**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. W DENGAN DIABETES**

**MELITUS TYPE II DIRUANGAN RAWAT INAP INTERNE PRIA**

**RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2017**

****

**OLEH :**

**NELA AMELIA**

**NIM : 14103084015420**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2016/2017**

**HALAMAN PERSEMBAHAN**

****

***Sesungguhnya sesudah kesulitan ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari sesuatu urusan, kerjakanlah dengan susngguh-sungguh urusan yang lain, dan kepada tuhan lah kamu berharap (Qs. Al-insyirah Ayat 6-8 )***

**Ya rabbbi......**

**Terimakasih atas Rahmad-mu... hari ini hamba telah menyelesaikan sebuah Tugas Akhir hamba sebagai Mahasiswi DIII Keperawatan, hari yang hamba nantikan selama 3 Tahun akhirnya datang juga, walau untuk sampai pada tahap ini hamba lalui dengan susah payah dengan penuh suka, duka dengan penuh perjuangan dan air mata, dan pada hari ini alhamdulilah telah tiba saatnya hamba nikmati sejenak hasil Kerja keras hamba selama 3 tahun ini, berkahilah perjalanan hamba serta ilmu yang hamba dapat selam 3 tahun ini, dan ananda persembahkan untuk AYAHANDA Tercinta ( MUHARDI) yang selalu mendoakan dan menyemangati ku, terima kasih ayah engkau laki-laki yang sangat-sangat sabar, terima kasih atas didikanmu, terima kasih atas segala perjuanganmu yang telah membesarkanku, dan menyekolahkanku sampai ke tahap ini. Maafkan aku yang selalu membuatmu marah dengan semua sifat kekanakanku, kecewa dan kesal dengan setiap kegagalan yang pernah ku alami di masa dahulu. Ananda berjanji akan selalu berusaha menjadi yang terbaik di matamu dan berjanji akan membuatmu bangga. Sekarang anakmu sudah menjadi seorang perawat, Ananda akan menjaga dan merawatmu, Terima Kasih yah. Dan buat IBUNDA (ZAINI FITRIA), Sosok perempuan yang sangat luar biasa hebat, seseorang perempuan yang tak pernah mengenal lelah, tegar merangkul semua beban yang ada dipundaknya, Ibu aku sangat bangga dan sangat bersyukur bisa keluar dari rahimmu, di didik dan dibesarkan oleh perempuan yang sangat luar biasa sepertimu, Ibu sekarang anakmu telah menyelesaikan pendidikan Keperawatan ini. Bu..... Terima kasih telah membesarkan ku, merawat dan mendidikku dengan penuh keikhlasan, mengorbankan segalanya untukku, hujan, panas terik, air mata yang membasahi pipi mu, keringat yang mengalir deras disekujur tubuhmu tak pernah sedikitpun kau hiraukan demi kelancaran pendidikan anakmu ini, tak akan ada seseorang manusiapun yang dapat mengantikan mu dikehidupan ku ibu, terima kasih Bu.**

**Serta seluruh kelurga tercinta terutama Adik-adik ku (Velicia Tasya Azzahra dan Najmah Savira yang cantik) buat nenek (Idar, Warni, Sati ) yang selalu mendoakan disetiap langkah ini.**

**Buat Ante Ola dan Ante jeni Bujien Makasih atas motivasi, dukungan, dan pelajaran arti kesabaran, banyak pelajaran yang ante berikan selama ini, baik itu pelajaran maupun tentang kehidupan benar-benar berarti buat la nte. Tak kan terlupakan nasehat-nasehat itu ( Amd.Kep juo la nte) ☺ Buat Uni Roza dan Uni Meli (boluk) makasih uni udah dukung dan beri semangat la selama ini, makasih atas semuanya uni ☺ kalian adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh. spesial doa untuk kalian semoga dalam lindungan yang Maha Kuasa dan dipermudah semua urusan dan murah rezky.. *Amiiin ya robbal’alamin...***

**Buat adiak-adiak Cimot (Laura gendut, Nafisa kitiang, Aurel cantik, Ahda mungil, Jannah cantik, Habib ganteng, Fatan utiah, Azka jaek, Kia mungil, Atala bombom, Karin, Zolan, Sifa, Ariel, Safa, Rindu dan sidedek ganteng yang baru. Cimot sayang kalian nak, semoga kalian jadi anak yang sholeh dan sholeha, Berbakti kepada kedua orang tua. Amiinnn.....**

**Buat sahabat-sahabat ku Mareisha Andelva (Ocan), Wahyu Desvi Fhani (Facan), Gauri Septina Ayu (Rican), Atika Rahayu Ningsih (Tican) 3 tahun kita lalui bersama. Tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian semua takkan mungkin aku sampai disini, Terima kasih untuk tanda tawa, tangis dan perjuangan yang kita lewati bersama dan terima kasih untuk kenangan manis yang telah mengukir selama ini. Dengan perjuangan dan kebersamaan kita pasti bisa!**

**Dan ucapan Terimakasih dari lubuk hati yang paling dalam buat Ibuk (Ns. Ida Suryati M.Kep )selaku pembimbing. Makasih buk atas Bantuan,Masukan dan dorongan sekaligus motivasi selama ini buk, Tanpa marahan ibuk selama ini menjadikan semangat dan cambuk la buat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini buk. Dan buat penguji ibuk( Ns. Hidayati M.Kep) makasih atas masukan selama proses ujian buk, saran yang ibuk berikan sangat bermanfaat, sekali lagi terimakasih buk ☺**

**Buat Pembimbing Akademik ibuk (Ns.Yuli Permata Sari M.Kep) makasih atas bimbingan selama perkulihan,sehingga dengan nasehat-nasehat yang selama ini saya bisa selesaikan diploma III Keperawatan ini.**

**Buat staf dosen D III Keperawatan terutama buat Ka Prodi ibuk (Ns. Endra Amalia M.Kep), dan ibuk( Ns. Vera Sesrianti), (Ns. Yuli Permata Sari M.Kep), bapak (Ns. M Arif M.Kep) dan ibuk (Lisa Pradisa M.Pd) terimakasih atas ilmu dan pengalaman yang telah ibuk bapak berikan, semoga ilmu yang diberikan untuk kami dapat bermanfaat kedepannya, tanpa bapak dan ibuk kami tak akan menjadi seperti ini, dari yang belum tahu apa-apa Keperawatan itu dan sekarang Alhmdullah kami menjadi tahu apa itu dunia Keperawatan.**

**Buat teman-teman D III Keperawatan angkatan XVI terimaksih atas kebersamaan selama ini, banyak yang kita lalui selama 3 tahun, kenakalan kita selama perkulihan, terkadang sering berantem dalam lokal, tangis,tawa dan rintangan-rintangan dalam perkulihan. Tak akan terlupakan kenangan manis antara kalin teman, semoga kita sukses untuk menjadi tenaga kesehatan yang profesional. Amiiin ya robal’alamin**

**Spesial buat yang tersayang ( Dio Leowanda) Buat kamu yang selalu ada disetiap cerita, yang selalu menjadi alasan buat tersenyum. Dan terimakasih untuk selalu mendampingi di saat susah maupun senang hingga bisa selesaikan semua ini Terimakasih untuk semua-semuanya yang pernah tercurah untukku. Untuk seseorang yang di relung hati percayalah**

**Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikeja, untuk sebuah pengharapan, agar hidup lebih jauh bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.**

**Jatuh berdiri lagi, kalah mencoba lagi, gagal bangkit lagi.**

**Never give up !**

**Sampai Allah SWTberkata ”waktunya pulang”**

**Hanya sebuah Karya kecil dan untaian kata-kata ini yang adapat kupersembahkan kepada kalian semua.**

**Terimaksih beribu terimakasih kuucapkan..**

**Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku, kurendahkan hati serta diri mejabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.**

