + 105 Halaman + 2 Gambar + 14 Tabel + 3 Lampiran

ABSTRAK

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neoropati. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Diabetes mellitus* diruang rawat inap ambun suri lantai III RSAM Bukittinggi Tahun 2018. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny. Z yaitu klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pas masuk rumah sakit, klien mengatakan susah tidur karna klien gelisah tak menentu, dan klien mengatakan kaki klien merasakan kesemutan, klien mengatakan mata klien terasa mengantuk klien mengatakan badan terasa letih, klien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak ¼ saja, klien mengatakan klien merasa mual dan muntah, dan BAB klien (+), klien mengatakan klien sering BAK yaitu sebanyak 10x, klien mengatakan selama dirawat cek gula darah setiap hari. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada Ny. Z yaitu Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan dan kelemahan, Gangguan pola tidur. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan. Untuk mencegah meningkatnya *Diabetes melitus* disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan perawatan yang *intensive* dan memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai *diabetes mellitus* itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus, Ketidakseimbangan nutrisi, peningkatan kadar glukosa darah, Defisit perawatan diri
Daftar Pustaka : 11 (2009-2018)

**NURSING CARE On Ny. Z WITH DIABETES MELITIS INAPTIENT ROOM
AMBUN SURI FLOOR III DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

FITRI ASMAYENI¹, ENDRA AMALIA²

**High School of Health Science Perintis Padang
Diploma III Study of Nurshing Program**

Email : asmayenifitri@gmail.com

CHAPTER V + 105 Pages + 2 Images 14 + 3 Table Attachments

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a metabolic disorder that is characterized by hiperglikemi related to carbohydrate metabolism abnormality, fats, protein, caused by decreased insulin, sensitivity, decrease or both microvascular complication and cause, makrovaskuler, and neoropati. The purpose of writing this report is able to do Nursing Care in patients with Diabetes mellitus in the room inpatient ambun suri floor III RSAM Bukittinggi Year 2018, The results of the case report data on Ny. Z i.e. clients say blood sugar levels high fit client hospitals, clients say it's difficult to sleep the restless clients erratic karna, and clients say walk clients feel tingling, clients say the eyes of the client feels sleepy clients said the agency feels fatigued, the client says the declining appetite and eat as much as ¼ portion spent alone, the client the client feels insidious doctrine, nausea and vomiting, and chapter clients (), the client says clients often BAK i.e. as many as 10 x, clients say during the treated blood sugar checks per day, The study results obtained problem on Ny. Z that is An inefficient provision of nutrients the body needs less of is associated with less food intake, the risk of gastrointestinal perfusion efektifan associated with increased levels of blood glucose, self perawata Deficit associated with fatigue and weakness, The disruption of normal sleep patterns. Based on the above nursing problems so disusunlah plan and carry out the action as well as the evaluation of nursing refers to the purpose, To prevent the rising Diabetes mellitus advised authorities of the hospital to do the intensive care and provide information, adequate to patients about diabetes melitus it self, and aspek-aspeknya, With in perolehnya enough information then any prevention can done immediately

**Keywords: Diabetes Mellitus, Increased levels of blood glucose, Nursing Care, Nutritional Imbalances, Self-care
Deficit Bibliography: 11 (2009-2018)**

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni
NIM : 1514401006
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. Z dengan Diagnosa Keperawatan Diabetes Melitus Diruang Rawat Inap Ambun Suri Lanati III Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, 18 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,



Yaslina, M.Kep, Ns. Sp.Kep. Kom
NIK : 1420106037395017

Penguji II,



Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

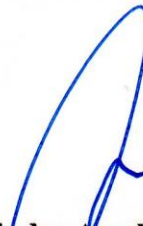
LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni
NIM : 1514401006
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. Z dengan Diagnosa Keperawatan Diabetes Melitus Diruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Diabetes Melitus di Ruang Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada :

1. Bapak Yendrizar Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi Sumatera Barat.

2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Yaslina M.Kep.Ns.Sp.Kep.Konselaku penguji Sidang Laporan Studi Kasus yang telah banyak memberikan masukan dan pengarahan yang bermanfaat dan penulisan Laporan Studi Kasus ini.
4. Ibu Ns.Endra Amalia, M.Kep selaku pembimbing Akademik yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.
5. Ibu Ns. Yenita Roza, S. Kep, Sp. KMB selaku pembimbing klinik di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberi petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.
6. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
7. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta

saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum.....	5
1.2.2 Tujuan Khusus.....	5
1.3 Manfaat	
1.3.1. Bagi Penulis	6
1.3.2. Pelayanan Rumah Sakit	6
1.3.3. Istuti Pendidikan	7
1.3.4. Bagi Mahasiswa	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar	
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Anatomi dan Fisilogi.....	9
2.1.3 Etiologi.....	16
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.1.5 Patofisiologi.....	21
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	26
2.1.7 Penatalaksanaan	
a. Keperawatan.....	27
b. Medis.....	31
2.1.8 Komplikasi.....	31

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1 Pengkajian.....	36
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	39
2.2.3 Intervensi.....	41
2.2.4 Implementasi.....	49
2.2.5 Evaluasi.....	49

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	
3.1.2. Alasan Masuk.....	52
3.1.3. Riwayat Kesehatan Sekarang.....	52
3.1.4. Pemeriksaan Fisik	54
3.1.5. Data Biologis.....	60
3.1.6. Riwayat Alergi	61
3.1.7. Data Psikologis	61
3.1.8. Data Sosial	62
3.1.9. Data Spiritual	63
3.1.10. Data Penunjang	63
3.1.11. Data Pengobatan.....	68
3.1.12. Data Fokus	71
3.1.13. Analisa Data	73
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	76
3.3 Intervensi.....	77
3.4 Implementasi.....	80

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	91
4.2. Diagnosa Keperawatn.....	94
4.3. Intervensi Keperawatan.....	98
4.4. implementasi	100

4.5. Evaluasi	101
---------------------	-----

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	103
----------------------	-----

5.2 Saran.....	104
----------------	-----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Pangkreas	9
Gambar 2.2. Pulau lengrhas	7

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Kadar Glukosa Darah.....	26
Tabel 2.2. Rencana Asuhan Keperawatan.....	41
Tabel 3.1. Persyarafan.....	57
Tabel 3.2. Data Biologis.....	60
Tabel 3.3. Pemeriksaan Laboratorium	
Tabel 3.3.1 Paramenter	64
Tabel 3.3.2. Kimia Klinik.....	65
Tabel 3.3.3. Kimia Klinik II	66
Tabel 3.3.4. Paramenter	66
Tabel 3.3.5. Paramenter	67
Tabel 3.3.6. Glukosa Darah	68
Tabel 3.4. Data Pengobatan	69
Tabel 3.5. Analisa Data.....	73
Tabel 3.6. Rencana Asuhan Keperawatan	77
Tabel 3.7. Implementasi.....	79

DAFTAR SKEMA

	Halaman
SKEMA WOC	25

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu jenis penyakit degenerative yang mengalami peningkatan setiap tahun di negara-negara seluruh dunia. Menurut Internasional of Diabetic Ferderation (IDF, 2015) tingkat prevalensi global penderita DM pada tahun 2014 sebesar 8,3% dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 387juta kasus. Indonesia merupakan negara menempati urutan ke 7 dengan penderita DM sejumlah 8,5 juta penderita setelah Cina, India dan Amerika Serikat, Brazil, Rusia, Mexico. Angka kejadian DM menurut data Riskesdas (2013) terjadi peningkatan dari 1,1 % di tahun 2007 meningkat menjadi 2,1 % di tahun 2013 dari keseluruhan penduduk sebanyak 250 juta jiwa. Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit metabolisme dari karbohidrat, lemak, protein sebagai hasil dari ketidakfungsian insulin (resistensi insulin), menurunnya fungsi pankreas maupun keduanya World Health Organization (WHO,2011).

Menurut American Diabetes Asociation (ADA,2015), DM dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yakni , DM tipe 1, DM tipe 2, DM Gestasional dan DM tipe lain. Beberapa tipe yang ada, DM tipe 2 merupakan salah satu jenis yang paling banyak ditemukan yaitu lebih dari 90-95%. Dimana, faktor pencetus dari DM tipe 2 yakni berupa

obesitas, mengkonsumsi makanan instan, terlalu banyak makanan karbohidrat, merokok, dan stres, kerusakan pada sel pankreas, dan kelainan hormonal (Smeltzer & Bare,2008).

Berdasarkan data Internasional Diabetes Federation (IDF) tahun 2013, terdapat 382 juta orang didunia menderita diabetes melitus tipe II dengan kematian mencapai 4,6 juta orang. Pada tahun 2011 Indonesia menduduki peringkat kesepuluh dunia dengan jumlah penderita diabetes melitus tipe II sebanyak 6,6 juta orang, Indonesia menempati urutan ke-7 dari 10 negara dengan penderita diabetes tertinggi pada tahun 2013 (IDF, 2013). Data perkumpulan Endokrinologi (PERKINI,2015) jumlah penderita di Indonesia mencapai 9,1 juta orang, dari peringkat ke-7 menjadi peringkat ke-5 teratas diantara negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak di dunia.

Menurut laporan Riset Dasar (Rikerdas) tahun 2013, prevalensi DM di Indonesia sebesar 1,5%. Pada tahun 2030 untuk indonesia diperkirakan pada tahun 2030 akan memiliki penyandang diabetes sebanyak 21,3 juta jiwa (Depkes,2013). Sementara, di Sumatera barat diperkirakan sebanyak 3,4 juta jiwa menderita DM tipe 2 (Informasi Kementrian Kesehatan RI,2013). Selain itu, berdasarkan prevalensi nasional, Sumatera Barat memiliki prevalensi total DM sebanyak 1,3 %, dimana berada di urutan 14 dari 33 provinsi di Indonesia.

Indonesia merupakan negara yang kaya dengan berbagai latar belakang budaya dan keyakinan yang dimiliki masing-masing orang, hal tersebut tentu akan mempengaruhi cara orang Indonesia berperilaku. Program intervensi yang bertujuan mengubah tingkah laku manusia perlu memperhatikan juga faktor keyakinan seseorang. Diharapkan program yang disusun akan terintegrasi dalam kehidupan sehari-hari, melalui proses internalisasi. Disinilah pemahaman mengenai kondisi psikososial penduduk dalam setiap bentuk program intervensi kesehatan. Harapan kita semua adalah terjadinya peningkatan angka perubahan perilaku sehat penduduk, berdampak pada pengurangan jumlah penderita *Noncommunicable Diseases* (selanjutnya disingkat dengan NCDs) di Indonesia (Sitepu,2017)

Berdasarkan umur, penderita banyak dalam rentang usia 56-64 tahun dengan prevalensi sebesar 4,8% (Kemenkes, 2013). Diabetes melitus tipe II sering tidak menunjukkan gejala yang khas pada awalnya, sehingga diagnosis baru bisa ditegakkan ketika pasien berobat untuk keluhan penyakit lain yang sebenarnya merupakan komplikasi dari diabetes melitus tersebut (Soegondo, 2009). Penanganan awal pasien diabetes melitus tipe II umumnya tidak memerlukan terapi pemberian insulin, cukup dengan terapi antidiabetik oral baik tunggal maupun kombinasi tidak terkontrol dengan baik juga memerlukan terapi pemberian insulin (American Diabetes Association, 2010).

Hampir 80% orang diabetes ada dinegara yang berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2015, persentase orang dewasa dengan diabetes adalah 8,5% (1 diantara 11 orang dewasa menyandang diabetes melitus). Pada tahun 2013 salah satu beban pengeluaran kesehatan terbesar didunia adalah Diabetes Melitus yaitu sekitar 612 miliar dolar, diestimasikan sekitar 11% dari total pembelanjaan untuk langsung kesehatan dunia. Pada tahun 2012 diabetes merupakan penyebab kematian kedelapan pada kedua jenis kelamin dan penyebab kematian kelima pada perempuan. Pada tahun 2012 gula darah tinggi bertanggung jawab atas 3,7 juta di dunia : dari angka ini, 1,5 juta kematian disebabkan oleh Diabetes Melitus. Dari tahun 2010- 2030, kerugian dari gross domestic producte (GDP) diseluruh dunia karena diabetes diestimasikan sekitar 1,7 triliun dolar, 1 diantara 2 orang penyandang diabetes masih belum terdiagnosis dan belum menyadari bahwa dirinya Diabetes Melitus.

Data yang didapatkan di RSUD Dr. Acmad Mochtar Bukittinggi pada tahun 2015 penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit terbanyak dan menempati posisi 1 dari 10 penyakit terbanyak jumlahnya 125 kasus, dan di tahun 2016 penyakit diabetes mellitus menempati posisi ke 2 dari 10 penyakit terbanyak dan jumlahnya 75 kasus, sedangkan diruangan interne wanita sendiri penyakit diabetes mellitus 6 bulan terakhir sejak bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2017 di dapatkan angka kejadian penyakit DM sebanyak 23 orang dan yang sudah terjadi komplikasi Ulkus Diabetikum sebanyak 8 orang di rawat inap Interne

Wanita. Sedangkan di ruangan Ambun Suri lantai III sendiri Diabetes Melitus 6 bulan terakhir sejak bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2018 di dapatkan penyakit Diabetes Melitus sebanyak 85 orang. (buku laporan ruangan).

Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, berdasarkan pemamparan di atas, penulisan tertarik membahas Asuhan Keperawatan pada Ny. Z dengan Diabetes Melitus Di Ruang Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien diabetes melitus.

1.2.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan adalah :

1. Mampu melakukan pengkajian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus

2. Mampu mengidentifikasi diagnosa yang mungkin muncul pada pasien diabetes mellitus
3. Mampu mengintervensi dalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien diabetes mellitus
4. Mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus
5. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien diabetes mellitus
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien diabetes mellitus.

1.3. Manfaat

1.3.1. Bagi penulis.

Bagi penulis sendiri dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan mengembangkan kemampuan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.

1.3.2. Pelayanan Rumah sakit.

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan khususnya dalam mengambil keputusan dibidang pelayanan kesehatan khususnya promosi kesehatan mengenai Diabetes Melitus.

1.3.3. Institusi Pendidikan.

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi penulis selanjutnya.