 **“*Nela Amelia”***

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



1. **Identitas Penulis**

**Nama : Nela Amelia**

**Tempat/Tnggal lahir : Koto Baru Simalanggang, 30 juli 1995**

**Alamat : Nagari Koto Baru Simalanggang, KecamatanPayakumbuh, Kabupaten 50 kota**

1. **Nama Orang Tua**

**Ayah : Muhardi**

**Ibu : Zaini Fitria**

1. **Pendidikan**

**Taman Kanak-Kanak Islam Raudatul Jannah : Tahun 2001-2002**

**Tamat SD Negeri 03 Koto Baru Simalanggang : Tahun 2002-2008**

**Tamat MTsn Dangung-Dangung : Tahun 2008-2011**

**Tamat MAN 2 Payakumbuh : Tahun 2011-2014**

**D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2014-2017**

KATA PENGANTAR



Segala puji dan sykur bagi Allah SWT, yang dengan namaNya bumi hamparkan,dan dengan namaNya langit ditinggikan. Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa di genggamannya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ Asuhan Keperawatan pada klien Tn. W dengan Diabetes Melitus Diruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M.Biomed selaku Ketua Yayasan STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Ibu Ns. Ida Suryati M.Kep selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelsaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Ns. Rio Febrinaldo S.Kep selaku pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelsaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Direktur RSUD Dr. Achmad Moctar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir program studi D III Keperwatan.
6. Seluruh Staf Dosen jurusan Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah
7. Ayah,Ibu, dan Adik tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan sumbangan pikiran dan dorongan moril untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapakan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

 Bukittinggi, 17 juli 2017

 Penulis

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, juli 2017-07-28**

**NELA AMELIA**

**NIM : 14103084015420**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. W DENGAN DIABETES MELLITUS TYPE II RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA DR. ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI**

**V BAB + 83 Halaman + 2 Gambar + 11 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 interne pria RSAM Bukitinggi Tahun 2017. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn. W yaitu Klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah, nyeri menjalar sampai kebawah telapak kaki seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan badan terasa letih, klien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak ¼ saja, dan klien mengatakan tidur tidak nyenyak karena nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan lebih banyak tidur siang dari pada tidur malam, klien mengatakan BAB tidak lancar, BAB klien selama dirawat hanya 2 kali, klien mengatakan kadar glukosa darahnya tinggi, klien mengatakan jarang memeriksakan kadar glukosa darah ke Rumah sakit, klien mengatakan selama dirawat cek gula darah setiap hari. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada Tn. W yaitu Resiko Ketidakstabilan glukosa darah, Gangguan rasa nyaman nyeri, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, Gangguan pola tidur. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. 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 Type II**

**Daftar Pustaka : 11 (2005-2015)**

***High School of Health Science Perintis Padang***

***Diploma III study of nursing program***

***scientific papers, July 2017*-07-28**

***NELA AMELIA***

***14103084015420***

***NURSING CARE IN TN. W WITH DIABETES MELLITUS TYPE II INGREDIENT ROOM INTERNE MEN DR. ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI***

 ***V CHAPTER + 83 Pages + 2 Picture + 11 Tabels + 3 Attachment***

*Abstract*

*Diabetes Mellitus is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia associated with abnormalities of carbohydrate metabolism, fats, proteins caused by decreased insulin secretion or decreased insulin sensitivity or both and leads to microvascular, macrovascular and neuropathic complications. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with Diabetes mellitus room inpatients interne men Bukitinggi RSAM Year 2017. The results of case reports found data on Tn. W The client says the pain in the lower extremities, the pain radiates to the bottom of the foot like a prick, the client says the body feels tired, the client says the appetite decreases and consumes a portion of ¼ meals, and the client says sleep is not sound because the pain is pierced- Puncture, client say more nap than sleep at night, clients say BAB not smoothly, BAB client during treatment only 2 times, client said high blood glucose level, client said rarely check blood glucose level to hospital, client say during Treated daily blood sugar checks. The result of the study was found to be a problem on Mr. W The Risk of Instability Blood glucose, Painful discomfort pain, Nutrition imbalance is less than requirement, Disorder sleep patterns. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. To prevent the increased Diabetes mellitus it is advisable to hospital agencies to perform intensive care and provide sufficient information to patients about diabetes mellitus itself and its aspects. With the acquisition of enough information then prevention can be done immediately.*

***Keywords : Nursing Care, Diabetes Mellitus Type II***

***Bibliography : 11 (2005-2015)***

**DAFTAR ISI**

 **Halaman**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR…………......……………………………………… i**

**DAFTAR ISI………………………………..…………………………….. iii**

**DAFTAR GAMBAR………….…………………………...……………… vi**

**DAFTAR TABEL..……………………………………..………………… vii**

**DAFTAR LAMPIRAN…………………………..……………………….. viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1. LatarBelakang………………………………………………….. 1
2. Tujuan
3. Tujuan Umum…………………………………………...…. 4
4. Tujuan Khusus…………………………………………….. . 4
5. Manfaat
6. Bagi Rumah Sakit...………………………………………... 5
7. Bagi Pendidikan…………………………...……………….. 5
8. Bagi Penulis ………………………...................………….. 6

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

1. Konsep dasar
2. Defenisi Diabetes Melitus …………………………………. 7
3. Anatomi Dan Fisiologi …………......……............................. 8
4. Etiologi…................................................................................ 13
5. Manifestasi Klinis................................................................... 15
6. Patofisiologi ..........………………………………………..... 17
7. WOC............……………………………………………….. . 20
8. Pemeriksaan Diagnostik......……………………………….... 21
9. Penatalaksanaan……………………………………….…….. 22
10. Komplikasi………………………………………….……… . 27
11. Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus
12. Pengkajian………………………………………….………. 31
13. Diagnosa…………………………………………………… 34
14. Intervensi…………………………………………………... 35
15. Implementasi.......................................................................... 43
16. Evaluasi.................................................................................. 43

**BAB III TINJAUAN KASUS**

1. Pengkajian
2. Identitas Klien………...……………………………………. 45
3. Keluhan Utama…………………………………………...... 46
4. Riwayat Kesehatan…………………………..………....... ... 46
5. Riwayat Kesehatan Sekarang……………....………………. 46
6. Riwayat Dahulu…………. ……………………………....... 47
7. Riwayaat Keluarga................. …………………………….. 47
8. Pemeriksaan Fisik………………………………………..... 49
9. Data Aktivitas................…………………………………..... 53
10. Data Penunjang..…………………………………………… 55
11. Data Pengobatan............…………………………………… 57
12. Data Focus…………..……………………………………... 58
13. Analisa Data……………………………………………..... 60
14. Diagnosa……………………………………..………………... 61
15. Intervensi…………………………………………………….... 62
16. Implementasi……………………………………………..……. 64
17. Evaluasi………………………...………………………………. 64

**BA IV PEMBAHASAN**

1. Pengkajian………...…………………………………………… 72
2. Diagnosa………………………………………………...……... 74
3. Intervensi…………………………………………………...….. 76
4. Implementasi…………………………………………………... 77
5. Evaluasi………………………………………………………… 79

**BAB V PENUTUP**

1. Kesimpulan…………………………………………………...... 80
2. Saran…………………………………………………………… 83

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 : Gambar Pangkreas……………………………………… 8

Gamabar 2.2 :Gambar Pulau Langerhans ……………………....…….. 11

**DAFTAR TABEL**

Tabel Glukosa Darah................................................................................ 21