1.3.4. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan keluarga dengan masalah diabetes mellitus.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1.Konsep Dasar

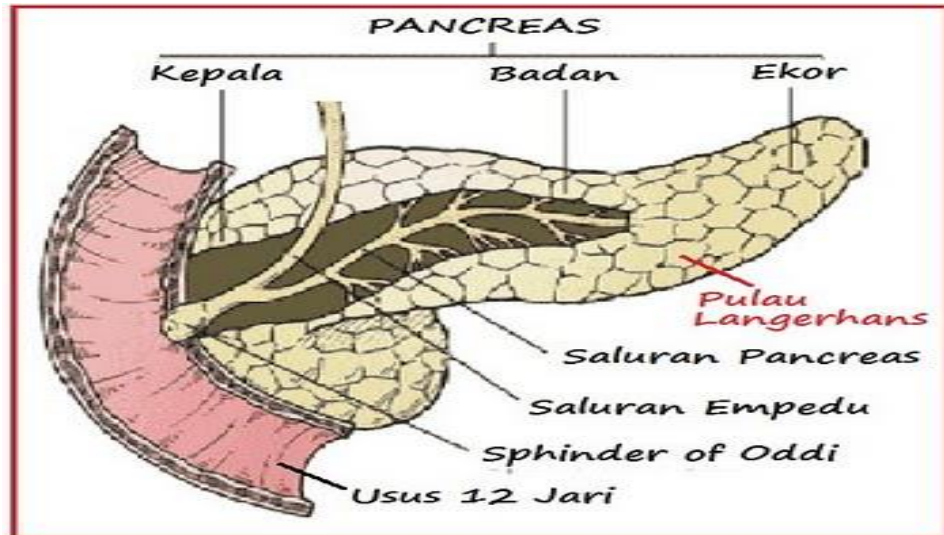
2.1.1. Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadikarena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. (PERKENI, 2015 dan ADA, 2017).

Diabetes melitus adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemi kronikakibatdefisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin yang disertaiberbagai kelainan metabolik lain akibat gangguan hormonal yang menimbulkanberbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Rendy dan Margareth, 2012). Diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin.(Sunaryati dalam Masriadi, 2016). Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin. (Yuliana elin, 2009).

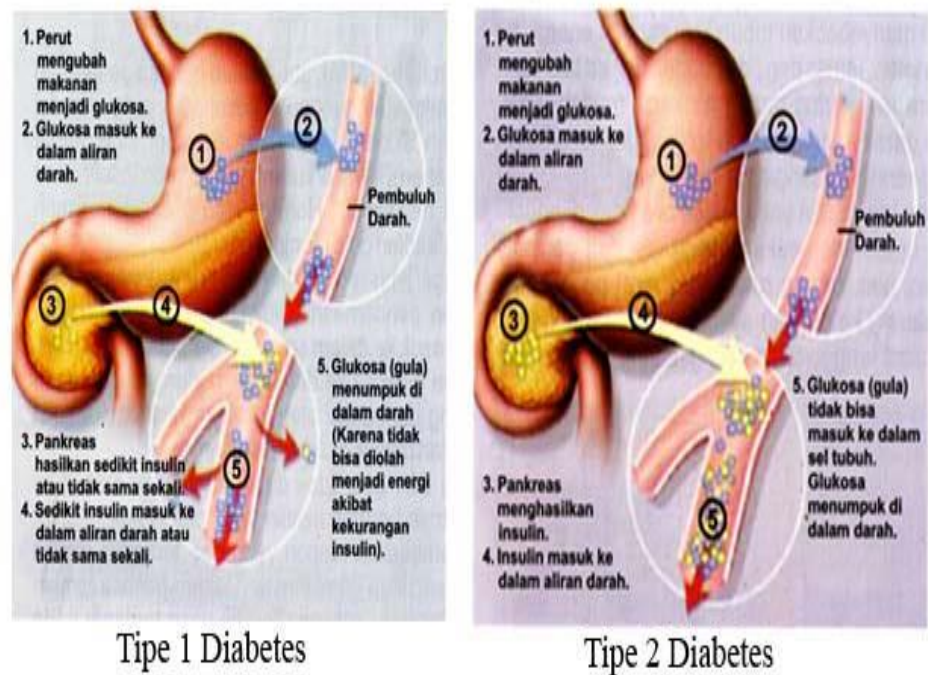
2.1.2. Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Pangkreas



Sumber : (Biologi Gongzaga 2010)

Gambar 2.2 pangreas



Sumber : (Biologi Gonzaga 2010)

Menurut Gonzaga.B 2010, Pankreas terletak melintang di bagian atas abdomen di belakang gaster di dalam ruang retroperitoneal. Di sebelah kiri ekor pankreas mencapai hilus limpa di arah kranio dorsal dan bagian atas kiri kaput pankreas di hubungkan dengan corpus pankreas oleh leher pankreas yaitu bagian pankreas yang lebarnya biasanya tidak lebih dari 4 cm, arteri dan vena mesentrika superior berada di leher pankreas bagian kiri bawah kaput pankreas ini disebut processus uncinatus pankreas. (Biologi Gonzaga 2010)

Menurut Gonzaga Pankreas terdiri dari 2 jaringan utama yaitu:

- 1) Asinus, yang mengekresikan pencernaan kedalam duodenum.
- 2) Pulau langerhans, yang tidak mempunyai alat untuk mengeluarkan getahnya namun sebaliknya mensekresikan insulin dan glukagon langsung kedalam darah. Pankreas manusia mempunyai 1-2 juta pulau langerhans, setiap pulau langerhans hanya berdiameter 0-3 mm dan tersusun mengelilingi 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 kompleks 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 golgi, tempat ini dibungkus didalam granula yang diikat membran. Granula ini bergerak ke dinding sel oleh satu proses yang tampaknya sel ini yang mengeluarkan insulin ke daerah luar dengan eksositosis. Kemudian insulin melintasi membran basalis sel B serta kapiler berdekatan dan endotel fenestrata kapiler untuk mencapai aliran darah. Sel alfa yang mencakup kira-kira 25% dari seluruh sel mensekresikan glukagon. Sel delta yang merupakan 10% dari seluruh sel mensekresikan somatostatin. (Biologi Gonzaga 2010)

1) Fisiologi pankreas

Menurut Gonzaga 2010, Pankreas disebut sebagai organ rangkap, mempunyai 2 fungsi yaitu sebagai 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 pankreas 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 meningkatkan glukosa darah yaitu glukagon.

Menurut Gonzaga 2010, Pankreas dibagi menurut bentuknya:

- a) Kepala (kaput) yang paling lebar terletak di dalam rongga abdomen, masuk lekukan sebelah kiri duodenum yang praktis melingkarinya.
- b) Badan (Korpus) menjadi bagian utama terletak dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.
- c) Ekor (Kauda) adalah bagian runcing disebelah kiri sampai menyentuh pada limpa (lien).

2) Fisiologi insulin

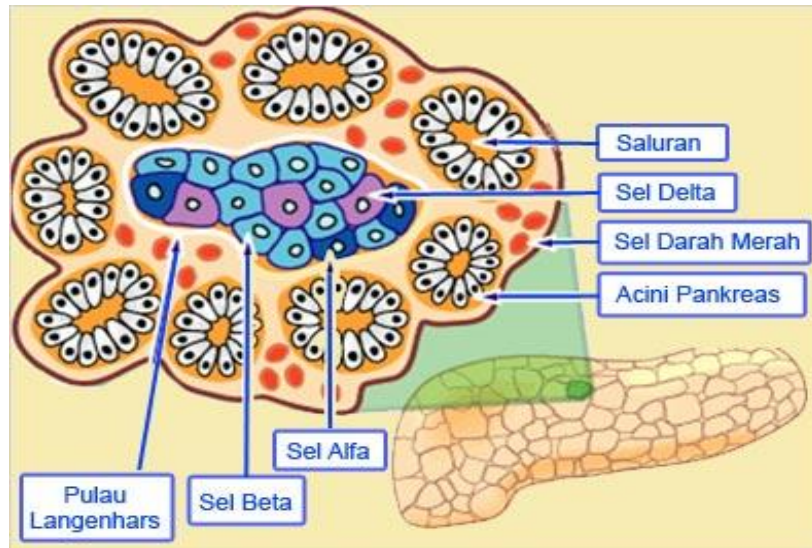
Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel di pulau langerhans menyebabkan timbulnya pengaturan secara langsung sekresi beberapa jenis hormon lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon, somatostatin, menghambat sekresi glukagon dan insulin. (Biologi Gonzaga 2010)

Menurut Gonzaga Pankreas menghasilkan :

- a) Garam NaHCO_3 : membuat suasana basah
- b) Karbonhidrase : amilase ubah amilum → maltose

3) Pulau langerhans

Gambar 2.3. Pulau langerhans



Sumber : Biologi Gongzaga 2010

Kepulauan langerhans membentuk organ endrokrin yang menyekresikan insulin, yaitu sebuah hormon antidiabetik, yang diberikan dalam pengobatan diabetes. Insulin ialah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh 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 mengasorpsi dan menggunakan glukosa dan lemak.

Pada pankreas paling sedikit terdapat empat peptida dengan aktivitas hormonal yang disekresikan oleh pulau-pulau (islets)

langerhans. Dua dari hormon tersebut, insulin dan glukagon memiliki fungsi penting dalam pengaturan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Hormon 3, somatostatin berperan dalam pengaturan sekresi sel pulau dan yang keempat polipeptida pankreas pada fungsi saluran cerna.

4) Hormon insulin

Menurut Gonzaga 2010, Insulin merupakan protein kecil, terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lainnya 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 retikulum endoplasma membentuk preprohormon insulin—melekat erat pada retikulum 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. Kecuali sebagian insulin yang perikatan dengan reseptor yang ada pada sel target, sisa insulin di dekadasi oleh enzim insulinase dalam hati, ginjal, otot dan jaringan yang lain. Reseptor insulin merupakan kombinasi dari empat sub unit yang saling berikatan bersama oleh ikatan

disulfide, 2 sub unit alfa (Terletak seluruhnya diluar membran sel) 2 sub unit beta (mene, bus membran, menonjol kedalam sitoplasma). Insulin berkaitan dengan sub unit alfa –sub unit beta mengalami auto fos forilas-protein kinase-fosforilasi dari banyak enzim intra selular lainnya.

Insulin bersifat anabolik ,meningkatkan simpanan glukosa, asam lemak dan asam amino. Glukogen bersifat katabolik, memobilisasi glukosa, asam-asam lemak, dan asam amino dari penyimpanan kedalam aliran darah. Kedua hormon ini bersifat berlawanan dalam efek keseluruhannya dan pada sebagian besar keadaan disekresikan secara timbal balik. Insulin yang berlebihan menyebabkan hipoglikemia, yang menimbulkan kejang dan koma. Defisiensi insulin baik absolute maupun relatif koma menyebabkan diabetes mellitus 1 penyakit komplek yang bila tidak diobati dapat mematikan. Defisiensi glukagon dapat menimbulkan hipoglikemia dan kelebihan glukagon menyebabkan diabetes memburuk. Produksi somatosttin yang berlebihan oleh pankreas menyebabkan hiperglikemia dan manifestasi diabetes lainnya.

Menurut Smeltzer 2015, Umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin.

Disamping itu diabetes mellitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui. (Smeltzer dan Bare, 2015).

2.1.3. Etiologi

Menurut Smeltzer 2015 DM dapat diklasifikasikan ke dalam 4 kategori klinis yaitu :

1) Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI) DM TIPE I

a) Genetik

Umumnya penderita diabetes tidak mewarisi diabetes type I itu sendiri namun mewarisi sebuah predisposisi atau sebuah kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes type I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yg memililiki type antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA ialah kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi & proses imun lainnya. (Smeltzer dan Bare, 2015).

b) Imunologi

Pada diabetes type I terdapat fakta adanya sebuah respon autoimun. Ini adalah respon abnormal di mana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh secara bereaksi terhadap

jaringan tersebut yang dianggapnya seakan-akan sebagai jaringan asing

c) Lingkungan

Faktor eksternal yang akan memicu destruksi sel β pankreas, sebagai sampel hasil penyelidikan menyebutkan bahwa virus atau toksin tertentu akan memicu proses autoimun yang bisa memunculkan destruksi sel β pankreas.

2) Diabetes melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) DM TIPE II

Menurut Smeltzer 2015 penyebab DM type II ini adalah faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya sebuah resistensi insulin. Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya memiliki pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin ataupun dalam kerja insulin. Pada awalnya nampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran pada kerja Insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya pada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, seterusnya terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel.

Pada pasien dengan DMTTI terdapat sebuah kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini bisa disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang rumumnya esponsif insulin pada membran sel. Dan menyebabkan terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin

dengan sebuah system transport glukosa. Kadar glukosa normal akan dipertahankan dalam saat yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, namun pada hasilnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan kadar euglikemia. Diabetes Melitus type II disebut pula Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau bisa disebut dengan Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yang adalah satu buah group heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, namun terkadang akan timbul pada periode kanak-kanak.

- 3) Menurut Smeltzer 2015 Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM type II, diantaranya yaitu :
- a) Umur (resistensi insulin cenderung meningkat pada umur di atas 65 tahun)
 - b) Obesitas
 - c) Riwayat keluarga
 - d) Kelompok etnik

2.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut Price 2012, penyakit diabetes mellitus ini pada awalnya seringkali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita. Manifestasi klinis Diabetes Melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria.

Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuria) jika melewati ambang ginjal untuk ekskresi glukosa yaitu ± 180 mg/dl serta timbulnya rasa haus (polidipsia). Rasa lapar yang semakin besar (polifagia) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori (Price dan Wilson, 2012).

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, turunnya berat badan, polifagia, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul ketoasidosis, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pengobatan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya penderita peka terhadap insulin. Sebaliknya pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah di laboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolut namun hanya relatif. Sejumlah insulin tetap disekresi dan masih cukup untuk menghambat ketoasidosis (Price dan Wilson, 2012).

Menurut Prekeni gejala dan tanda-tanda DM dapat digolongkan menjadi 2 yaitu :

1) Gejala akut penyakit DM

Gejala penyakit DM bervariasi pada setiap penderita, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (poli) yaitu:

- a) Banyak makan (poliphagi),
- b) Banyak minum (polidipsi),
- c) dan banyak kencing (poliuri).

Keadaan tersebut, jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang atau berat badan turun dengan cepat (turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual (PERKENI, 2015).

2) Gejala kronik penyakit DM

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM (PERKENI, 2015) adalah

- a) Kesemutan,
- b) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum,
- c) Rasa tebal di kulit,
- d) Kram,
- e) Mudah mengantuk,

- f) Mata kabur,
- g) Biasanya sering gantiacamata,
- h) Gatal di sekitar kemaluan terutama pada wanita,
- i) Gigi mudah goyah dan mudah lepas,
- j) Kemampuan seksual menurun,
- k) Dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg.

2.1.5. Patofisiologi

Menurut Smeltzer 2015, Diabetes tipe I. Pada diabetes tipe satu terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia prosprandial (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glikosuria). Ketika glukosa yang berlebihan di eksresikan ke dalam urin, eksresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan

dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). (Smeltzer dan Bare, 2015).

Difisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glikosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain). Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini kan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang disebabkan dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan penurunan kesadaran, koma bahkan kematian. Pemberian insulin bersama cairan dan elektrolit sesuai kebutuhan akan memperbaiki dengan cepat kelainan metabolik tersebut dan mengatasi gejala hiperglikemi serta ketoasidosis. Diet dan latihan disertai pemantauan kadar gula darah yang sering

merupakan komponen terapi yang penting (Smeltzer dan Bare, 2015).

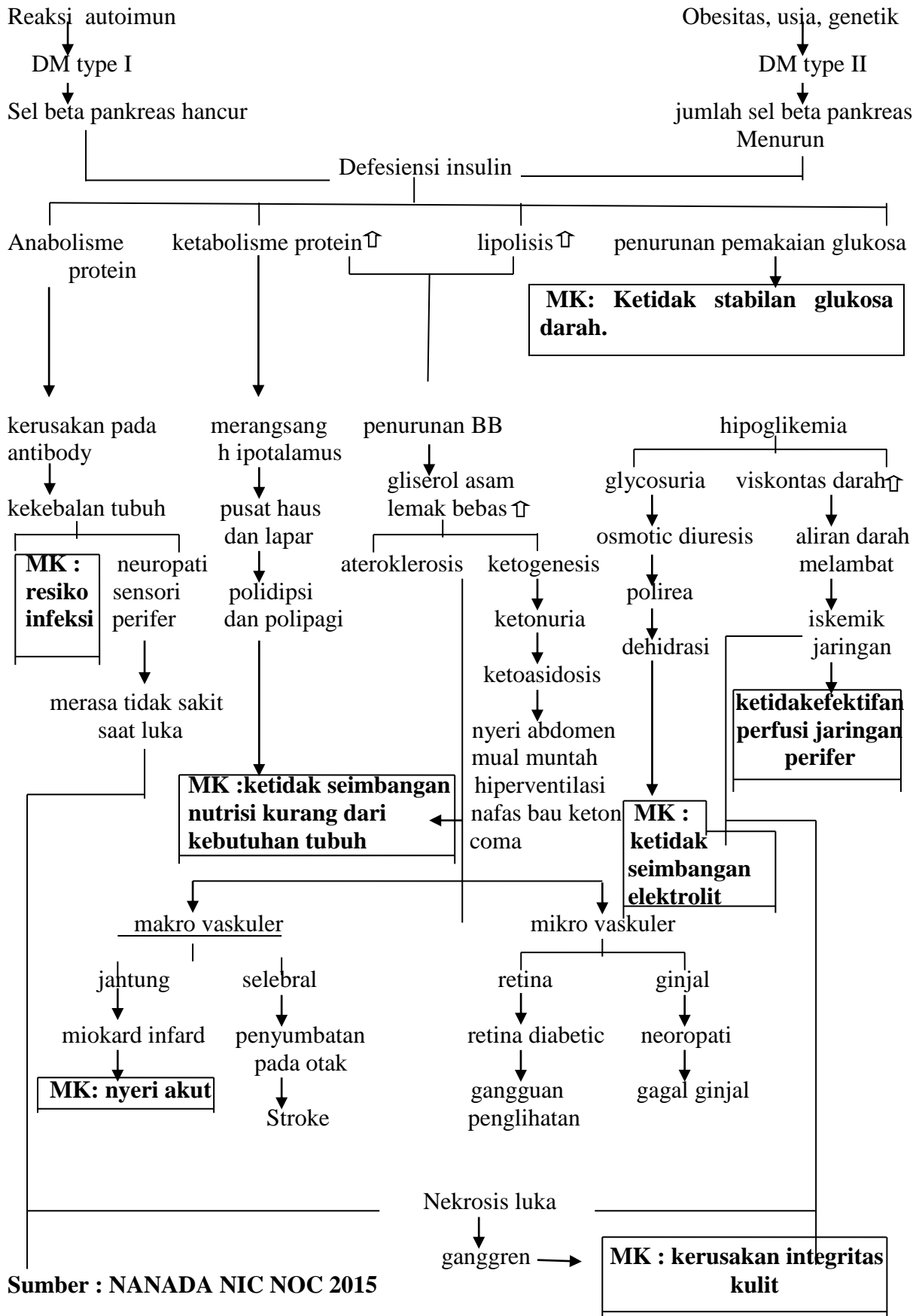
DM tipe 2 merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemik kronik. Meskipun pola pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe 2. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendahnya aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smeltzer dan Bare, 2015). Mekanisme terjadinya DM tipe 2 umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada DM tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smeltzer dan Bare, 2015).

Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat.

Namun demikian, jika sel-sel β tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM tipe 2. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe 2. Meskipun demikian, DM tipe 2 yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) (Smeltzer dan Bare, 2015).

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan DM tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang lama-lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi). Salah satu konsekuensi tidak terdeteksinya penyakit DM selama bertahun-tahun adalah terjadinya komplikasi DM jangka panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan (Smeltzer dan Bare, 2015).

2.1.15. WOC (World Ophthalmology Congress)



Sumber : NANADA NIC NOC 2015

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut referensi NANDA NIC NOC pemeriksaan penunjang

Diabetes Melitus adalah :

1) Kadar glukosa darah

Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa dengan metode enzim matik sebagai patokan penyaring.

Tabel 2.1

Kadar Glukosa Darah sewaktu (mg/dl)				
Kadar glukosa darah sewaktu	DM	Belum Dm		
Plasma darah	> 200	100-200		
Darah kapiler	> 200	80-100		
Kadar Glukosa Darah puasa (mg/dl)				
Kadar glukosa darah Puasa	DM	Belum pasti Dm		
Plasma vena	>120	110-120		
Darah kapiler	> 110	90-110		

2) Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan:

- a) Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl (11,1mmol/ L)
- b) Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8mmol/L)
- c) Glukosa plasma dari sampel yang di ambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) >200mg/dl.

3) Teslaboratorium DM

Jenis tes pada pasien DM dapat berupa tes saring, tes diagnostit, tes pemantauwan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.

4) Tesdiagnostik

Tes-tes diagnostik pada DM adalah : GDP, GDS, GD2PP (glukosa darah 2 jam post prandial), Glukosa jam ke-2 TTGO.

5) Tes monitoring terapi

Tes-tes untuk mendeteksi komplikasi adalah :

- a) GDP : plasma vena, darah kapiler
- b) GD2 PP : Plasma vena
- c) A1c : darah vena, darah kapiler

6) Tes untuk mendeteksi komplikasi

Tes-tes untuk mendeteksi komplikasi adalah :

- a) Mikroalbuminuria : Urin
- b) Ureum, kreatinin, asam urat
- c) Kolesterol total : Plasma vena (puasa)
- d) Kolesterol LDL : Plasma vena (puasa)
- e) Kolesterol HDL : Plasma vena (puasa)

2.1.7. Penatalaksanaan

1) Keperawatan

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal tanpa terjadi hipoglikemia dan gangguan

serius pada pola aktivitas pasien. Menurut PERKENI 2015 komponen dalam penatalaksanaan DM, yaitu :

a) Diet

Syarat diet DM hendaknya dapat :

- (1) Memperbaiki kesehatan umum penderita
- (2) Mengarahkan pada berat badan normal
- (3) Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetic
- (4) Memberikan modifikasi diit sesuai dengan keadaan penderita
- (5) Menarik dan mudah diberikan

Prinsip diet DM, adalah :

- (1) Jumlah sesuai kebutuhan
- (2) Jadwal diet ketat
- (3) Jenis : boleh dimakan / tidak

Dalam melaksanakan diit diabetes sehari-hari hendaklah diikuti pedoman 3 J yaitu:

- (1) Jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah
- (2) Jadwal diit harus sesuai dengan intervalnya
- (3) Jenis makanan yang manis harus dihindari

Penentuan jumlah kalori Diet Diabetes Mellitus harus disesuaikan oleh status gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung *Percentage of Relative Body Weight* (BBR = berat badan normal) dengan rumus :

$$\text{BBR} = \frac{\text{BB (Kg)}}{\text{TB (cm)} - 100} \times 100 \%$$

Keterangan :

- (1) Kurus (underweight) :BBR < 90 %
- (2) Normal (ideal) :BBR 90% - 110%
- (3) Gemuk (overweight) :BBR > 110%
- (4) Obesitas apabila :BBR > 120%
 - (a) Obesitas ringan :BBR 120 % - 130%
 - (b) Obesitas sedang :BBR 130% - 140%
 - (c) Obesitas berat :BBR 140% - 200
 - (d) Morbid :BBR >200 %

Sebagai pedoman jumlah kalori yang diperlukan sehari-hari untuk penderita DM yang bekerja biasa adalah:

- (1) Kurus (underweight) : BB X 40-60 kalori sehari
- (2) Normal (ideal) : BB X 30 kalori sehari
- (3) Gemuk (overweight) : BB X 20 kalori sehari
- (4) Obesitas apabila : BB X 10-15 kalori sehari

b) Latihan

Beberapa kegunaan latihan teratur setiap hari bagi penderita DM, adalah :

- (1) Meningkatkan kepekaan insulin, apabila dikerjakan setiap 1 1/2 jam sesudah makan, berarti pula mengurangi insulin resisten pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya.
- (2) Mencegah kegemukan bila ditambah latihan pagi dan sore
- (3) Memperbaiki aliran perifer dan menambah suplai oksigen
- (4) Meningkatkan kadar kolesterol – high density lipoprotein
- (5) Kadar glukosa otot dan hati menjadi berkurang, maka latihan akan dirangsang pembentukan glikogen baru.
- (6) Menurunkan kolesterol (total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik.

c) Penyuluhan

Penyuluhan merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita DM, melalui bermacam-macam cara atau media misalnya: leaflet, poster, TV, kaset video, diskusi kelompok, dan sebagainya.

d) Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri diharapkan pada penderita diabetes dapat mengatur terapinya secara optimal.

2) Medis

Obat

- a) Tablet OAD (Oral Antidiabetes)/ Obat Hipoglikemik Oral (OHO)
- b) Mekanisme kerja Biguanida
- c) Pemberian Insulin
- d) Indikasi penggunaan insulin
- e) Cara pemberian insulin

2.1.8. Komplikasi

Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol pada pasien DM tipe 2 akan menyebabkan berbagai komplikasi. Komplikasi DM tipe 2 terbagi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu: komplikasi akut dan komplikasi kronik (Smeltzer dan Bare, 2015 ; PERKENI, 2015).

1) Komplikasi akut

a) Ketoasidosis diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut DM yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma

meningkat (300-320 mOs/mL) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKENI, 2015).

b) Hiperosmolar non ketotik (HNK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/mL), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKENI, 2015).

c) Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah mg/dL. Pasien DM yang tidak sadarkan diri harus dipikirkan mengalami keadaan hipoglikemia. Gejala hipoglikemia terdiri dari berdebar-debar, banyak keringat, gemetar, rasa lapar, pusing, gelisah, dan kesadaran menurun sampai koma (PERKENI, 2015).

2) Komplikasi kronik

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien DM saat ini sejalan dengan penderita DM yang bertahan hidup lebih lama. Penyakit DM yang tidak terkontrol dalam waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya komplikasi kronik.

Menurut Smeltzer 2015, kategori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari :

a) Komplikasi makrovaskular

Komplikasi makrovaskular pada DM terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak ateroma. Makroangiopati tidak spesifik pada DM namun dapat timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan lebih serius. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian akibat penyakit kardiovaskular dan penderita DM meningkat 4-5 kali dibandingkan orang normal. Komplikasi makroangiopati umumnya tidak ada hubungan dengan kontrol kadar gula darah yang baik. Tetapitelah terbukti secara epidemiologi bahwa hiperinsulinemia merupakan suatu faktor resiko mortalitas kardiovaskular dimana peninggian kadar insulin dapat menyebabkan terjadinya risiko kardiovaskular menjadi semakin tinggi. Kadar insulin puasa > 15 mU/mL akanmeningkatkan risiko mortalitas koroner sebesar 5 kali lipat.

Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain adalah pembuluh darah jantung atau penyakit jantung koroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah. Hiperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskular.

b) Komplikasi mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Retinopati diabetik dibagi dalam 2 kelompok, yaitu retinopati non proliferatif dan retinopati proliferatif. Retinopati non proliferatif merupakan stadium awal dengan ditandai adanya mikroaneurisma, sedangkan retinopati proliferatif, ditandai dengan adanya pertumbuhan pembuluh darah kapiler, jaringan ikat dan adanya hipoksia retina. Seterusnya, nefropati diabetik adalah gangguan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyaring darah. Nefropati diabetik ditandai dengan adanya proteinuria persisten ($>0,5$ gr/24 jam), terdapat retinopati dan hipertensi. Kerusakan ginjal yang spesifik pada DM mengakibatkan perubahan fungsi penyaring, sehingga molekul-molekul besar seperti protein dapat masuk ke dalam kemih (albuminuria). Akibat dari nefropati diabetik tersebut dapat menyebabkan kegagalan ginjal progresif dan upaya preventif pada nefropati adalah kontrol metabolisme dan kontrol tekanan darah

c) Neuropati

Diabetes neuropati adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat DM. Komplikasi yang tersering

dan paling penting adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu ke bagian tangan. Neuropati berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi.

Menurut Perkeni 2015, gejala yang sering dirasakan adalah:

- (1) Kaki terasa terbakar
- (2) Bergetar sendiri
- (3) dan lebih terasa sakit di malam hari.

Setelah diagnosis DM ditegakkan, pada setiap pasien perlu dilakukan skrining untuk mendeteksi adanya polineuropatidistal. Apabila ditemukan adanya polineuropati distal, perawatan kaki yang memadai akan menurunkan risiko amputasi. Semua penyandang DM yang disertai neuropati perifer harus diberikan edukasi perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki (PERKENI, 2015).

2.2. Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan tindakan keperawatan. Keberhasilan keperawatan sangat tergantung kepada kecermatan dan ketelitian dalam pengkajian. Tahap pengkajian ini terdiri dari 4 komponen antara lain pengelompokan data, analisis data, perumusan diagnosa keperawatan.