Tabel Intervensi……...………………………………………………..... 35

Tabel Data Aktvitas......…………………………………………………. 53

Tabel Data Penunjang Hematologi.......................................................... 55

Tabel Data Penunjang GDR.................................................................... 55

Tabel Data Penunjang Analisis Urine...................................................... 56

Tabel Pengobatan.................................................................................... 57

Tabel Analisa Data……………………………………………………… 60

Tabel Intervensi…………………………………………………………. 62

Tabel Implementasi……………………………….…………………… 64

Tabel Evaluasi………………………………………………………….. 64

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembaran Konsultasi Bimbingan

Lampiran II Pernyataan Persetujuan

Lampiran III Absensi UAP

**DAFTAR ISI**

 **Halaman**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**KATA PENGANTAR…………......……………………………………… i**

**DAFTAR ISI………………………………..…………………………….. iii**

**DAFTAR GAMBAR………….…………………………...……………… vi**

**DAFTAR TABEL..……………………………………..………………… vii**

**DAFTAR LAMPIRAN…………………………..……………………….. viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1. LatarBelakang………………………………………………….. 1
2. Tujuan
3. Tujuan Umum…………………………………………...…. 4
4. Tujuan Khusus…………………………………………….. . 4
5. Manfaat
6. Bagi Rumah Sakit...………………………………………... 5
7. Bagi Pendidikan…………………………...……………….. 5
8. Bagi Penulis ………………………...................………….. 6

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

1. Konsep dasar
2. Defenisi Diabetes Melitus …………………………………. 7
3. Anatomi Dan Fisiologi …………......……............................. 8
4. Etiologi…................................................................................ 13
5. Manifestasi Klinis................................................................... 15
6. Patofisiologi ..........………………………………………..... 17
7. WOC............……………………………………………….. . 20
8. Pemeriksaan Diagnostik......……………………………….... 21
9. Penatalaksanaan……………………………………….…….. 22
10. Komplikasi………………………………………….……… . 27
11. Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus
12. Pengkajian………………………………………….………. 31
13. Diagnosa…………………………………………………… 34
14. Intervensi…………………………………………………... 35
15. Implementasi.......................................................................... 43
16. Evaluasi.................................................................................. 43

**BAB III TINJAUAN KASUS**

1. Pengkajian
2. Identitas Klien………...……………………………………. 45
3. Keluhan Utama…………………………………………...... 46
4. Riwayat Kesehatan…………………………..………....... ... 46
5. Riwayat Kesehatan Sekarang……………....………………. 46
6. Riwayat Dahulu…………. ……………………………....... 47
7. Riwayaat Keluarga................. …………………………….. 47
8. Pemeriksaan Fisik………………………………………..... 49
9. Data Aktivitas................…………………………………..... 53
10. Data Penunjang..…………………………………………… 55
11. Data Pengobatan............…………………………………… 57
12. Data Focus…………..……………………………………... 58
13. Analisa Data……………………………………………..... 60
14. Diagnosa……………………………………..………………... 61
15. Intervensi…………………………………………………….... 62
16. Implementasi……………………………………………..……. 64
17. Evaluasi………………………...………………………………. 64

**BA IV PEMBAHASAN**

1. Pengkajian………...…………………………………………… 72
2. Diagnosa………………………………………………...……... 74
3. Intervensi…………………………………………………...….. 76
4. Implementasi…………………………………………………... 77
5. Evaluasi………………………………………………………… 79

**BAB V PENUTUP**

1. Kesimpulan…………………………………………………...... 80
2. Saran…………………………………………………………… 83

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 : Gambar Pangkreas……………………………………… 8

Gamabar 2.2 :Gambar Pulau Langerhans ……………………....…….. 11

**DAFTAR TABEL**

Tabel Glukosa Darah................................................................................ 21

Tabel Intervensi……...………………………………………………..... 35

Tabel Data Aktvitas......…………………………………………………. 53

Tabel Data Penunjang Hematologi.......................................................... 55

Tabel Data Penunjang GDR.................................................................... 55

Tabel Data Penunjang Analisis Urine...................................................... 56

Tabel Pengobatan.................................................................................... 57

Tabel Analisa Data……………………………………………………… 60

Tabel Intervensi…………………………………………………………. 62

Tabel Implementasi……………………………….…………………… 64

Tabel Evaluasi………………………………………………………….. 64

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembaran Konsultasi Bimbingan

Lampiran II Pernyataan Persetujuan

Lampiran III Absensi UAP

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Diabetes melitus adalah penyakit kronis dimana pangkreas tidak dapat memproduksi insulin secara cukup, atau dimana tubuh tidak efektif menggunakan insulin yang diproduksi, ataupun keduanya. Hal ini menjurus kepada peningkatan dari kadar dalam darah atau *hyperglycaemia* (WHO, 2013).

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 keduanyadan menyebabkan komplikasi mikrovaskuler, makrovaskuler,dan neoropati (Yuliana elin, 2009).

Diabetes melitus jika tidak dikelola dengan baik akan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit menahun, seperti penyakit jantung karoner, penyakit pembuluh darah tungkai, penyakit pada mata,ginjal dan saraf. Jika kadar glukosa dalam darah dikendalikan dengan baik, diharapakan semua penyakit tersebut dapat dicegah,paling tidak sedikit dihambat. Pengelolaan utama Diabetes melitus ada 4 yaitu : Perencanaan makan, latihan jasmani atau latihan fisik, obat berkhasiat hipoglikemik, dan penyuluhan (Waspadji, 2009).

*World Health Organization* (WHO) 2013 memproyeksikan akan adanya kenaikan jumlah penduduk yang terkena diabetes melitus pada tahun 2030, Diabetes Melitus sebagai urutan ke tujuh penyebab kematian di dunia. Indonesia merupakan jumlah penderita diabetes terbanyak ke 4 setelah India, Cina, dan USA. Pertumbuhan diabetes melitus di Indonesia sebesar 152% atau dari 8.426.000 orang pada tahun 2000 menjadi 21.257.000 orang di tahun 2030.

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 berprilaku. 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. Disinalah 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).

Badan Kesehatan Dunia memprediksi kenaikan jumlah penyandang Diabetes melitus di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Demikian juga halnya dengan Badan *Internasional Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2009, memperkirakan kenaikan jumlah penyandang Diabetes Melitus dari 7,0 juta tahun 2009 menjadi 12,0 juta tahun 2030. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang diabetes melitus sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2030. 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 2012 diabetes merupakan penyebab kematian kedelapan pada kedua jenis kelamin dan penyebab kematian kelima pada perempuan. (Aditama, 2011).

Prentase kematian akibat diabetes melitus di indonesia merupakan yang tertinggi ke 2 setelah Srilanka, prevelensi orang dengan diabetes di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat yaitu dari 5,7 % pada tahun 2016 orang dengan diabetes melitus di Indonesia tidak mengetahui dirinya memiliki diabetes melitus dan berpotensi untuk mengakses layanan kesehatan dalam kondisi terlambat ( sudah dengan komplikasi). Prevelensi berat badan berlebih atau overweight ( 13,5% Riskesdas 2013) dan obesitas (15,4% , Riskesdas 2013) yang merupakan salah satu faktor resiko terbesar diabetes meningkat terus dibandingkan Riskesdas 2007 dan 2010.

Hasil penelitian Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) dari Kementrian Kesehatan Indonesia pada tahun 2013, sekitar 12 juta penduduk Indonesia yang berusia di atas 15 tahun menderita diabetes tipe 2. Ini berarti 6,9 % dari total penduduk usia di atas 15 tahun. Tapi hanya 26 % saja yang sudah terdiagnosis, sedangkan sisanya tidak menyadari dirinya sebagai penderita diabetes tipe 2. Pada tahun 2015, penderita diabetes di Indonesia diperkirakan mencapai 10 juta orang dengan rentang usia 20-79 tahun (dikutip dari Federasi Diabetes Internasional). Namun, hanya sekitar separuh dari mereka yang menyadari kondisinya.