Identitas meliputi : Nama, Umur, Alamat, Pendidikan, no MR, Tanggal Masuk Rs, dan Diagnosa Medis.

a. Keluhan Utama

Cemas, lemah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton pernapasan kussmaul, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan dan sakit kepala

b. Riwayat kesehatan sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit (Coma Hipoglikemik, KAD (Ketoasidosis Diabetic) HONK (Hiperosmolar Non Ketotik), penyebab terjadinya penyakit (Coma Hipoglikemik, KAD (Ketoasidosis Diabetic) / HONK (Hiperosmolar Non Ketotik) serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit – penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit, obesitas, riwayat pankreatitis kronik, riwayat melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit) atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiasid, kontrasepsi oral)

e. Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai prilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

f. Aktivitas dan istirahat

Letih, lemah, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun

g. Sirkulasi

Adakah riwayat hipertensi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki yang penyembuhan lama, takikardi, perubahan tekanan darah.

h. Eliminasi

Perubahan pola berkemih(Poliuria,nokturia,anuria)

i. Makanan/cairan

Anoreksia, mual dan muntah,tidak mengikuti diet,penurunan berat badan,haus

j. Neurosensori

Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas, kelemahan pada otot, gangguan penglihatan

k. Nyeri/kenyamanan

Abdomen tegang, nyeri(sedang/berat)

a) Pemeriksaan fisik

(a) Tingkat kesadaran

(b) Tanda-tanda vital

(c) Manifestasi komplikasi : tanda▶ retinopati
ophtamocopic

(d) Suhu kulit, nadi lemah,(posterior tibial dan dorsalis pedia)

(e) Sensai : tumpul/tajam

b) Laboratorium

(a) Serum elektrolit (k dan Na) : Pemeriksaan untuk memantau ketidakseimbangan cairan dalam tubuh.keabnormal K dalam serum atau plasma dapat mengindikasikan adanya gangguan kesehatan tubuh

(b) Glukosa darah : untuk mengukur kadar glukoa darah

(c) BUN dan serum cretinin : untuk mengetahui adanya gangguan fungsi ginjal

(d) Microalbuminuria : untuk mengetahui beratnya gangguan ginjal.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa yang muncul menurut NANDA NIC NOC adalah sebagai berikut :

1. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan
2. Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah
3. Kerusakan integritas jaringan b.d ketidak seimbangan status nutrisi (mis., obesitas, malnutrisi)

4. Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit
(Diabetes Melitus)
5. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer b.d Diabetes
Melitus
6. Resiko ketidak seimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan
dehidrasi
7. Nyeri akut b.d agen cedera fisik
8. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik

2.2.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.2

No	Diagnosa	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	<p>Status nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan gizi tidak menyimpang dari rentang normal 2. Asupan makanan tidak menyimpang dari rentang normal 3. Asupan kalori sepenuhnya adekuat 4. Asupan protein sepenuhnya adekuat 5. Asupan lemak sepenuhnya adekuat 6. Asupan kabohidrat sepenuhnya adekuat 7. Asupan vitamin sepenuhnya adekuat 8. Asupan serat sepenuhnya adekuat 9. Asupan mineral sepenuhnya adekuat 10. Asupan zat besi sepenuhnya adekuat 11. Asupan kalsium sepenuhnya adekuat 12. Asupan natrium sepenuhnya 	<p>Nutrition management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransimakanan yang d miliki pasien 3. Atur diet yang di perlukan 4. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan. 5. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perwatan mulut sebelum makan 6. Monitor kalori dan asupan makanan. 7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan 8. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi <p>Nutrition monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badab pasien 2. Identifikasi berat badan terakhir 3. Monitor togor kulit dan mobilitas 4. Monitor adanya mual dan muntah 5. Monitor adanya pucar, kemerahan

	adekuat 13. Asupan secara oral sepenuhnya adekuat	dan jaringan konjungtiva yang garing 6. Melakukan evaluasi kemampuan menelan
2. Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan glukosa darah tidak adekuat	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan diharapkan gula darah dalam batas normal Kritea Hasil : 1. Penerimaan : kondisi kesehatan 2. Kepatuhan perilaku : diet sehat 3. Dapat mengontrol kadar glukosa darah 4. Dapat memajemen dari mencegah penyakit semakin parah 5. Tingkat pemahaman untuk dan pencegahan komplikasi 6. Dapat meningkatkan istirahat 7. Mengontrol perilaku berat badan 8. Pemahaman manajemen diabetes 9. Status nutrisi adekuat 10. Olahraga teratur	1. Cek kadar glukosa darah 2. Pantau TTV 3. Pemberian insulin seperti yang ditentukan 4. Antisipasi bila kebutuhan insulin meningkat 5. Dorong asupan cairan oral 6. Memantau adanya tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk 7. Konsul ke dokter bila tanda dan gejala hiperglikemi semakin memburuk 8. Tinjau catatan kadar glukosa darah dengan pasien atau keluarga
3. Kerusakan integritas jaringan b.d ketidak seimbangan status nutrisi (mis., obesitas, malnutrisi)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan 1. Suhu kulit tidak terganggu 2. Sensasi tidak terganggu 3. Elastisitas tidak terganggu 4. Hidrasi tidak terganggu 5. Perfusi jaringan tidak terganggu 6. Integritas kulit tidak terganggu	Manjemen cairan 1. Monitor status hidrasi (mis., membran mukosa lembab, denyut nadi kuat, dan tekanan darah ortostatik) 2. Monitir hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan 3. Berikan terapi IV seperti yang di tentukan

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor status homodinamik, termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP 5. Monitor tanda-tanda vital 6. Berikan produk darah (misa., trombosit dan plasma yang baru)
<ol style="list-style-type: none"> 4. Resiko infeksi b.d penyakit kronis (Diabetes Melitus) 	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan tidak ada 2. Demam tidak ada 3. Nyeri tidak ada 4. Jaringan lunak tidak ada 5. Cairan luka yang berbau busuk tidak ada 6. Peningkatan sel darah putih tidak ada 	<p>Infektion kontrol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batsi pengunjung bila perlu 4. Intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunkan sabun anti mikrobial untuk cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Gunkan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan linecental dan drasseng sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunkan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing 	

5.	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d diabetes melitus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan	<ol style="list-style-type: none"> 11. Tingkatkan intake nutrisi 12. Berikan terapi antibiotik bila perlu 13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 14. Monitor hitungan granulosit, WBC 15. Monitor kerentangan terhadap infeksi 16. Batasi pengunjung 17. Sering pengunjung terhadap penyakit menular 18. Pertahankan teknik aspeisis pada pasien yang berisiko 19. Pertahankan teknik isolasi 20. Berikan perawatan kulit pada area epidema 21. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainese 22. Inpeksi kondisi luka/ insisi bedah 23. Dorong masukan nutrisi yang cukup 24. Dorong masukan cairan 25. Dorong istirahat 26. Intruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep 27. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 28. Ajarkan cara menghindari infeksi 29. Laporkan kecurigaan infeksi 30. Laporkan kultur positif
		1. Pengisian kapiler jari tidak ada	Terapi intravena <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi perintah untuk terapi IV

	<ul style="list-style-type: none"> defiasi dari kisaran normal 2. Pengisian kapiler jari tidak ada defiasi dari kisaran normal 3. Suhu kulit, ujung kaki, ujung tangan tidak ada defiasi dari kisaran normal 4. Kekuatan denyut nadi karotis kanan dan kiri tidak ada defiasi dari kisaran normal 5. Kekuatan denyut brakialis kanan dan kirin tidak ada defiasi dari kisaran normal 6. Kekuatan denyut radialiskananan dan kiri tidak ada defiasi dari kisaran normal 7. Kekuatan denyut vemoralis tidak ada defiasi dari kisaran normal 8. Tekanan darah tidak ada defiasi dari kisaran normal 9. Edema periver tidak ada 10. Nakrosis tidak ada 11. Mati rasa tidak ada 12. Kelemahan otot tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Instruksikan pasien tentang prosedur 3. Jaga teknik tentang aseptik dengan ketat 4. Perika tipe cairan, jumlah, kadaluarsa, karakteristik. 5. Identifikasi apakah pasien mendapatkan pengobatan cocok dengan intruksi medis 6. Monitor kecepatan aliran IV 7. Monitor reaksi fisik terhadap adanya cairan yang berlebihan 8. Monitor tanda tanda vital 9. Catat asupan ouput dengan tepat
6.	<p>Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan dan penurunan serum sedium tidak ada deviasi dari kisaran normal 2. Peningkatan dan penurunan serum 	<p>Fluid management</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang kuat 2. Monitor vital sign 3. Dorong masukan oral 4. Berikan cairan IV pada suhu ruangan 5. Kolaborasikan pemberian cairan IV

		potasium tidak ada deviasi dari kisaran normal	
		3. Peningkatan dan tidak ada deviasi penurunan dari kisaran normal	
		4. Peningkatan dan penurunan serum kalsium tidak ada deviasi penurunan dari kisaran normal	
		5. Peningkatan dan penurunan serum magnesium tidak ada deviasi penurunan dari kisaran normal	
		6. Peningkatan dan penurunan serum fosfor tidak ada deviasi penurunan dari kisaran normal	
7.	Nyeri akut b.d agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan	Hypovolemia management
		1. mengenali kapan nyeri terjadi secara konsisten	1. pelihara IV line
		2. menggambarkan faktor penyebab secara konsisten	2. monitor tingkat Hb dan hematokrit
		3. menggunakan tindakan pencegahan secara konsisten	3. monitor tanda vital
		4. menggunakan tindakan pengurangan (nyeri)tanpa analgesik secara konsisten	4. monitor BB
		5. menggunakan analgesik yang direkomendasikan secara konsisten	5. monitor tanda gagal ginjal
		6. mengelkan apa yang terkait dengan gejala nyeri secara konsisten	
		7. melaporkan nyeri yang terkontrol secara konsisten	
			Pain management
			1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
			2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
			3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
			4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
			5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
			6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan lingkungan
			7. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
			8. Tingkatkan istirahat

<p>8. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan terjadi peningkatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan tidak terganggu 2. Cara berjalan tidak terganggu 3. Gerakan otot tidak terganggu 4. Gerakan sendi tidak terganggu 5. Kinerja pengaturan tubuh tidak terganggu 6. Kinerja transfer tidak terganggu 7. Belari tidak terganggu 8. Berjalan tidak terganggu 9. Bergerak mudah tidak terganggu 	<p>9. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>Analgesic administration</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi 3. Cek riwayat alergi 4. Tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali 7. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat <p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan dan lihat respin pasien saat latihan 2. Konsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dengan cegah terhadap cedera 4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik a,bulasi
---	--	--

-
5. Kaji kemampuan dalam mobilisasi
 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan
 7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL
 8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan
 9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
-

2.2.4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2012).

Implementasi menurut teori adalah mengidentifikasi bidang bantuan situasi yang membutuhkan tambahan beragam dan mengimplementasikan intervensi keperawatan dengan praktik terdiri atas keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor (teknis). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien pada batu kandung kemih, pada prinsipnya adalah menganjurkan klien untuk banyak minum, mengobservasi tanda-tanda vital, mengawasi pemasukan dan pengeluaran cairan, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri, memberikan obat dan memantau hasil pemeriksaan darah lengkap sesuai program serta melibatkan keluarga dalam setiap tindakan yang dilakukan. Mendokumentasikan semua tindakan keperawatan yang dilakukan ke dalam catatan keperawatan secara lengkap yaitu ; jam, tanggal, jenis tindakan, respon klien dan nama lengkap perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012).

Menurut teori evaluasi adalah tujuan asuhan keperawatan yang menentukan apakah tujuan ini telah terlaksana, setelah menerapkan suatu rencana tindakan untuk meningkatkan kualitas keperawatan, perawat harus mengevaluasi

keberhasilan rencana penilaian atau evaluasi diperoleh dari ungkapan secara subjektif oleh klien dan objektif didapatkan langsung dari hasil pengamatan. Penilaian keberhasilan dilakukan sesuai dengan waktu yang dicapai dengan kriteria hasil. Pada klien batu ginjal dapat dilihat : nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal dan pengetahuan klien tentang perawatan batu kandung kemih meningkat.

BAB III

FORMAT PENGKAJIAN

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas Klien

Nama/initial	: Ny. Z
Umur	: 64 Thn
Jenis Kelamin	: Perempuan
Satus	: Kawin
Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SD
Alamat	: Pakan Kamih
No MR	: 453023
Ruang Rawat	: Ambunsuri Lantai 3
Tanggal Masuk	: 04 Juni 2018
Tanggal Pengkajian	: 07 Juni 2018
Penanggung Jawab	
Nama	: Tn. D
Umur	: 40 Thn
Hub Keluarga	: Anak
Pekerjaan	: Tani
Diagnosa Medis	: Diabetes Melitus (DM)

3.1.2. Alasan Masuk

Klien mengatakan Gula Darah klien tinggi sejak 3 hari sebelum masuk Rumah Sakit, karna klien jarang kontrol ke Rumah Sakit.

3.1.3. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian , klien mengatakan badan klien terasa letih dan klien mengatakan napsu makan klien menurun dan klien hanya menghabiskan porsi makan ¼ porsi saja dan klien mengatakan nyeri pada hulu hati karna tidak napsu makan sejak 3 hari yll.dan berat badan pasien yaitu 47 kg dan tinggi badan pasien yaitu 150 cm, dan klien mngatakan klien merasa mual dan muntah, dan BAB klien (+), klien mengatakan klien sering BAK yaitu sebanyak 10x, klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pas masuk rumah sakit karna klien jarang kontrol ke rumah sakit kadar gula darah klien yaitu 502, klien mengatakan susah tidur karna klien gelisah tak menentu, dan klien mengatakan kaki klien merasakan kesemutan,klien mengatakan mata klien terasa mengantuk ,kekuatan otot klien yaitu

5555	5555
5555	5555

dan TTV klien saat di kaji Td : 117/68 mmHg, N : 80x/i, P :20x/i, S : 36,0 °C,dan klien mengatakan mata klien kabur, dan klien mengatakan hidung klien tampak kotor dan telinga klien kotor ada sekret, dan rambut klien kotor, dan klien tampak

pucat, dan tingkat kesadaran GCS klien yaitu 15, turgor kulit klien tampak kering

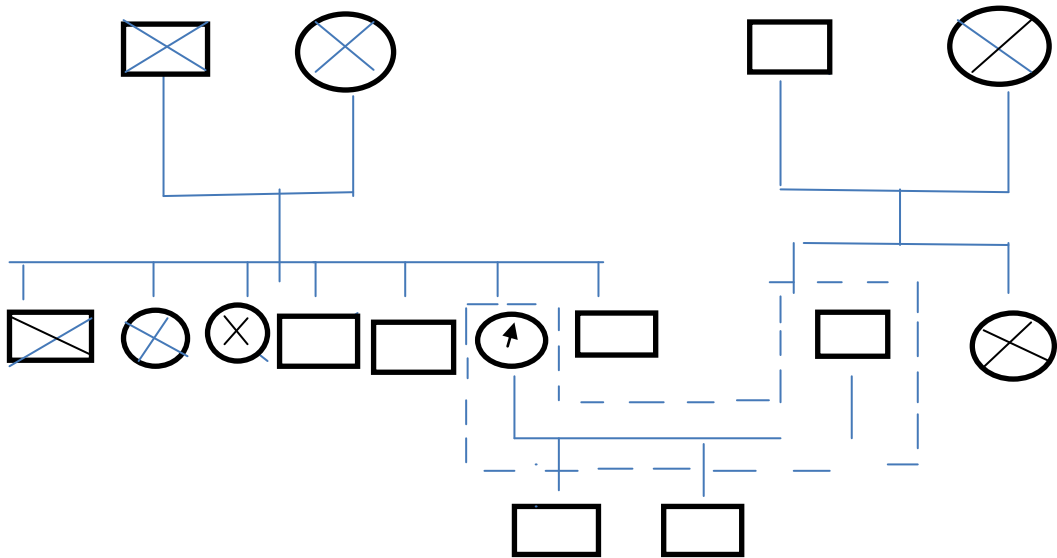
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan klien pernah di rawat sebelumnya di rumah sakit stroke Bukittinggi dengan diagnosa stroke dan gula darah tinggi tahun 2006, klien tidak ada mengalami kelumpuhan, dan klien jarang berolahraga.




3. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keluarga mengatakan keluarga klien tidak ada mengalami penyakit yang sama dengan klien

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki laki
-  : Perempuan
-  : Pasien

 : Sudah meninggal
 : Tinggal serumah

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Compasmentis
2. GCS : E: 4 V: 5 M : 6 = 15
3. BB/TB : 47 kg (pas sakit) 50 kg(sebelum sakit) /150 cm
4. TTV

TD : 117/68 mmHg P : 20x/i

N : 80x/i S : 36,0 °C

1) Kepala

a. Rambut

I : Rambut tampak kering, berketombe, dan beruban.

P : Tidak ada teraba pembengkakan

b. Mata

I : Mata simetris kiri dan kanan, pupil isokor kelopak mata tidak ada kelainan.

P : Tidak ada pembengkakan pada kelopak mata.

c. Telinga

I : Simetris kiri dan kanan, sedikit serumen, fungsi pendengaran kurang baik

P : Tidak adapembengkakan pada telinga

d. Hidung

I : Simetris kiri dan kanan, ada secret, tidak ada terpasang NGT.

P: Tidak ada pembengkakan pada hidung.

e. Mulut

I : Mukosa mulut kering, gigi tidak ada lagi, lidah tampak kotor

2) Leher

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran lymphe, lekuatan leher tidak di temukan

P : Vena jugularis teraba, tidak ada kelenjer tyroid, klenjer betah benih (+)

3) Thorak

a. Paru – paru

I : Simetris kiri dan kanan pergerakan dinding dada.

P : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada teraba pembengkakkan.

P : Terdengar bunyi sonor di semua lapang paru.

A : Terdengar bunyi napas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, WH \neg , KH \neg _

b. Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan, iktus kordis tidak tampak, tidak ada bekas luka, tidak terdapat sinosis.

P : Tidak ada pembengkakan atau benjolan, tidak ada nyeri tekan.

P : Bunyi jantung redap pada batas jantung.

A : Bunyi jantung 1 (Lup) dan bunyi jantung 2 (Dup), tidak ada bunyi tambahan teratur dan tidak ada bunyi tambahan mur dan gllap.

4) Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan tidak ada bekas operasi, warna kulit swomatang.

P : Tidak ada teraba pembengkakan

P : Hepar tidak teraba, tidak ada nyeri tekan pada kuadran kanan bawah abdomen tidak ada luka bekas operasi pada abdomen

A : Bising usus 12x/i

5) Punggung

I : Tidak ada lesi dan tidak ada nyeri pada bagian punggung

P : Tidak ada teraba pembengkakan pada punggung.

6) Ekstermitas

Atas : Tangan kanan dan kiri tidak ada lesi dan tidak ada teraba pembengkakan, tangan kiri terpasang infus dan tidak ada teraba pembengkakan.

Bawah : Kaki kanan dan kiri tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakkan

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

Reflek

- a. Reflek patologis : Babinski
- b. Reflek fisiologi : Bisep

7) Genetalia

Klien tidak ada terpasang kateter dan tidak ada kelainan pada genetalia.

8) Integumen

Warna kulit klien swomateng dan tugor kulit klien kering tidak ada lesi.

9) Persyarafan

Tabel 3.1

No	Syaraf	Fungsi	Kondisi
1	Olfaktorius	Saraf sensorik, untuk penciuman	Baik, klien bisa membedakan bau.
2	Optikus	Saraf sensorik, penglihatan	Kurang baik,

			karna penglihatan klien kurang baik.
3	Thoclearis	Saraf motorik, gerakan bola mata ke bawah dan ke dalam	Baik, klien bisa menggerakkan bola mata ke bawah dan ke dalam.
4	Okulomotorius	Saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontriksi pupil dan sebagian gerakan ekstraokuler.	Baik, klien mampu mengangkat kelopak mata ke atas kondisi pupil baik.
5	Trigeminus	Saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kedip.	Klien tidak mampu menyuarh dengan baik karna gigi klien tidak ada lagi.
6	Abdusen	Saraf motorik, deviasi mata ke lateral.	Baik, klien mampu menggerakkan bola mata

7	Fasialis	Saraf motorik, untuk ekspresi wajah	Baik, klien mampu melakukan pergerakan otot wajah. Seperti senyum, menangis dll.
8	Vestibulococlearis	Saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.	Pendengaran klien kurang baik.
9	Glossofarinques	Saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.	klien mampu membedakan rasa manis dan asam.
10	Vagus	Saraf motorik, dan reflek muntah dan menelan.	Klien kurang mampu menelan dengan baik karna klien merasakan mual dan muntah.
11	Asesorius	Saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.	Klien mampu menggerakkan bahu dengan baik.

12	Hipoglosus	Saraf motorik, untuk gerakan lida saat bicara, suara dan menelan.	Klien mampu menggerakan lidah dengan baik.
----	------------	---	--

3.1.5. Data Biologis

Tabel 3.2

No	Aktifitas	Sehat	Sakit
1	Makan dan minum - Makan Menu Makan kesukaan Pantangan Cemilan Porsi - Minum Jumlah Pantang	Nasi putih, sayur ikan Nasi putih Yang manis manis Tidak ada 1 porsi 10 gelas Yang manis	MLDD1 700 kall Tidak ada Yang manis manis Tidak ada ¼ porsi 5 gelas Yang manis
2	Eliminasi - BAB Frekuensi Warna Bau Kesulitan - BAK	1x Kuning Khas Tidak ada	1x dalam 3 hari. Coklat Khas Tidak ada

	Frekuensi	10x	7x
	Warna	Putih	Putih
	Bau	Pesing	Pesing
	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat dan tidur		
	Waktu tidur	Pagi dan malam	Pagi dan malam
	Lama tidur	8 jam	4 jam
4	Personal hygiene		
	Mandi	1x	1x seminggu
	Cuci rambut	1x dalam 3 hari	1 minggu
	Gosok gigi	Tidak ada	Tidak ada
	Potong kuku	1x seminggu	Selama di rawat di rumah sakit cuma 1x potong kuku

3.1.6. Riwayat alergi

Keluarga klien mengatakan klien tidak ada alergi terhadap makan dan obat-obatan.

3.1.7. Data Psikologis

1. Prilaku non verbal

Klien kurang mampu mempertahankan kontak mata saat bicara.

2. Prilaku verbal

▪ Cara menjawab

Klien agak susah menjawab apa yang di tanyakan.

▪ Cara memberikan informasi

Klien kurang memberikan informasi dengan baik.

3. Emosi

Keluarga klien mengatakan klien ada emosi yang tidak menentu.

4. Persepsi penyakit

Sistem pancaindra klien masih baik hanya penglihatan menurun, pendengaran klien kurang baik penghiduan masih baik.

5. Konsep diri

Klien percaya bahwa penyakit dapat di sembuhkan.

6. Adaptasi

Klien mengatakan tubuhnya tidak sekuat yang dahulu pada ia saat sakit.

3.1.8. Data Sosial

1. Pola komunikasi

Kurang menyambung.

2. Orang yang dapat memberikan rasa nyaman
Anak kandung klien.
3. Orang yang berharga bagi klien
Anak kandung klien.
4. Hubungan dengan keluarga
Baik, pada saat sehat klien sering menemani keluarganya dan sering berkumpul dengan warga masyarakat.

3.1.9. Data Spiritual

1. Keyakinan
Klien menyakini penyakit yang di deritanya saat ini datang dari Allah SWT dan hanya Allah yang dapat menyembuhkan.
2. Keyakinan beribadah
Klien mengatakan pada saat sehat ia selalu mengerjakan sholat 5 waktu, tapi saat sakit ia tidak ada melakukan sholat 5 waktu.
3. Keyakinan
Klien mengatakan setiap penyakit dapat di sembuhkan

3.1.10. Data Penunjang

1. Diagnosa medis
DM (Diabetes Melitus)

2. Pemeriksaan laboratorium

1) Tanggal : 05 Juni 2018 Paramenter

Tabel 3.3.1

No	Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Normal
1	HGB	8,7 (g/dl)	P : 13.0-16.0 W :12.0-14.0
2	RBC	3,55 ($10^6/uL$)	P : 4.5-5.5 W : 4.0-5.0
3	HCT	28,0 (%)	P :4.0-48.0 W :37.0-43.0
4	MCV	78,9 (FL)	
5	MCH	24,5 (Pg)	
6	MCHC-SD	31,1 (g/dl)	
7	RDW-CV	16,2 + (%)	
8	WBC	4,66 ($10^3/uL$)	5,0-10,0
9	EO %	2,6 (%)	1-3
10	BASO %	0,9 (%)	0-1
11	NEUT %	63,6 (%)	50-70
12	LYMPH %	26,2(%)	20-40
13	MONO %	6,7 (%)	2-8
14	EO #	0,12 ($10^3/uL$)	
15	BASO #	0,04 ($10^3/uL$)	
16	NEUT #	2,97($10^3/uL$)	
17	LYMPH #	5,22	

		(10 ³ /uL)	
18	MONO #	0,31 (10 ³ /uL)	
19	PLT	213 (10 ³ /uL)	150-400
20	PDW	14,9 (10 ³ /uL)	
21	MPV	11,5 (PL)	
22	P-LCR	37.4 (%)	
23	PCT	0-24 (%)	
24	LED	3,5	mm/jm. L<10 mm/jm. P <15
25	PT		(9,5-11) sec (28-42) sec

2) Tanggal : 06 Juni 2018

Kimia klinik

Tabel 3.3.2

No	Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Normal
1	Alb	4.4- [g/dl]	3.8-5.4
2	ALT	15- [u/dl]	0-31
3	AST	36- [4/L]	0-31
4	C-Chol	349- [mg/dl]	_ -201
5	C-HDL	55- [mg/dl]	30-85
6	CREAT	0.97- [mg/dl]	0.60- 1.20
7	Gluk	567-[mg/dl]	74-106

8	Trigly	178-[mg/dl]	40-140
9	UA	5.7-[mg/dl]	2.6-6.0
10	UREA	41-[mg/dl]	15-43
11	LDL	258-[mg/dl]	0-130

3) Tanggal 07 juni 2018 Kimia klinik II

Tabel 3.3.3

No	Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Normal
1	Kalium	3.10	3.5-5.5
2	Natrium	137.9	135-147
3	Khlorida	102.0	100-106

4) Tanggal 07 Juni 2018 Parameter

Tabel 3.3.4

No	Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Normal
1	HBC	11.0 [g/dl]	P 13.0 – 16.0 W 12.0 – 14.0
2	RBC	4.25 [g/dl]	P 4.5 – 5.5 W 4.0 – 5.0
3	HCT	33.6 [g/dl]	P 40.0 – 48.0 W 37.0 – 43.0
4	MCV	79.1 - [fL]	
5	MCH	25.1 [pg]	
6	MCHC	32.7 [g/dl]	
7	RDW – SD	46.1 [fL]	

8	RDW – CV	16.4 + [%]		
9	WBC	3.89	5.0	–
		[10 ³ /uL] ↓	10.0	
10	EO %	3.3 [%]	1 – 3	
11	BASO %	1.0 [%]	0 – 1	
12	NEUT %	58.5 [%]	50 – 70	
13	LYMPH %	28.5 [%]	20 – 40	
14	MONO %	8.7 [%]	2 – 8	
15	EO #	0.13		
		[10 ³ /uL]		
16	BASO #	0.04		
		[10 ³ /uL]		
17	NEUT #	2.27		
		[10 ³ /uL]		
18	LYMPH #	1.11		
		[10 ³ /uL]		
19	MONO #	0.34		
		[10 ³ /uL]		
20	PLT	187	150	–
		[10 ³ /uL]	400	
21	PDW	13.6 [fL]		
22	MPV	10.6 [fL]		
23	P-LCR	34.0 [%]		
24	PCT	0.20 [%]		

5) Tanggal 08 Juni 2018

Parameter

Tabel 3.3.5

No	Laboratorium	Hasil pemeriksaan	Normal
1	HBC	11.9 [g/dL]	P 13.0 – 16.0 W 12.0 – 14.0
2	RBC	4.64 [10 ⁶ /dL]	P 4.5 – 5.5 W 4.0 – 5.0
3	HCT	36.0 [%]	P 40.0 – 48.0 W 37.0 – 43.0
4	MCV	77.6 [fL]	
5	MCH	25.6 [pg]	
6	MCHC	33.1 [g/dL]	

7	RDW – SD	44.0 [fl]	
8	RDW – CV	16.0 [%]	
9	WBC	3.82 [$10^3/uL$]	5.0 -10.0
10	EO %	4.5 [%]	1 – 3
11	BASO %	0.8 [%]	0 – 1
12	NEUT %	65.7 [%]	50 – 70
13	LYMPH %	21.7 [%]	20 – 40
14	MONO %	7.3 [%]	2 – 8
15	EO #	0.37 [$10^3/uL$]	
16	BASO #	0.03 [$10^3/uL$]	
17	NEUT #	2.51 [$10^3/uL$]	
18	LYMPH #	0.83 [$10^3/uL$]	
19	MONO #	0.28 [$10^3/uL$]	
20	PLT	152 [$10^3/uL$]	150 – 400
21	PDW	14.0[fl]	
22	MPV	10.5 [fl]	
23	P-LCR	30.2 [%]	
24	PCT	0.16 [%]	

6) Glukosa darah

Tabel 3.3.6

No	Hari / tanggal	Laboratorium	Hasil pemeriksaan
1	Kamis / 07 Juni 18	GDR	371 mg/dl
2	Juma'at / 08 Juni 18	GDR	233 mg/dl
3	Sabtu / 09 Juni 18	GDR	119 mg/dl