Data yang didapatkan dari Ruangan Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tahun 2017, 6 bulan terakhir ini adalah 31 orang itu pun termasuk Diabetes melitus + Ulkus, dan urutan penyakit Diabetes melitus di Ruangan Rawat Inap Interne Pria adalah urutan ke 2 dari 10 penyakit terbanyak.

1. **Tujuan**
2. **Tujuan umum**

Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan Asuhan Keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang Asuhan Keperawatan medikal bedah dengan Diabetes militus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

1. **Tujuan khusus**
	* + 1. Mampu menyusun konsep dasar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
			2. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
			3. Mampu menentukan perencanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
			4. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
			5. Mampu melaksanakan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
			6. Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
2. **Manfaat**
3. **Bagi rumah sakit**

Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi Asuhan Keperawatan kepada tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus

1. **Bagi instutusi pendidikan**

Manfaat yang diharapkan dapat dirasakan oleh institusi pendidikan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Sebagai bahan masukan bagi kepustakaan
2. Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang
3. **Bagi penulis**

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Melitus sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

1. **KONSEP DASAR**
2. **Defenisi Diabetes Melitus**

Menurut WHO (*World Health Organization)* Diabetes merupakan penyakit kronik, yang terjadi apabila pankreas tidak menghasilkan insulin yang adekuat, atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang diproduksinya. Hal ini mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentasi glukosa dalam darah yang dikenal dengan istilah hiperglikemia.

Diabetes Melitus adalah penyakit kronis dimana pangkreas tidak dapat memproduksi insulin secara cukup, atau dimana tubuh tidak efektif menggunakan insulin yang diproduksi, ataupun keduanya. Hal ini menjurus kepada peningkatan dari kadar dalam darah atau *hyperglycaemia* (WHO, 2013).

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 (Yuliana elin, 2009).

Diabetes melitus jika tidak dikelola dengan baik akan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit menahun, seperti penyakit jantung karoner,penyakit pembuluh darah tungkai,penyakit pada mata, ginjal dan saraf. Jika kadar glukosa dalam darah dikendalikan dengan baik, diharapakan semua penyakit tersebut dapat dicegah,paling tidak sedikit dihambat. Pengelolaan utama Diabetes melitus ada 4 yaitu : Perencanaan makan, latihan jasmani atau latihan fisik, obat berkhasiat hipoglikemik, dan penyuluhan (Waspadji,2009).

1. **Anatomi dan Fisiologi**

****

*Gambar 1 : gambar pankreas*

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

Pangkreas terdiri dari 2 jaringan utama yaitu :

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

Pulau langerhans mengandung 3 jenis sel utama, yakni sel –alfa, beta dan delta. Sel beta yang mencakup kira kira 60% dari semua sel terletak terutama di tengah setiap pulau dan mensekresikan insulin. Granula sel B merupakan bungkusan insulin dalam sitoplasma sel. Tiap bungkusan bervariasi antara spesies 1 dengan yang lain. Dalam sel B, muloekus insulin membentuk polimer yang juga komplek dengan seng. Perbedaan dalam bentuk bungkusan ini mungkin karena perbedaan dalam ukuran polimer atau akregat seng dari insulin. Insulin disintesis dalam retikulum endoplasma sel B, kemudian di angkut ke aparatus kolgi,tempat ini dibungkus didalam granula yang diikat membran. Kranula ini pergerak ke dinding sel oleh satu proses yang tampaknya sel ini yang mengeluarkan insulkin kedaerah luar gengan exsositosis. 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 glukagan. Sel delta yang merupakan 10% dari seluruh sel mensekresikan somatostatin.

Pankreas dibagi menurut bentunya :

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

Pangkreas disebut sebagai organ rangkap,mempunyai 2 fungsi yaitu sebgai kelenjar exsorin 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 prankeas dalam mengatur metabolisme glukosa dalam tubuh berupa hormon-hormon yang disekresikan oleh sel-sel di pulau langerhans. Hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai hormon yang merendahkan kadar glukosa darah yaitu insulin dan hormon yang dapat meningkatakan glukosa darah yaitu glukagon.

1. Fisiologi insulin

Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel di pulau langerhands menyebabkan timbulnya pengarturan secara langsung sekresi beberapa jeni hormone lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon,somatostatin menghambat sekresi glokagon dan insulin.

Pankreas menghasilkan :

1. Garam NaHCO3 : membuat suasa basah
2. Karbonhidrase : amilase ubah amilum maltosa
3. Pulau langerhans



*Gambar II : gambar pulau langerhans*

Kepulauan langerhans membentuk organ endrokrin yang menyekresikan insulin,yaitu sebuah hormon antidiabetik, yang di berikan dalam pengobatan diabetes. Insulin ialah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh enzim enzim pencernaan protein dan karenab itu tidak diberikan melalui mulut melaiinkan dengan suntikan subkutan. Insulin mengendalalikan 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(islests) langerhans. Dua dari hormon hormon tersebut, insulin dan glukagon memiliki fungsi penting dalam pengaturan metabolisme karbonhidrat, protein,dan lemak. Hormon 3, somatostatin berperan dalam pengaturan sekresi sel pulau,dan yang keempat polipeptida pankreas pada fungsi saluran cerna.

1. Hormon insulin

Insulin merupakan protein kecil,terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lainya dihubungkan oleh ikatan disulfida.bila kedua rantai asam amino dipisahkan,maka aktifitas fungsional dari insulin akan hilang.translasi RNA insulin oleh ribosom yang melekat pada reticulum endoplasma membentuk preprohormon insulin—melekat erat pada reticulum endoplasma – membentuk pro insulin – melekat erat pada alat golgi – membentuk insulin—terbungkus granula sekretorit dan sekitar seperenam lainnya tetap menjadi pro insulin yang tidak mempunyai aktifitas insulin. Insulin dalam darah beredar dalam bentuk yang tidak terikat dan memiliki waktu paruh 6 menit. Dalam waktu 10-15 menit akan dibersihkan dari sirkulasi. Kecuali sebagian insulin yang perikatan dengan reseptor yang ada pada sel target, sisa insulin di dekradasi oleh enzim insulinase dalam hati, ginjal,otot,dan jaringan lain.

Reseptor insulin merupakan kombonasi dari empat subunit yang saling berikatan bersama oleh ikatan disurfide, 2 sub nit alfa ( Terletak seluruhnya diluar membran seel) 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 bnayk enzim intra selular lainnya. Insulin bersifat anbolik,meningkatkan simpanan glukosa,asam- asam lemak, dan asam amino.glokogen bersifat katbolik,memobilisasi glukosa, asam-asam lemak, dan asam amino dari penyimpanan kedalam aliran darah. Ke dua hormon ini gersifat berlawanan dalam efek keseluruhannya dan pada sebagian besar keadaan disekresikan secara timbal balik. Insulin yang berlebihan menyebabkan hipoglikemia, yang menimbulkan kejang dan koma. Defiensi insulin baik absolute maupun relatif koma menyebabkan diabetes melitus,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 pangkreas menyebabkan hiperglikemia dan manifestasi diabetes lainnya.