3.1.11. Data Pengobatan

Tabel 3.9

No	Pengobatan	Dosis, Aturan pakai	Kegunaan	Efek samping
1	Oral			

- Amlodipin	5 mg, 1x5	Obat penyumbat saluran kalsium yang melebarkan pembuluh darah dan untuk menangani nyeri dada akibat angina(angin duduk) serta berbagi kondisi lain yang di sebabkan penyakit jantung koroner.	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa lelah atau pusing dan mengantuk • Jantung berdegup kencang • Merasa mual dan tidak nyaman di bagian perut • Pergelangan kaki bengkak
- Alprazolam	0.5 ml. 1x1	Untuk mengatasi gangguan kesemasan dan serangan panik.obat ini dapat penggunaanya merasa lebih tenang dan tidak terlalu tegang .	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan produksi air ludah • Perubahan gairah seksual. • Perubahan suasana hati. • Gangguan ingatan
2 Inj			
- Ranitidine	2x1	Menangani gejala atau penyakit yang berkaitan dengan asam lambung yang berlebihan	<ul style="list-style-type: none"> • Diare • Muntah • Sakit kepala • Insomnia • Ruam • Konstipasi • Sakit perut • Sakit menelan • Urin keruh
- Novarafid	3x8 ui	Untuk mengurangi tingkat gula darah tinggi pada orang dewasa, remaja dan	<ul style="list-style-type: none"> • Pembengkakan kaki. • Reaksi

			anak – anak berusia 10 tahun ke atas dengan diabetes melitus (kecing manis)	<ul style="list-style-type: none"> • lokal • Hipertrofi lemak di tempat suntikkan
	- Levemir		Untuk perawatan diabetes tipe 2 pada orang dewasa, diabetes tipe 1 pada orang dewasa dan anak- ank berusia minimal 2 tahun dan kondisi lain	<ul style="list-style-type: none"> • Gatal – gatal • Pembengkakan • Kemerahan • Pembengkakan pada tangan dan kaki • Kadar kalium rendah
3	IVFD			
	RL	20 tetes/ menit	Umumnya digunakan sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai alkalisator, obat ini di berikan untuk meringan beberapa kondisi di antaranya : ketidakseimbangane lektrolit tubuh, diare, luka bakar, gagal ginjal akut, kadar natrium rendah, kekurangan kalium, kehilangan banyak darah dan cairan, hipertensi, dan gangguan irama jantung (Aritmia)	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri dada • Datak jantung tidak normal • Turunnya tekanan darah • Kesulitan bernapas • Batuk • Bersin – bersin • Ruam kulit • Gatal pada kulit • Sakit kepala

3.1.12. Data Fokus

a. Data subjektif

- Klien mengatakan kaki dan tangan klien merasakan kesemutan
- BAB klien (+), BAK yaitu sebanyak 10x/hari,
- Klien mengatakan badan klien terasa letih
- Klien mengatakan mata klien kabur
- Berat badan klien yaitu 47 kg dan tinggi badan pasien yaitu 150 cm,
- Klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pada saat masuk rumah sakit karna klien jarang kontrol ke rumah sakit kadar gula darah klien yaitu 571,
- Klien mengatakan susah tidur
- Klien mengatakan mata klien terasa mengantuk
- Klien mengatakan napsu makan klien menurun
- Klien mengatakan nyeri pada hulu hati karna tidak napsu makan
- Klien mngatakan klien merasa mual dan muntah
- Klien mengatakan badan terasa gatal-gatal
- Klien mengatakan kepala klien gatal-gatal
- Klien mengatakan badan terasa berkeringat

b. Data objektif

- GCS klien yaitu 15, kekuatan otot klien yaitu

5555	5555
5555	5555

- TTV

TD : 117/68 mmHg

N : 80x/i

P : 20x/i

S : 36 °C

- Klien tampak terbaring lemah
- Klien tampak sering ke kamar mandi
- Infus terpasang RL 20 tetes/i
- Urine klien kuning jernih
- Klien hanya menghabiskan porsi makan ¼ porsi saja
- Klien tampak mual pada saat akan makan
- Bibir klien tampak kering, pecah-pecah
- Klien gelisah tak menentu
- Hidung klien tampak kotor
- Telinga klien kotor ada sekret
- Rambut klien kotor
- Turgor kulit klien tampak kering
- Muka klien tampak berminyak
- Baju klien tampak kotor

3.1.13. Analisa Data

Tabel 3.10

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan kaki dan tangan klien merasakan kesemutan • BAB klien (+), BAK yaitu sebanyak 10x/hari, • klien mengatakan badan klien terasa letih • klien mengatakan mata klien kabur • klien mengatakan mata klien terasa mengantuk • berat badan pasien yaitu 47 kg dan tinggi badan pasien yaitu 150 cm, • klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pada saat masuk rumah sakit karna klien jarang kontrol ke rumah sakit kadar gula darah klien yaitu 571, <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak terbaring lemah • Klien tampak sering ke kamar mandi • Urine klien kuning jernih • Bibir klien 	Ketidak stabilan glukosa darah	Pemantauan gula glukosa darah tidak adekuat

	tampak pecah – pecah		
	<ul style="list-style-type: none"> • TTV 		
	TD : 117/68 mmHg		
	N : 80 x/i		
	P : 20 x/i		
	S : 36 °C		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gula darah : 571 mg/dl • Infus terpasang RL 20 gtt/i 		
2	DS :	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat
	<ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan napsu makan klien menurun sejak 3 hari yang lalu. • klien mengatakan nyeri pada hulu hati karna tidak makan • klien mengatakan klien merasa mual dan muntah 		
	DO :		
	<ul style="list-style-type: none"> • klien hanya menghabiskan porsi makan ¼ porsi saja • klien tampak mual pada saat akan makan • bibir klien tampak kering, pecah-pecah • klien tampak mual muntah pada saat mau makan • turgor kulit tampak kering • TTV 		
	TD : 117/68 mmHg		
	N : 80x/i		
	S : 36°C		
	P : 20x/i		
	<ul style="list-style-type: none"> • BB 50 kg sebelum masuk rumah sakit dan 		

setelah masuk
rumah sakit
terjadi penurunan
menjadi 47 kg

3

DS :

- klien mengatakan badan terasa gatal-gatal
- klien mengatakan kepala klien gatal-gatal
- klien mengatakan badan terasa berkeringat

Ganguann
defisit diri

Tidak
mampu
membersihkan diri
secara
mandiri

DO :

- klien gelisah tak menentu
- hidung klien tampak kotor
- telinga klien kotor ada sekret
- rambut klien kotor
- turgor kulit klien tampak kering
- muka klien tampak berminyak
- baju klien tampak kotor
- TTV

TD : 117/68 mmHg

N : 80x/i

P : 20x/i

S : 36°C

- Kesadaran klien komposmentis
- Kekuatan otot klien

5555	5555
5555	5555

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan
2. Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan dan kelemahan

3.3. Rencana Keperawatan

Tabel 3.11

NO	DIANGNOSA	NOC	NIC
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gula darah dalam batas normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan gizi tidak menyimpang dari rentang normal 2. Asupan makanan tidak menyimpang dari rentang normal 3. Asupan kalori sepenuhnya adekuat 4. Asupan protein sepenuhnya adekuat 5. Asupan lemak sepenuhnya adekuat 6. Asupan kabohidrat sepenuhnya adekuat 7. Asupan vitamin sepenuhnya adekuat 8. Asupan serat sepenuhnya adekuat 9. Asupan mineral sepenuhnya adekuat 10. Asupan zat besi sepenuhnya adekuat 11. Asupan kalsium sepenuhnya adekuat 12. Asupan natrium sepenuhnya adekuat 13. Asupan secara oral sepenuhnya adekuat 	<p>Nutrition management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransimakanan yang d miliki pasien 3. Atur diet yang di perlukan 4. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan. 5. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perwatan mulut sebelum makan 6. Monitor kalori dan asupan makanan. 7. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan 8. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi <p>Nutrition monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badab pasien 2. Identifikasi berat badan terakhir 3. Monitor togor kulit dan mobilitas 4. Monitor adanya mual dan muntah 5. Monitor adanya pucar, kemerahan dan jaringan konjungtifa yang garing

		6. Melakukan evaluasi kemampuan menelan
2	Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3 x 24 jam ,diharapkan terjadi peningkatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aliran darah melalui pembuluh darah pangreas tidak ada defiasi dari kisaran normal 2. Aliran darah melalui saluran pembuluh darah gastrointerstinal tidak ada defiasi dari kisaran normal 3. Tekanan darah diastolik dan sistolik tidak ada defiasi dari kisaran normal 4. Output urin tidak ada defiasi dari kisaran normal 5. Bising usus tidak ada defiasi dari kisaran normal 6. Berat jenis urine tidak ada defiasi dari kisaran normal 7. Enzim pangreas tidak ada defiasi dari kisaran normal 8. Haus abnormal tidak ada 9. Mual muntah tidak ada <p>Identifikasi resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji ulang riwayat kesehatan masalalu 2. Identifikasi resiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik 3. Instruksikan rencana untuk mengurangi fajtor resiko <p>Manajemen obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan oabat apa yang di perlukan 2. Monitor aktifitas cara pemberian obat yang sesuai 3. Monitor pasien mengenai efek tarapeutik obat 4. Monitor efek samping obat 5. Fasilitasi perubahan pengobatan dengan dokter <p>Terapi nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intek makanan atau cairan 2. Monitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 3. Pastikan bahwa diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mecegah konstipasi 4. Bantu pasien memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai kebutuhan

3	Defisit perawatan diri kelelahan dan kelemahan	b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat.	Bantuan perawatan diri
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Masuk dan keluar dari mandi tidak terganggu 2. Mengambil alat atau bahan mandi tidak terganggu 3. Mendapat air mandi tidak terganggu 4. Mandi dengan bersiram tidak terganggu 5. Mencuci wajah tidak terganggu 6. Mandi dengan bersih tidak terganggu 7. Mandi dengan bersiram tidak terganggu 8. Mencuci badan bagian atas tidak terganggu 9. Membersihkan areaperineum tidak terganggu 10. Mengeringan badan tidak terganggu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan budaya pasien saat mempromosikan aktifitas perawatan 2. Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktifitas perawatan 3. Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang di lakukan 4. Letakkan handuk sabun deodoran, alat cukur, dan asesoris lain yang di perlukan di sisi tempat tidur atau kamar mandi 5. Fasilitasi pasien untuk meggosok gigi dengan tepat 6. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat 7. Monitor integritas kulit pasien 8. Monitor kerbersihan kuku sesuai kemampuan merawat diri pasien 9. Jaga riktual kebersihan 10. Berikan bantuan pasien sampai benar benar mampu merawat diri sendiri

3.4. Implementasi

Tabel 3.12

No	Hari dan Tanggal	Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis, 07 Juni 2018	10.00 – 12.00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	<ol style="list-style-type: none"> Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien Mengatur diet yang diperlukan Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan Memonitor kalori dan asupan makanan. Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nafsu makan menurun Klien mengatakan nyeri pada hulu hati <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan saja Klien tampak mual muntah pada saat makan Bibir klien tampak pecah – pecah Tugor kulit tampak kering BB sakit : 47 Kg BB Sehat : 50 Kg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kurang dari 	

				kebutuhan tubuh
				P : intervensi dilanjutkan
2	Kamis , 07 juni 2018	11.00 wib	Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah	<p>1. Mengkaji ulang riwayat kesehatan masalalu</p> <p>2. Mengidentifikasi resiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik</p> <p>3. Meninstruksikan rencana untuk mengurangi faktor resiko</p> <p>4. Menentukan obat apa yang di perlukan</p> <p>5. Memonitor aktifitas cara pemberian obat yang sesuai</p> <p>6. Memonitor pasien mengenai efek tarapeutik obat</p> <p>7. Memonitor efek samping obat</p> <p>8. Memonitor intake makanan atau cairan</p> <p>9. Memonitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>10. Memastikan bahwa diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mecegah konstipasi</p> <p>11. Membantu pasien memilih makanan yang lunak, lembut</p>
				<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini - Klien mengatakan cek gula darah setiap hari selama di rumah sakit - Klien mengatakan badan terasa letih - Klien mengatakan penglihatan kabur - Klien mengatakan mata terasa mengantuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring lemah - Urin klien tampak kuning jernih - Gula darah : 307 mg/Dl 2 jam PP - TD : 119/68 mmHg

dan tidak mengandung asam
sesuai kebutuhan

- Nadi : 80 x/i
- P : 20 x/i
- Suhu : 36,0 °C
- Terapi : inj.
 - Ranitidin 2x1
dilanjutkan
 - Novarapid 3x9
umt

A : Ketidakstabilan
kadar glukosa darah

P : intervensi
dilanjutkan

4. Menentukan obat apa
yang di perlukan
5. Memonitor aktifitas
cara pemberian obat
yang sesuai
6. Memonitor pasien
mengenai efek
tarapeutik obat
7. Memonitor efek
samping obat
8. Memonitor intake
makanan atau cairan

3	Kamis , 07 juni 2018	09.00 – 12.00 WIB	Defisit perawatan diri b.d kelelahan dan kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertimbangan budaya klien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri 2. Mempertimbangan usia klien ketika mempromosikan aktifitas perawata diri 3. Menentukan jumlah dan jenisbantuan yang dibutuhkan 4. Menempat handuk sabun deodoran alat cukur dan aksesoris lainnya yag di butuhkan di samping tempat tidir atau di kamar mandi 5. Menyediakan artikel priadi yang di inginkan 6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik danmemastikan hangat santai pengalaman priba 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak pernah mandi selama di rawat di rumah sakit - Klien mengatakan badan terasa gatal – gatal - Kepala klien terasa gatal – gatal <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - muka klien tampak berminyak - baju klien tampak kotor <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit perawatan diri <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.Mempertimbangan usia klien ketika mempromosikan aktifitas perawata diri 3.Menentukan
---	----------------------	-------------------	--	--	--

					jumlah dan jenisbantuan yang dibutuhkan
					5.Menyediakan artikel priadi yang di inginkan
					6.Menyediakan lingkungan yang terapeutik danmemastikan hangat santai pengalaman priba
4	Jum'at 08 juni 2018	08.00 – 12.00 WIB	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan status gizi pasien S : dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransimakanan yang d miliki pasien 3. Mengaturtur diet yang di perlukan 4. Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan. 5. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makan menurun - Klien mengatakan nyeri pada hulu hati - Klien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan saja - Klien tampak mual muntah pada saat

				sebelum makan		makan
				6. Memonitor kalori dan asupan makanan.	-	Bibir klien tampak pecah – pecah
				7. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan	-	Tugor kulit tampak kering
				8. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi	-	BB sakit : 47 Kg BB Sehat : 50 Kg
					A :	- Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
						P : intervensi dilanjutkan
						3. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering
						4. Berikan makanan selagi hangat
						5. Monitor turgor kulit
5	Jum'at 08 juni 2018	08.00 – 12.00 WIB	–	Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah	1. Mengkaji ulang riwayat kesehatan masalalu 2. Mengidentifikasi resiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik 3. Meninstruksikan rencana untuk	S : - Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini - Klien mengatakan cek gula darah setiap hari selama di rumah

-
- | | |
|---|--|
| <p>mengurangi faktor resiko</p> <p>4. Menentukan obat apa yang di perlukan</p> <p>5. Memonitor aktifitas cara pemberian obat yang sesuai</p> <p>6. Memonitor pasien mengenai efek tarapeutik obat</p> <p>7. Memonitor efek samping obat</p> <p>8. Memonitor intake makanan atau cairan</p> <p>9. Memonitor instruksi diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>10. Memastikan bahwa diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>11. Membantu pasien memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai kebutuhan</p> | <p>- sakit</p> <p>- Klien mengatakan badan terasa letih</p> <p>- Klien mengatakan penglihatan kabur</p> <p>- Klien mengatakan mata terasa mengantuk</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak terbaring lemah</p> <p>- Urin klien tampak kuning jernih</p> <p>- Gula darah : 307 mg/Dl 2 jam PP</p> <p>- TD : 119/68 mmHg</p> <p>- Nadi : 80 x/i</p> <p>- P : 20 x/i</p> <p>- Suhu : 36,0 °C</p> <p>- Terapi : inj.</p> <p>- Ranitidin 2x1 dilanjutkan</p> <p>- Novarapid 3x9 umt</p> |
|---|--|
-