1. **Etiologi Diabetes Melitus**

Adapun etiologi dari Diabetes Melitus yang dibagi menurut klasifikasinya adalah :

1. Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI) DM type I
2. Genetik
Umumnya penderita diabetes tidak mewarisi diabetes type I itu sendiri namun mewarisi sebuah presdisposisi atau sebuah kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes type I. Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yg memililiki type antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA ialah kumpulan gen yg bertanggung jawab atas antigen tranplantasi & proses imun lainnya.
3. Imunologi:
Pada diabetes type I terdapat fakta adanya sebuah respon autoimun. Ini adalah respon abnormal di mana antibody terarah pada jaringan normal tubuh secara bereaksi terhadap jaringan tersebut yg dianggapnya seakan-akan sebagai jaringan asing.
4. 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.
5. 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 familiar yg 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 yg 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 yg 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 yg cukup lama & meningkatkan sekresi insulin, namun pada hasilnya sekresi insulin yg beredar tak lagi memadai untuk mempertahankan kadar euglikemia. Diabetes Melitus type II disebut pula Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) atau bisa disebut dengan Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yg adalah satu buah group heterogen bentuk-bentuk Diabetes yg lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, namun terkadang akan timbul pada periode kanak-kanak.

1. Factor risiko yg berhubungan dengan proses terjadinya DM type II, diantaranya yaitu :
2. Umur (resistensi insulin cenderung meningkat pada umur di atas 65 thn)
3. Obesitas
4. Riwayat keluarga
5. Kelompok etnik
6. **Manifestasi klinis**

Menurut Price & Wilson manifestasi klinis Diabetes Melitus dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin.

1. Diabetes Tipe I
2. hiperglikemia berpuasa
3. glukosuria, diuresis osmotik, poliuria, polidipsia, polifagia
4. keletihan dan kelemahan.
5. ketoasidosis diabetik (mual, nyeri abdomen, muntah, hiperventilasi, nafas bau buah, ada perubahan tingkat kesadaran, koma, kematian)
6. Diabetes Tipe II
7. lambat (selama tahunan), intoleransi glukosa progresif
8. Gejala seringkali ringan mencakup keletihan, mudah tersinggung, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang sembuhnya lama, infeksi vaginal, penglihatan kabur
9. Komplikasi jangka panjang (retinopati, neuropati, penyakit vaskular perifer

[Gejala diabetes](http://www.alodokter.com/diabetes-tipe-2/gejala/) tipe 2 merupakan gejala klasik, artinya ini merupakan gejala yang selalu ada di dalam diabetes, baik tipe 1 maupun tipe 2. Di antaranya:

1. Sering buang air kecil, terutama di malam hari.
2. Sering merasa haus.
3. Rasa lapar yang bertambah sering.

Gejala lain yang biasa juga muncul pada diabetes tipe 2, antara lain :

1. Kelelahan dan pandangan yang kabur
2. Berkurangnya massa otot.
3. Turunnya berat badan.
4. Luka yang lambat sembuh atau sering mengalami infeksi.
5. **Patofisiologi**

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 produkasi 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).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan di ekskresikan ke dalam urin, ekskresi 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).

Defisiensi insulin juga akan menggangu 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 glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari dari asam-asam amino dan substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan 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 menggangu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan 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.

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. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan resptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan untuk mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. 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 beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, 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 diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketoik (HHNK).

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. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh-sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadra glukosanya sangat tinggi ) (Price, Wilson dkk, 2005).

1. **Pemeriksaan Penunjang**

Sedangkan menurut referensi jilid 1 NANDA NIC NOC, 2015 pemeriksaan penunjang Diabetes Melitus adalah :

1. Kadar glukosa darah

Tabel : kadar glukosa darah sewaktu dan puasa dengan metode enzim matik sebagai patokan penyaring

Tabel 2.1 Glukosa Darah

|  |  |
| --- | --- |
| **Kadar Glukosa Darah sewaktu (mg/dl)**Kadar glukosa darah sewaktu DMPlasma darah > 200Darah kapiler > 200**Kadar Glukosa Darah puasa (mg/dl)**Kadar glukosa darah Puasa DMPlasma vena >120Darah kapiler > 110 | Belum Terdiagnosa DM100-20080-100Belum Terdiagnosa DM110-12090-110 |

1. Kriteria diagnostic WHO untuk diabetes melitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan:

- Glukosa plasma sewaktu> 200 mg/dl (11,1mmol/ L)

- Glukosa plasma puasa>140 mg/dl (7,8mmol/L)

-Glukosa plasma dari sampel yang di ambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2jam post prandial (pp)>200mg/dl

**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. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan DM, yaitu :

1)      Diet

Syarat diet DM hendaknya dapat :

a.       Memperbaiki kesehatan umum penderita

b.      Mengarahkan pada berat badan normal

c.       Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik

d.      Memberikan modifikasi diit sesuai dengan keadaan penderita

e.       Menarik dan mudah diberikan

Prinsip diet DM, adalah :

a.       Jumlah sesuai kebutuhan

b.      Jadwal diet ketat

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

    

      1.      Kurus (underweight)    BBR < 90 %

      2.      Normal (ideal)              BBR 90% - 110%

      3.      Gemuk (overweight)    BBR > 110%

      4.      Obesitas apabila          BBR > 120%

1. 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

2)      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 sensivitas 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.

3). 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.

4). Pemantauan

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

 **2. Medis**

1.   Obat

  Tablet OAD (Oral Antidiabetes)/ Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

a.  Mekanisme kerja sulfanilurea

Obat ini bekerja dengan cara menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, menurunkan ambang sekresi insulin dam meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanya diberikan pada penderita dengan berat badan normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang berat badannya sedikit lebih.

b. Mekanisme kerja Biguanida

Biguanida tidak mempunyai efek pankreatik, tetapi mempunyai efek lain yang dapat meningkatkan efektivitas insulin, yaitu :

a)  Biguanida pada tingkat prereseptor → ekstra pankreatik

1. Menghambat absorpsi karbohidra
2. Menghambat glukoneogenesis di hati
3. Meningkatkan afinitas pada reseptor insulin

b)  Biguanida pada tingkat reseptor : meningkatkan jumlah reseptor insulin

c)  Biguanida pada tingkat pascareseptor: mempunyai efek intraselluler

2.  Pemberian  Insulin

1. Kerja cepat ( Rapid acting)

Contoh : actrapid, humulin R, Reguler insulin.

Bentuknya larutan jernih, efek puncak 2-4 jam setelah penyuntikan, dursi kerja sampai 6 jam, salah satu insulin yang dapat dipergunakan secara intravena

1. Kerja mengengah (intermediate acting)

Contoh : insulatard, monotard, humulin N,

1. Kerja panjang

Contoh : insulin glargine,

Insulin bentu ini diperlukan untuk mempertahankan insulin basal dan konsta.

 Indikasi penggunaan insulin

1. DM tipe I
2. DM tipe II yang pada saat tertentu tidak dapat dirawat dengan OAD
3. DM kehamilan
4. DM dan gangguan faal hati yang berat
5. DM dan gangguan infeksi akut (selulitis, gangren)

Beberapa cara pemberian insulin ada beberapa macam.

1. Suntikan insulin subkutan

Insulin regular mencapai puncak kerjanya pada 1 – 4 jam, sesudah suntikan subcutan, kecepatan absorpsi di tempat suntikan tergantung pada beberapa factor.

1. Suntikan intravena

Bekerja sangat cepat yakni 2-5 menit akan terjadi penurunan glukosa darah

1. Intramuskular

Penyerapan lebih cepat 2 kali lipat daripada subcutan.

1. **Komplikasi**

Menurut Mansjoer dkk, 2007 Komplikasi yang berkaitan dengan kedua tipe DM Penyakit Diabetes Melitus bisa diikuti dengan berbagai komplikasi, dalam jangka pendek dan jangka panjang.