A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah

P : intervensi dilanjutkan

6	Jum'at , 08 juni 2018	08. 00 – 12.00 WIB	Defisit perawatan diri b.d kelelahan dan kelemahan	<ol style="list-style-type: none">1. Mempertimbangan budaya klien - klien mengatakan sudah ada mandi selama di rawat di rumah sakit.2. Mempertimbangan usia klien ketika O: - klien tampak sudah bersih3. Menentukan jumlah dan jenisbantuan yang dibutuhkan - baju klien suadh tampak bersih - muka klien sudah tidak ada berminyak lagi4. Menempat handuk sabun deodoran alat cukur dan aksesoris lainnya yag di butuhkan di samping tempat tidir atau di kamar mandi5. Menyediakan artikel priadi yang di inginkan	S : - klien mengatakan sudah ada mandi selama di rawat di rumah sakit. O: - klien tampak sudah bersih - baju klien suadh tampak bersih - muka klien sudah tidak ada berminyak lagi A : defisit perawatan diri P : intervensi di
---	-----------------------	--------------------	--	---	--

				6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dan memastikan hangat santai pengalaman pribadi	lanjutkan 3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan 6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dan memastikan hangat santai pengalaman pribadi
7	Sabtu, 09 Juni 2018	08.00 – 12.00 wib	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan	<ol style="list-style-type: none"> Menentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien Mengatur diet yang diperlukan Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah mau makan Klien mengatakan nyeri pada hulu hati sudah tidak ada <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien sudah menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan Klien tidak ada merasakan mual muntah

				sebelum makan	- BB sakit : 47 Kg
				6. Memonitor kalori dan asupan makanan.	- BB Sehat : 50 Kg
				7. Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan	A : - Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
				8. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi	
					P : intervensi dihentikan
8	Sabtu , 09 juni 2018	08.00 – 12.00 WIB	Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang riwayat kesehatan masalah 2. Mengidentifikasi resiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik 3. Meninstruksikan rencana untuk mengurangi faktor resiko 4. Menentukan obat apa yang di perlukan 5. Memonitor aktifitas cara pemberian obat yang sesuai 6. Memonitor pasien mengenai efek tarapeutik obat 7. Memonitor efek samping obat 8. Memonitor intake makanan atau cairan 9. Memonitor instruksi diet yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini - Klien mengatakan cek gula darah setiap hari selama di rumah sakit - Klien mengatakan badan terasa letih - Klien mengatakan penglihatan kabur - Klien mengatakan mata terasa mengantuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak

				sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi	terbaring lemah
				10. Memastikan bahwa diet mengandung makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi	- Urin klien tampak kuning jernih - Gula darah : 307 mg/Dl 2 jam PP
				11. Membantu pasien memilih makanan yang lunak, lembut dan tidak mengandung asam sesuai kebutuhan	- TD : 119/68 mmHg - Nadi : 80 x/i - P : 20 x/i - Suhu : 36,0 °C - Terapi : inj. - Ranitidin 2x1 dilanjutkan - Novarapid 3x9 umt
					A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah
					P : intervensi dihentikan
9	Sabtu , 09 juni 2018	08.00 – 12.00 WIB	Defisit perawatan diri b.d kelelahan dan kelemahan	1. Mempertimbangan budaya klien mempromosikan aktifitas mempromosikan aktifitas perawat diri	S : - klien mengatakan sudah ada mandi selama di rawat di rumah sakit

-
2. Mempertimbangan usia klien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri
O : melakukan perawatan diri pada klien
 3. Menentukan jumlah dan jenisbantuan yang dibutuhkan
A : masalah teratasi defisit perawatan diri
 4. Menempat handuk sabun deodoran alat cukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidir atau di kamar mandi
P : intervensi di hentikan
 5. Menyediakan artikel pribadi yang di inginkan
 6. Menyediakan lingkungan yang terapeutik danmemastikan hangat santai pengalaman pribadi
-

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Ny. Z dengan Diagnosa Diabetes Melitus Diruangan Rawat inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinnnggi pada tanggal 07-09 Juni 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi

4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito & Moyet, 2007)

Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari Ny. Z, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

a. Identitas klien

Pada tinjauan kasus dan teori tidak ada terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak ada kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, dan keluarga klien juga banyak memberikan informasi jika ditanya

a. Keluhan utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Secara teoritis cemas, lemah, anoreksia, mual muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton pernapasan kussmaul, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan dan sakit kepala

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ada menderita penyakit lain yaitu Stroke, pada konsep teoritis Riwayat kesehatan dahulu adanya riwayat penyakit jantung, obesitas.

c. Riwayat kesehatan keluarga.

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien, karena dikonsep teoritis terdapat penyebab Diabetes Melitus yang paling tinggi yaitu faktor genetik(Keturunan), namun pada teori kasus tidak ada keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

d. Pemeriksaan fisik

1. Kesadaran

Pada saat melakukan pengkajian kesadaran klien yaitu composmentis dengan Glasgow Coma scale (GCS) 15 E (respon membuka mata) : 4 V (Respon verbal/bicara) : 5 M(Respon

motorik/perintah) : 6, tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

2. Head to toe

a) Kepala dan leher

Secara teoritis yang di kaji bentuk, kebersihan, ada bekas trauma atau tidak, yang di dapatkan saat melakukan pengkajian rambut klien tampak kotor, kusam dan tidak lesi disekitar kepala, tidak ada maslah di bagian kepala klien, tidak ada kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

b) Mata

Secara teoritis umumnya penglihatan kabur dan kelopak mata terkulai dan saat dilakukan pengkajian penglihatan klien kabur dan klien merasa ingin tidur saja, tidak ada kesenjanga secara teoritis dan tinjauan kasus

c) Telinga, hidung, mulut dan tenggorokan

Secara teoritis yang di kaji yaitu bentuk, kebersihan, fungsi indranya adanya gangguan atau tidak. Dan pada saat dilakuakan pengkajian tidak terdapat gangguan namun pada pemeriksaan hidung, telinga dan mulut klien tampak kotor dan aad sekret, mukosa bibir klien tampak kering, jadi tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

e. Pemeriksaan penunjang

Pada tinjauan teoritis dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium, dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa. Kemudian dilakukan dengan tes toleransi glukosa oral standar. sedangkan pada tinjauan kasus dilakukan pemeriksaan laboratorium juga dan pada pemeriksaan dapat hasilnya negatif glukosa darah Untuk kelompok resiko DM tinggi seperti usia dewasa atau tekanan darah tinggi, obesitas, dan adanya riwayat keluarga menghasilkan pemeriksaan negatif perlu penyaringan setiap tahun. Bagi beberapa pasien yang berusia tua tanpa faktor resiko, pemeriksaan penyaring dapat dilakukan setiap 3 tahun

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel (NANDA (North American Nursing Dianosis Association), 2012).

Pada tinjauan teoritis ditemukan 8 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan Diabetes Melitus menurut teori (NANDA NIC NOC, 2015) yaitu:

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan
- b. Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah
- c. Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah
- d. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene)
- e. Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus)
- f. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (Diabetes Melitus)
- g. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi
- h. Nyeri akut b.d agen cedera fisik
- i. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosa prioritas, aktual, dan potensial. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah:

- a. Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah

Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu, saat dilakukan pengkajian hari kamis 7 Juni 2018 pukul 08:00 WIB keluarga klien mengatakan

glukosa darah klien tinggi 3 hari sebelum masuk rumah sakit yaitu 567 mg/dl, karena klien jarang kontrol ke rumah sakit, klien mengatakan kaki dan tangan klien merasakan kesemutan, suhu tubuh klien 36 °C , pernafasan 20 x i, nadi 80 x i, klien tampak terbaring lemah, klien tampak sering ke kamar mandi.

a. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Faktor pendukung kedua yaitu, saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan nafsu makan berkurang, mengalami mual muntah pada saat mau makan, klien mengatakan nyeri pada hulu hati karena tidak nafsu makan. Klien tampak lemas / lesu, klien tampak mual saat mau makan, porsi yang dihabiskan klien $\frac{1}{4}$ dari porsi biasanya, bibir klien tampak kering dan pecah-pecah

b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan dan kelemahan

Faktor pendukung ketiga yaitu, saat dilakukan pengkajian keluarga klien klien mengatakan badan terasa gatal-gatal, klien mengatakan kepala klien gatal-gatal, klien mengatakan badan terasa berkeringat. Hidung klien tampak kotor, telinga klien kotor ada sekret, rambut klien kotor, turgor kulit klien tampak kering, muka klien tampak berminyak, baju klien tampak kotor.

Diagnosa pada teori yang tidak ditemukan di kasus adalah :

- a. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal. 297)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada hari Kamis 07 Juli 2018, pada Ny.Z klien mengatakan tidak ada kerusakan jaringan / luka, pada tubuh klien tidak ada tampak bekas luka.

- b. Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus)(Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.326)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada Ny.Z klien mengatakan infus terpasang RL lebih kurang 3 hari, tidak ada tampak kemerahan pada tangan infus klien, tidak ada tampak pembengkakan, Jadi penulis tidak mengangkat diagnosa resiko infeksi ini.

- c. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer b.d , proses penyakit (Diabetes Melitus) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.306)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada Ny. Z nadi dapat klien teraba, tidak ada pembengkakan pada kaki, jadi penulis tidak mengangkat diagnosa ini

- d. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.335)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada Ny Z klien mengatakan pingin terus mium air putih, klien tampak menghabiskan minum 5 gelas per hari, jadi penulis tidak

mengangkat diagnosa ini karna normal minum dalam sehari itu 8 gelas per hari.

- e. Nyeri akut b.d agen cedera fisik (Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.307)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu pada saat pengkajian pada Ny Z klien tidak ada mengatakan nyeri pada apa pun, klien tidak ada luka atau bekas luka operasi jadi penulis tidak ada mengangkat diagnosa ini karna klien tidak mengalami nyeri akut

- f. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.283)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini yaitu saat melakukan pengkajian pada Ny Z klien mengatakan bisa beraktifitas sendiri tanpa di bantu keluarga, klien tampak bisa makan sendiri, klien tampak bisa ke kamar kecil sendiri, jadi penulis tidak mengangkat diagnosa ini.

4.3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2008).

Dalam menyusun rencana tindakan Keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a. Untuk Diagnosa pertama

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh rencana yang dilakukan adalah kaji adanya alergi makanan, timbang BB, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, berikan makanan selagi hangat, kolaborasi dengan tim ahli gizi tentang diet yang diberikan.

b. Untuk Diagnosa kedua

Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah tindakan yang dilakukan adalah Cek kadar glukosa darah, Pantau tanda-tanda dan gejala hiperglikemia : poliuria, polidipsi, polipagia, kelesuan, malaise, mengburkan visi, atau sakit kepala, Pantau TTV, Kelola insulin seperti yang ditentukan, Dorong asupan cairan oral, Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk

c. Untuk Diagnosa ketiga

Defisit perawatan diri rencana tindakan yang dilakukan adalah melakukan memandikan, Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, Ajarkan cara memandikan pada keluarga klien.

4.4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Asmadi, 2008).

a. Untuk Diagnosa pertama

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh rencana yang dilakukan adalah kaji adanya alergi makanan, timbang BB, anjurkan klien makan sedikit tapi sering, berikan makanan selagi hangat, kolaborasi dengan tim ahli gizi tentang diet yang diberikan.

b. Untuk Diagnosa kedua

Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah tindakan yang dilakukan adalah Mengecek kadar glukosa darah, Memantau tanda-tanda dan gejala hiperglikemia : poliuria, polidipsi, polipagia, kelesuan, mialgia, menurunnya visi, atau sakit kepala, Memantau TTV, Mengelola insulin seperti yang ditentukan, Mendorong asupan cairan oral, Mengkonsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk

c. Untuk Diagnosa ketiga

Defisit perawatan diri rencana tindakan yang dilakukan adalah melakukan memandikan, Menjaga privasi klien, Tempatkan handuk, sabun, dan alat lainnya yang dibutuhkan klien, menyediakan lingkungan yang terapeutik, santai, hangat dan personal, Memantau

kebersihan kuku, rambut, Memantau integritas kulit, Memantau hygiene klien.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan

4.5. Evaluasi

Dari 3 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 7 Juni 2018-9 Juni 2018.

- a. Pada Diagnosa Pertama yaitu Resiko ketidak efektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah dianggap sudah teratasi sebagian karena kadar glukosa darah klien sudah turun.
- b. Pada Diagnosa Kedua yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat, dianggap sudah teratasi sebagian karena klien sudah menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan.
- c. Pada Diagnosa Ketiga Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan dan kelemahan di anggap sudah teratasi karna pasien sudah bisa mandi sendiri.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Dari pelaksanaan asuhan keperawatanyang telah dilakukan pada Ny. Z dengan Diabetes Melitus di ruang rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 07 sampai 09 Juni 2018 dapat di simpulkan :

a) Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus dapat dilakukan dengan baik dan tidak ada mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.

b) Diagnosa

Pada diagnosa asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus di dapat 3 diagnosa di tinjaun kasus.

c) Perencanaan asuhan keperawatan

Perencanaan asuahn keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus ada yang dapat di terapkan di rumah sakit dan ada yang tidak dapat di terapkan di rumah sakit.

d) Implementasi asuhan keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus ada yang dapat dilakukan di rumah sakit dan ada yang tidak dapat dilakukan di rumah sakit di karenakan ada sebagian sudah di lakukan oleh perawat diruangan seperti pemasangan infus dan pemberian terapi.

e) Evaluasi

pada klien dengan Diabetes Melitus dapat dilakukan dan dari 3 diagnosa tersebut semua masalah dapat teratasi dan pasien sudah di izinkan pulang oleh dokter.

5.2 SARAN

1) Bagi Penulis

Diharapkan bagi penulis agar dapat mencari tau memberikan lebih banyak lagi pengetahuan tentang Diabetes Melitus sehingga penulis bisa memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Diabetes Melitus, bagaimana penyebab dan juga cara pencegahan pada penyakit tersebut.

2) Bagi Instusi Pendidikan

Menjadi sumber referensi yang baik dalam memahami tentang Diabetes Melitus dan juga menjadia acuan untuk Asuhan Keperawatan pasien dengan Diabetes Melitus .

3) Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya Diabetes Melitus sebaiknya pasien diberikan informasi yang memadai mengenai Diabetes Melitus itu sendiri dan aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan dapat dilakukan dengan segera. Dan adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita Diabetes Melitid, maka harus segera dilakukan perawatan yang intensif.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). (2013). Diabetes basic. [Http://www.diabetes.org/diabetes-basics/](http://www.diabetes.org/diabetes-basics/) diakses tgl 11 juni 2017.
- Amin, Hardi. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta : Mediacion
- IDF. (2015). *Idf diabetes atlas sixth edition*. Diakses pada tanggal 15 April 2016 dari https://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2015_EN.pdf
- Kementerian RI tahun 2013. Diakses : 7 Januari 2017 pukul 11.30 WIB dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risesdas%202013.pdf>
- NANDA, 2015-2017, Diagnosa Keperawatan NANDA Definisi & Klasifikasi.
- PERKENI.(2015). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PERKERNI.
- Price, Sylvia A. Wilson dkk, 2012. *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Ed 6. Jakarta; EGC; 2012
- Rendy dan Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riset Kesehatan Dasar (Risesdas). 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*
- Smeltzer, S.C. dan B.G Bare. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC
- Yuliana Elin, Andrajat Retnosari, 2009. *ISO Farmakoterapi*. Jakarta : ISFI

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : Fitri Asmayeni
Tempat / Tanggal Lahir : Titisan Tunggang / 22 Maret 1996
Alamat : Jl. Puti Bungsu, Jorong V Sungai Jaring
Kec.Lubuk Basung

II. Nama Orang Tua







Ayah : Muslim
Ibu : Asmi

III. Pendidikan

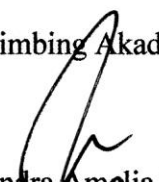
Tamat SD Negeri 32 Sungai Jaring (Lubuk Basung) : Tahun 2004-2009
Tamat MTsN 2 Lubuk Basung : Tahun 2009-2013
Tamat SMA Negeri 1 Lubuk Basung : Tahun 2013-2015
D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2015-2018

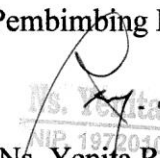
DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERIMTIS PADANG

NAMA MAHASISWA : FITRI ASMAYENI
NIM : 1514401006
JUDUL STUDI KASUSU : Asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan
diagnosa Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap
Ambun Suri Lantai III Rsud Dr. Achmad Mhochtar
Bukittinggi

No	Hari / Tanggal	Datang		Pulang		Ket
		Jam	Paraf	Jam	Paraf	
1.	Kamis, 07 Juni 2018	07.30		12.00		
2.	Jum'at, 08 Juni 2018	07.30		12.00		
3.	Sabtu, 09 Juni 2018	07.30		12.00		

Bukittinggi, 07 Juni 2018

Pembimbing Akademik

(Ns. Endra Amelia M. Kep)

Pembimbing Klinik

(Ns. Yenita Roza S. Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN




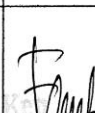

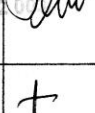

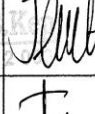
Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni

Nim : 1514401006

Pembimbing : Ns.Endra Amalia, M.Kep

Ns. Yenita Roza, S.Kep

Judul KTI Studi Kasus :Asuhan keperawatan pada klien Ny.z dengan diagnosa Diabetes Melitus di ruangan rawat inap Interne wanita Rsud Dr.Achmad Mhochtah Bukittinggi

No	Hari/ Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	Paraf
1	Jum'at 08 Juni 2018	Revisi : Alasan masuk, pemeriksaan fisik, data penunjang, data pengobatan,nervus	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 00	
2	Senin 11 Juni 2018	Revisi : Alasan masuk, Riwayat Penyakit sekarang, Diagnosa, intervensi, analisa data	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 00	
3	Kamis 28 Juni 2018	Revisi : Laboratorium, Data objektif dan DataSubjektif sampai Implementasi	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 00	
4	Juma'at 29 Juni 2018	Acc untuk di seminarkan	 Ns. Yenita Roza, S.Kep NIP. 19720107 199203 2 00	

Pembimbing Akademik

(Ns.Endra Amalia, M.Kep)






Pembimbing Klinik

(Ns. Yenita Roza, S.Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni
 Nim : 1514401006
 Pembimbing Klinik : Ns.Endra Amalia M.Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. Z dengan Diabetes Melitus Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi.

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	7/6 2018.	lengkapi pengkajian sesuai saran!	
2	8/6 2018	lengkapi lagi sesuai saran, kasus BM	
3	29/6-2018	Perbaiki lagi BAB I sesuai saran!	
4	9/7-2018.	Perbaiki Bab III dan IV sesuai saran!	
5	10/7-2018.	Perbaiki Bab IV sesuai saran!	

6	9/7 2018	perbaiki bab II, IV sesuai saran	R.
7	10/7 2018	perbaiki lg kembali pulang sesuai saran!	R.

8. 10/7 2018



Acc ditinjau!

R.

PROGRAM SRUDI D III KEPERAWATAN
STikes PERINTIS PADANG
TAHUN 2018

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni
Nim : 1514401006
Penguji I : Ns. Endra Amalia, M.Kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.Z Dengan Diabetes
Millitus Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Moctar
Bukittinggi Tahun 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Selasa. 31-07-2018.	Revisi : Perbaiki sesuai saran .	
2	Selasa . 31-07-2018.	Acc disid.	
3			



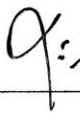
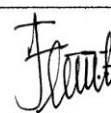
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBARAN REVISI

Nama Mahasiswa : Fitri Asmayeni
 Nim : 1514401006
 Pembimbing : Ns. Endra Amalia ,M.kep
 Penguji : Yaslina, M.Kep, Ns. Sp.Kep.Kom
 Judul KTI Studi Kasus :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN DIABETES MELITUS DI RUANG
 RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI III RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR
 BUKITTINGGI

No	Hari/ Tgl	Materi Revisi	Tanda Tangan Penguji	Tanda Tangan Mahasiswa
1	Selasa 31 Juni 2018.	perbaiki sesuai wk		
2	Selasa. 31 Juni 2018.	Acc KTI		
3				
4				

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.Z DENGAN
DIABETES MELITUS DIRUANG RAWAT INAP
AMBUN SURI LANTA III RSUD Dr. ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI**

Disusun

O
L
E
H

Fitri Asmayeni
1514401006

STIKes Perintis Padang

Latar belakang

Menurut Internasional of Diabetic Ferderation (IDF, 2015) tingkat prevalensi global penderita DM pada tahun 2014 sebesar 8,3% dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 387juta kasus.

Menurut WHO (*World Hearlth Organization*) Diabetes Melitus merupakan salah satu dari 4 prioritas penyakit tidak menular, Diabetes Melitus merupakan penyebab utama untuk kebutaan, serangan jantung, stroke, gagal ginjal dan amputasi kaki, 80% kejadian Diabetes Melitus dapat dicegah.

Data yang didapatkan dari Ruangan Rawat Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tahun 2018, 6 bulan terakhir ini penyakit Diabetes Melitus terdapat yaitu sebanyak 85 orang penyakit DM, di Ruangan Rawat Inap lain DM te urutan ke 2 dari 10 penyakit terbanyak di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Smeltzer dan Bare, 2015).

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati (Yuliana elin, 2009).

Etiologi

1. Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI) DM type I

a. Genetik

Umumnya penderita diabetes tidak mewarisi diabetes type I itu sendiri namun mewarisi sebuah predisposisi atau sebuah kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes type I

b. Immunologi

Pada diabetes type I terdapat fakta adanya sebuah respon autoimun.

c. lingkungan

Factor eksternal yg akan memicu destruksi sel β pancreas, sebagai sampel hasil penyelidikan menyebutkan bahwa virus atau toksin tertentu akan memicu proses autoimun yg bisa memunculkan destuksi sel β pancreas

- Diabetes melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) DM type II

Umumnya penyebab dari DM type II ini belum diketahui, faktor genetic diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya sebuah resistensi insulin. Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya memiliki pola familial yg kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin ataupun dalam kerja insulin.

Faktor resiko



1. Umur (resistensi insulin cenderung meningkat pada umur di atas 65 thn)
2. Obesitas
3. Riwayat keluarga
4. Kelompok etnik

Manifestasi klinis



- Diabetes Tipe I (tergantung insulin)
- Diabetes Tipe II (tidak tergantung insulin)

Gejala diabetes melitus tipe II yaitu

- Sering buang air kecil, terutama di malam hari.
- Sering merasa haus.
- Rasa lapar yang bertambah sering.
- Kelelahan dan pandangan yang kabur
- Berkurangnya massa otot.
- Turunnya berat badan.
- Luka yang lambat sembuh atau sering mengalami infeksi.

Patafisiologi

Diabetes tipe I. Pada diabetes tipe satu terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia posprandial (sesudah makan).

- Diabetes tipe II. Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel.
- Diabetes tipe II paling sering terjadi pada penderita diabetes yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi

Penatalaksanaan



1. Keperawatan

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

2. Medis

1. Obat

2. Pemberian Insulin

- Kerja cepat (Rapid acting)
- Kerja menengah (intermediate acting)
- Kerja panjang

Komplikasi



a. jangka pendek dapat menyebabkan

1. hipoglikemia/ koma hipoglikemia
2. Ketoasidosis diabetic (kad)

b. jangka panjang dapat menyebabkan

1. Kerusakan mata
2. Masalah kulit dan kaki
3. Masalah jantung
4. Neuropati

a. Pengkajian



I. Identitas Klien

Nama	: Ny. Z	No Mr : 453023
Umur	: 64 Thn	Tgl masuk rs : 04-6-2018
Jenis	: Perempuan	Tgl pengkajian: 07-6-2018
Status	: Sudah menikah	Dx : DM
Agama	: Islam	
Pendidikan	: SD	
Pekerjaan	: IRT	
Alamat	: Pakan Kamih	
Ruang rawat	: Ambun Suri Lantai III	

Alasan masuk



Klien mengatakan Gula Darah klien tinggi sejak 3 hari sebelum masuk Rumah Sakit, karna klien jarang kontrol ke Rumah Sakit.

Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian , klien mengatakan badan klien terasa letih dan klien mengatakan napsu makan klien menurun dan klien hanya menghabiskan porsi makan $\frac{1}{4}$ porsi saja dan klien mengatakan nyeri pada hulu hati karna tidak napsu makan sejak 3 hari yll.dan berat badan klien yaitu 47 kg dan tinggi badan klien yaitu 150 cm, dan klien mngatakan klien merasa mual dan muntah, dan BAB klien (+), klien mengatakan klien sering BAK yaitu sebanyak 10x, klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pas masuk rumah sakit karna klien jarang kontrol ke rumah sakit kadar gula darah klien yaitu 502, klien mengatakan susah tidur karna klien gelisah tak menentu, dan klien mengatakan kaki klien merasakan kesemutan,klien mengatakan mata klien terasa mengantuk

dan TTV klien saat di kaji Td : 117/68 mmHg, N : 80x/i, P :20x/i, S : 36,0 °C, dan klien mengatakan mata klien kabur, dan klien mengatakan hidung klien tampak kotor dan telinga klien kotor ada sekret, dan rambut klien kotor, dan klien tampak pucat, dan tingkat kesadaran GCS klien yaitu 15, turgor kulit klien tampak kering

- **Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan klien pernah di rawat sebelumnya di rumah sakit stroke Bukittinggi dengan diagnosa stroke dan gula darah tinggi tahun 2006, klien tidak ada mengalami kelumpuhan.

- **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Keluarga mengatakan keluarga klien tidak ada mengalami penyakit yang sama dengan klien

Pemeriksaan fisik



1. Kesadaran : Compasmentis
2. GCS : E: 4 V: 5 M : 6 = 15
3. BB/TB : 47 kg /150 cm
4. TTV
 - TD : 117/68 mmHg P : 20x/i
 - N : 80x/i S : 36,0 °C
5. Glukosa Darah
 - Kamis 07-06-2018 : 371 mg/dl
 - Jumat 08-06-2018 : 233 mg/dl
 - Sabtu 09-06-2018 : 119 mg/dl

Data subjektif

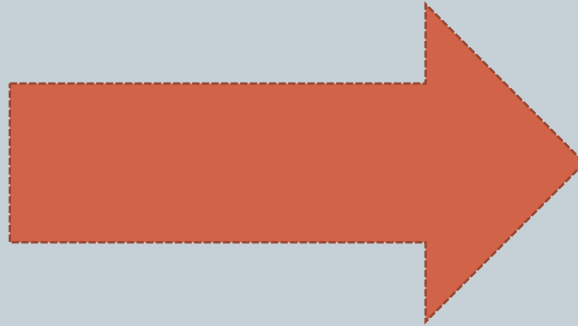
- Klien mengatakan kaki dan tangan klien merasakan kesemutan
- BAB klien (+), BAK yaitu sebanyak 10x/hari,
- Klien mengatakan badan klien terasa letih
- Klien mengatakan mata klien kabur
- Berat badan klien yaitu 47 kg dan tinggi badan pasien yaitu 150 cm,
- Klien mengatakan kadar gula darah klien tinggi pada saat masuk rumah sakit karna klien jarang kontrol ke rumah sakit kadar gula darah klien yaitu 571,
- Klien mengatakan susah tidur
- Klien mengatakan mata klien terasa mengantuk
- Klien mengatakan napsu makan klien menurun
- Klien mengatakan nyeri pada hulu hati karna tidak napsu makan
- Klien mngatakan klien merasa mual dan muntah
- Klien mengatakan badan terasa gatal-gatal
- Klien mengatakan kepala klien gatal-gatal
- Klien mengatakan badan terasa berkeringat

2.Data objektif

- GCS klien yaitu 15
- TTV
 - TD : 117/68 mmHg
 - P : 20x/i
 - N : 80x/i
 - S : 36 °C
- Klien tampak terbaring lemah
- Klien tampak sering ke kamar mandi
- Infus terpasang RL 20 tetes/i
- Urine klien kuning jernih
- Klien hanya menghabiskan porsi makan ¼ porsi saja
- Klien tampak mual pada saat akan makan
- Bibir klien tampak kering, pecah-pecah
- Klien gelisah tak menentu
- Hidung klien tampak kotor
- Telinga klien kotor ada sekret
- Rambut klien kotor
- Tugor kulit klien tampak kering
- Muka klien tampak berminyak
- Baju klien tampak kotor



Analisa Data



Diagnosa keperawatan



- Resiko ketidak stabilan glukosa darah berhubungan dengan pemantauan tidak adekuat
- Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan berat badan dengan asupan makan tidak adekuat
- Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan dan kelemahan

Intervensi Keperawatan dan Implementasi Keperawatan



Kesimpulan

Dari pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. Z dengan Diabetes Melitus di ruang rawat inap ambun suri lantai III RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 07 sampai 09 juni 2018 dapat disimpulkan semua asuhan keperawatan dapat berjalan sesuai intervensi rencana yang telah dibuat dengan berakhir dengan evaluasi masalah dapat teratasi klien di perbolehkan pulang



Sekian
dan
Terima kasih