1. **Jangka pendek dapat menyebabkan**

a.    hipoglikemia/ koma hipoglikemia

Hipoglikemik adalah kadar gula darah yang rendah. Kadar gula darah yang normal 60-100 mg% yang bergantung pada berbagai keadaan. Salah satu bentuk dari kegawatan hipoglikemik adalah koma hipoglikemik. Pada kasus spoor atau koma yang tidak diketahui sebabnya maka harus dicurigai sebagai suatu hipoglikemik dan merupakan alasan untuk pembarian glukosa. Koma hipoglikemik biasanya disebabkan oleh overdosis insulin. Selain itu dapat pula disebabkan oleh karana terlambat makan atau olahraga yang berlebih.

Diagnosa dibuat dari tanda klinis dengan gejala hipoglikemik terjadi bila kadar gula darah dibawah 50 mg% atau 40 mg% pada pemeriksaaan darah jari.

Penatalaksanaan kegawat daruratan:

1. Pengatasan hipoglikemi dapat diberikan bolus glukosa 40% dan biasanya kembali sadar pada pasien dengan tipe 1.
2. Tiap keadaan hipoglikemia harus diberikan 50 cc D50 W dalam waktu 3-5 menit dan nilai status pasien dilanjutkan dengan D5 W atau D10 W bergantung pada tingkat hipoglikemia
3. Pada hipoglikemik yang disebabkan oleh pemberian long-acting insulin dan pemberian diabetic oral maka diperlukan infuse yang berkelanjutan.
4. Hipoglikemi yang disebabkan oleh kegagalan glikoneogenesis yang terjadi pada penyakit hati, ginjal, dan jantung maka harus diatasi factor penyebab kegagalan ketiga organ ini.

b.    Ketoasidosis diabetic (kad)

1. Pengertian

Diabetes Melitus Ketoasidosis adalah komplikasi penyakit diabetes yang terjadi saat tubuh tidak mampu menggunakan glukosa/gula darah sebagai energi karena kekurangan cairan. Saat sel-sel tubuh kekurangan energi, mereka akan menggunakan cadangan lemak terganggu, terbentuknya zat keton(racun) dalam tubuh. Kondisi ini dapat mengakibatkan kesulitan bernafas,sakit prut parah, dan juga dehidrasi

1. Etiologi

Tidak adanya insulin atau tidak cukupnya  jumlah insulin yang nyata, yang dapat disebabkan oleh :

1. Insulin tidak diberikan atau diberikan dengan dosis yang dikurangi

2)   Keadaan sakit atau infeksi

3)   Manifestasi pertama pada penyakit diabetes yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati.

1. **Komplikasi jangka panjang**

Semakin lama seseorang menderita penyakit diabetes, maka makin tinggi pula resikonya mengalami komplikasi akibat problem glukosa dala darah. Komplikasi akibat diabetes umumnya berhubungan dengan kerusakan pembuluh darah.

1. Kerusakan mata

Penyakit diabetes dapat merusak pembuluh darah di mata, yang bisa menyebabkan berbagai seperti katarak, glaukoma, kerusakan retina, hingga kebutaan.

1. Masalah kulit dan kaki

Penderita diabetes sangat rentang terhadap masalah pada kaki. Rusaknya jaringan saraf dan pembuluh darah akan membatasi aliran darah ketempat tersebut. Luka gores keci dikaki atau kulit dengan mudah berubah menjadi luka infeksi yang sangat parah. Tanpa perhatian yang serius, luka tersebut akan semakain menyebar dan merusak. Pada kondisi terparah, bagian tersebut harus diamputasi agar infeksi tidak terus menyebar

1. Masalah jantung

Seseorang dengan diabetes berisiko tinggi terkena masalah jantung. Penelitian mengatakan bahwa resiko serangan jantung pada penderita diabetes sama dengan orang yang pernah terkena serangan jantung sebelumnya. beberapa masalah pada jantung dan pembuluh darah yang berhubungan dengan diabetes antara lain :

* Stroke
* Pembuluh arteri
* Tekanan darah tinggi dan kolesterol tinggi
1. Neuropati

Gula yang berlebih pada tubuh dapat merusak saraf dan jaringan pembuluh di kaki dan di tangan, menyebabkan kesemutan, mati rasa, sakit atau sensasi seperti terbakar. Pada kondisi mati rasa, penderita diabetes bahkan tidak dapat merasakan ras sakit jika tergores. Hingga akhirnya sadar saat luka tersebut melebar dan terinfeksi

1. **Asuhan Keperawatan Teoritis**
2. **Pengkajian**

Pengkajian merupkan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkjian 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.

1. 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

1. 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

1. 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.

1. 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)

1. Riwayat psikososial

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

1. Aktivitas dan istirahat

letih, lemah,sulit bergerak/berjalan,kram otot ,tonos otot menurun

1. Sirkulasi

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

1. Eliminasi

Perubahan pola berkemih(Poliuria,nokturia,anuria)

1. Makanan/cairan

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

1. Neurosensori

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

1. Nyeri/kenyamanan

Abdomen tegang, nyeri( sedang/berat)

1. Pemeriksaan fisik
2. Tingkat kesadaran
3. Tanda-tanda vital
4. Manifestasi komplikasi : tanda retinopati ophtamoncopic
5. Suhu kulit, nadi lemah,(posterior tibial dan dorsalis pedia)
6. Sensai : tumpul/tajam
7. Laboratorium
8. Serum elektrolit ( k dan Na) : Pemeriksaan untuk memantau ketidakseimbangan cairan dalam tubuh.keabnormal K dalam serum atau plasma dapat mengindikasikan adanya gangguan kesehatan tubuh
9. Glukosa darah : untuk mengukur kadar glukoa darah
10. BUN dan serum cretinin : untuk mengetahui adanya gangguan fungsi ginjal
11. Microalbuminuria : untuk mengetahui beratnya gangguan ginjal
12. **Kemungkinan diagnosa yang muncul**
13. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat (Edisi jilid 3 NANDA NIC NOC Hal.294)
14. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan ( nekrosis luka gangrene) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal. 297)
15. Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus)( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.326)
16. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (Diabetes Melitus) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.306)
17. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.335)
18. Nyeri akut b.d agen cidera fisik ( Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.307)
19. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik ( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.283)

**C. RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN (NOC)** | **INTERVENSI (NIC)** |
| 1 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat  | * Nutritional status :
* Nutritioanal status : food and fluid inatake
* Nutritional status : nutrient intake
* Weight control

KH :* Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
* Berat badan ideal sesuai dengfan tinggi badan
* Mamou mengidentifikasi kebutuahan nutrisi
* Tidak ada tanda- tanda malnutrisi
* Menunjukkan peningkatan fugsi pengecapan dari menelan
* Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **Nutrition management** * Kaji adanya alergi makan
* Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
* Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake
* Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
* Berikan subtansi gula
* Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
* Berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi )
* Ajarkan oasien bagaimana membuat catatan makan harian
* Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
* Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
* Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan

**Nutrition monitoring** * BB pasien dalam batas normal
* Monitir adanya penurunan berat badan
* Monitor tipe dan jimlah aktifitas yang bisa dilakukan
* Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan
* Monitor lingkungan selama makan
 |
| 2 | Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan ( nekrosis luka gangrene)  |  Tussue integriti : skin and mucous  Wound healing : primary and secondary intention  KH :* Perfusi jaringan normal
* Tidak ada tanda infeksi
* Ketebalan dan tektus jaringan normal
* Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cidera berulang
* Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka
 | **Prssure ulcer prevention wound care** * Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
* Jaga kulit agar tetap bersih dan kering
* Mobilisasi pasien ( ubah posisi pasien ) setiap 2 jam sekali
* Monitor kulit akan adanya kemerahan
* Oleskan lotion atau minyak/ baby oil pada daerah yang tertekan
* Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien
* Monitor status nitrisi pasien
* Memandikan pasien denagn sabun dan air hangat
* Observasi luka: lokasi, demensi, keadaan luka, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi tektur
* Ajarkan kelurga tentang luka dan perawatan luka
* Kolaborasi ahli gizi pemberian diit TKTP (tinggi kalori protein)
* Cegah kontimonasi fase dan urine
* Lakukan teknik perawatan luka dengan streril
* Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka
* Hindari kerutan pada tempat tidur
 |
| 3 | Resiko infeksi b.d traima pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus) | Immune status Knowledg : infektion kontrol Risk kontrol KH :* Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
* Mendekripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksaannya
* Menujukkan kemampuan untuk menjegah timbulnya infeksi
* Jumlah leukosit dalam batas normal
* Menunjukkan prilaku hidup sehat
 | **Infektion kontrol** * Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
* Pertahankan teknik isolasi
* Batsi pengunjung bila perlu
* Intruksikan pada pengunjung untuk mecuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meningggalkan pasien
* Gunkan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan
* Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
* Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
* Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
* Ganti letak IV perifer dan linecental dan drasseng sesuai dengan petunjuk umum
* Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
* Tingkatkan intake nutrusi
* Berikan terapi antibiotik bila perlu
* Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
* Monitor hitungan granulosit, WBC
* Monitor kerentangan terhadap infeksi
* Batasi pengunjung
* Sering pengunjung terhadap penyakit menular
* Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang berisiko
* Pertahankan teknik isolasi
* Berikan perawatan kulit pada area epidema
* Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainese
* Inpeksi kondisi luka/ insisi bedah
* Dorong masukan nutrisi yang cukup
* Dorong masukan cairan
* Dorong istirahat
* Intruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
* Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
* Ajarkan cara menghindari infeksi
* Laporkan kecurigaan infeksi
* Laporkan kultur positif
 |
| 4 | Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (Diabetes Melitus)  | Circulation status Tissue perfusion : cerebral KH :**Mendemontrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :*** Tekanan sistole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
* Tidak ada ortostatik hipertensi
* Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial( tidak lebih dari 15 mmHg)

**Mendemontrasikan kemampuan kognitif yang disertai dengan :*** Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
* Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
* Memproses informasi
* Membuat keputusan dengan benar

**Menunjukkan fungsi sensori motorik kranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan infolunter** | **Peripheral sensation management** **( management sensi perifer)*** Monitor adanya daerah tertentu yang hanya pk terhadap panas, dingin, tajam, dan tumpul
* Monitor adanya paretese
* Intruksikan kelurga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi
* Gunakan sarung tangan untuk proteksi
* Batasi gerak pada kepala, leher, dan punggung
* Monitor kemapuan BAB
* Kolaborasi pemberian analgetik
* Monitor adanya trumboplabitis
* Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensi
 |
| 5 | Resiko ketidaseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi  | Fluid blance Hydration Nutritional status : food and fluidInatake KH :* Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
* Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
* Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas, turgor kulit baik, membran lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan
 | **Fluid management** * Pertahankan catatan intake dan output yang kuat
* Monitor vital sign
* Dorong masukan oral
* Berikan cairan IV pada suhu ruangan
* Kolaborasikan pemberian cairan IV

**Hypovolemia management** * pelihara IV line
* monitor tingkat Hb dan hematoktit
* monitor tanda vital
* monitor BB
* monitor tanda gagal ginjal
 |
| 6 | Nyeri akut b.d agen cidera fisik  | * Pain level
* Pain control
* Comfort level

KH : * Mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)
* Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
* Mampu mengenali nyeri
* Menyatakan rasa nyaman nyeri setelah nyeri berkurang
 | **Pain management** * Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi
* Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
* Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
* Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
* Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
* Bantu pasien dan keluerga untuk mencari dan menemukan lingkungan
* Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
* Tingkatkan istirahat
* Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

**Analgesic administration*** Tentukan lokasi, karateristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
* Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
* Cek riwayat alergi
* Tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
* Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
* Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
* Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
 |
| 7 | Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas | * Joint Movement : Active
* Mobility Level
* Self care : ADLs
* Transfer performance

**KH:** * Klien meningkat dalam aktivitas fisik
* Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
* Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
* Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker)
 | **NIC :**Exercise therapy : ambulation* Monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan dan lihat respin pasien saat latihan
* Konsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
* Bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dengan cegah terhadap cedera
* Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik a,bulasi
* Kaji kemampuan dalam mobilisasi
* Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan
* Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL
* Berikan alat bantu jika klien memerlukan
* Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
 |

1. **Implementasi**

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi penguimpulan data berkelanjutan, mengobservasirespon 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, tangal, jenis tindakan, respon klien dan nama lengkap perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

1. **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**

**TINJA UAN KASUS**

A. Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama : Tn.W No Mr : 463807

Umur : 54 Th Ruang rawat :Interne Pria

Jenis kelamin : Laki- Laki Tanggal masuk : 14-06-2017

Status : Sudah menikah Tangga l : 19-06-2017

Agama : Islam pengkajian

Pendidikan : SD Diagnosa medis : DM Type II

Pekerjaan : Mekanik

Suku : Piliang

Alamat : Kampung pulasan Bukittinggi

Penanggung jawab

Nama : Ny. N

Umur : 52 Th

Hub keluarga : Istri

Pekerjaan : IRT

2. Alasan Masuk

Klien datang ke IGD Dr. Achmad Mocthar Bukittinggi pada tanggal 14-06-2017 dengan keluhan demam 1 minggu yang lalu sebelum dibawa ke Rs, perut sakit BAB (-) BAK (+) Nafsu makan (-) badan terasa letih.

3. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengakajian pada tanggal 19 juni 2017, klien mengatakan sudah hari ke 5 dirawat di ruang interne pria, Klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah, nyeri menjalar sampai kebawah telapak kaki seperti ditusuk-tusuk. Klien mengatakan badan terasa letih, klien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak ¼ saja, dan klien mengatakan tidur tidak nyenyak karena nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan lebih banyak tidur siang dari pada tidur malam. Tidur siang selama 4-5 jam, sedangkan malam hari hanya 1-2 jam karena nyeri pada ektermitas bawah tersebut sering dirasakan pada malam hari, klien mengatakan BAB tidak lancar, BAB klien selama dirawat hanya 2 kali, klien mengatakan kadar glukosa darahnya tinggi, klien mengatakan jarang memeriksakan kadar glukosa darah ke puskesmas maupun k Rs, klien mengatakan selama dirawat cek gula darah setiap hari.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan pernah dirawat sebelumnya di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 6 bulan yang lalu dengan diagnosa yang sama, klien menderita diabetes melitus sudah 5 tahun yang lalu.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien dan kelurganya mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien, baik itu penyakit kronik seperti jantung, ginjal, hipertensi, stroke dan lain-lain.

**Genogram**

Keterangan :

 : laki laki

 : Perempuan

 : Klien

----- : Tinggal serumah

 : Meninggal

1. Pemeriksaan fisik umum
2. Tingkat Kesadaran : Compos mentis
3. GCS : 15
4. BB/TB : 62 Kg/ 168 Cm
5. Keadaan umum : Baik
6. Tanda- tanda vital : TD = 130/70 mmHg

Nadi = 80 x/i

P = 22 x/i

Suhu= 36,5$ °$ C

1. Kepala
2. Rambut

Bentuk kepala bulat, distribusi rambut pasien merata, simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan,rambut bersih tapi rambut tidak merata,tidak ada ketombe, rambut bersih

1. Mata

Simetris kiri dan kanan,congjungtiva anemis,sklera ikterik, tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan ( Kaca mata), mata klien tampak cekung karena kelelahan, reflek pupil isokor, reflek cahaya (+/+).

1. Telinga

Simetris kiri dan kanan, tidak ada pendarahan, tidak ada serumen, telinga bersih, pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan pada tragus, tidak ada masa pada telinga.

1. Hidung

Simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan, tidak ada pendarahan, klien tidak terpasang O2, penciuman klien tidak terganggu, tidak ada secret pada hidung, tidak menggunakan cuping hidung pada saat bernafas.

1. Mulut dan gigi

Mukosa bibir tampak kering, keadaan mulut bersih, tidak ada gangguan dalam bersuara, tidak ada gangguan menelan, gigi bersih, tetapi gigi klien tidak lengkap, klien tidak ada menggunakan gigi palsu, ada karies, tidak ada peradangan tonsil, tidak ada kelainan pada bibir seperti bibir sumbing.

1. Leher

Simetris kiri dan kanan, Vena jugularis tidak terlihat tapi teraba, dan tidak ada pembengkan kelenjar tiroid., dan tidak ada terdapat lesi

1. Thorax
2. Paru- paru

I : Dada simetris kiri dan kanan, pergerakan ada normal, frekuensi nafas 20x/i irama pernafasan teratur, tidak ada penonjolan tulang ataupun lesi, warna kulit putih, tidak ada terdapat sianosis, tidak ada penarikan dinding dada (retraksi) tidak ada bekas luka lecet, tidak ada menggunakan otor bantu pernafasan seperti otot perut.

 P :Tidak ada pembengkakan masa/benjolan, ketika klien mengucapkan angka 77 getaran dinding dada sama, tidak ada nyeri tekan.

P : Terdengar bunyi sonor disemua lapang paru

A: Terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

1. Jantung

I : dada simetris kiri dan kanan, iktus cordis tidak tampak, tidak ada bekas luka, tidak terdapat sianosis, sentral tidak terlihat getaran dinding jantung dan tidak ada pembesaran pada jantung.

P: tidak ada pembengkakan/benjolan tidak ada nyeri tekan lepas.

P: Bunyi jantung redup pada batas jantung,

Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra

 Batas jantung kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra

 Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra

 Bata jantung kiri bawah : ICS IV Medio Clavicularis Sinistra

A: bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), tidak ada bunyi tambahan, Teratur dan tidak ada bunyi tambahan seperti mur-mur dan gallop.

1. Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas operasi, warna kulit sama, tidak ada terdapat lesi

A: bising usus 12x/i di kuadran ke 3 kanan bawah abdomen

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

P: terdengar bunyi timpani pada anterior bawah kiri.

1. Punggung

Tidak teraba bengkak, simetris kiri dan kanan, dan tidak ada lesi pada punggung, dan juga tidak ada dukubitus pada punggung.

1. Ektermitas

Bagian Atas : Tangan sebelah kiri dan kanan masih bisa bergerak normal, terpasang infus sebelah kiri RL 20 tts, tidak ada edema, keadaan selang infus bersih.

Bagian Bawah : simetris kiri dan kanan, Kaki kiri dan kanan bergerak normal namun terkadang sering merasakan nyeri

1. Kekutan otot

5555 5555

5555 5555

1. Genetalia

Klien tidak tepasang kateter, tidak ada kelainan pada genetalia, keadan genetalia bersih

1. Integumen

Kulit tampak bersih, terdapat lesi dibagian paha, turgor kulit kering, klien tidak berkeringat, klien tidak lembab.

**TABEL 3.1**

**DATA AKTIVITAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Aktifitas | Sehat | Sakit |
| 1 | Makan dan minumanNutrisi1. Makanan
2. Menu
3. Porsi
4. Pantangan
5. Minuman
6. Jumlah
7. Pantangan
 | Lauk,pauk,sayuranHabis 1 porsiDurian, yang manis- manis6-8 gelasTidak ada | Diit MBDDHabis ¼ porsiDurian,yang manis- manis5-6 gelasTidak ada |
| 2  | Eliminasi1. BAB
2. Frekuensi
3. Warna
4. Bau
5. Konsistensi
6. Kesulitan
7. BAK
8. Frekuensi
9. Warna
10. Bau
11. Konsistensi
12. Kesulitan
 | 1x dalam hariKuningKhasLembabTidak ada5-6 x sehariKuningPesingCairTidak ada  | 1x dalam 4hari CoklatKhasLembabTidak ada4-5 x sehariCoklatPesingCairTidak ada |
| 3.  | Istirahat dan tidur1. waktu tidur
2. lama tidur
3. hal yang mempermudah tidur
4. kesulitan tidur
 | Pagi dan malam8 jam Tidak adaTidak ada | Pagi malam4-5 jam, siang hari 1 -2 jam, malam hari hanya 5 jamAda, Karena nyeri yang menjalar pada telapak kaki seperti ditusuk-tusuk |
| 4 | Personal hygine1. mandi
2. cuci rambut
3. gosok gigi
4. potong kuku
 | 2x sehari1 x 2 hari2 kali sehari1 x seminggu | 1 x sehari1x 2 hari 1 x sehari1x seminggu |

5. Riwayat Alergi

 Klien mengatakan tidak ada alergi obat maupun alergi makanan

1. Data Psikologis

Klien mengatakan yang dipikirkan saat ini adalah cepat sembuh dan bisa keluar dari Rs dan berkumpul dengan keluarganya kembali, harapan setelah menjalani rawatan turunnya kadar gula darah dari 200mg/dL sehingga dalam batas normal 100-150 mg/dl, dukungan kelurga baik, reaksi saat interaksi cukup kooperatif

7. Data Sosial Ekonomi

Klien berasal dari keluarga ekonomi yang kurang, klien bekerja sebagai mekanik bengkel, Klien menggunakan BPJS sebagai alat untuk membayar Rumah Sakit.

8. Data Spritual

Klien yakin terhadap tuhan dan percaya penyakit ini adalah ujian dari yang maha kuasa, klien yakin dengan agamanya, klien sebelum sakit sholat 5 waktu sehari semalam, saat ini klien belum ada melakukan ibadah.

1. Data Penunjang

**TABEL 3.2**

**HEMATOLOGI**

Tanggal 15-06-2017

|  |  |
| --- | --- |
| PARAMETER | NILAI RUJUKAN |
| HGB | 9.6 | [g/dL] | P 13.0- 16.0 W 12.0-14.0 |
| RBC  | 3.28 | [10^6/ul] | P 4.5- 5.5 W 4.0- 5.0  |
| HCT  | 28.2 | [%] | P 40.0- 48.0 W 37.0- 43.0 |
| MCV | 86.0 | [fl] |  |
| MCH | 29.3 | [pg] |  |
| MCHC | 34.0 | [g/dl] |  |
| RDW-SD | 38.8 | [fl] |  |
| RDW-CV | 12.8 | [%] |  |
| WBC | 14.96 | [10^3/ul] | 5.0-10.0 |
| EO% | 0.1 | [%] | 1-3 |
| BASO% | 0.1 | [%] | 0-1 |
| NEUT% | 81.8 | [%] | 50-70 |
| LYMPH% | 7.8 | [%] | 20-40 |
| MONO% | 10.2 | [%] | 2-8 |
| EO% | 0.02 | [10^3ul] |  |
| BASO% | 0.01 | [10^3ul] |  |
| NEUT% | 12.23 | [10^3ul] |  |
| LYMPH% | 1.17 | [10^3ul] |  |
| MONO% | 1.53 | [10^3ul] |  |

**TABEL 3.3**

**GLOKOSA DARAH**

|  |  |
| --- | --- |
| Tanggal 15 juni 2017 Tanggal 19 juni 2017 2 jam PPTanggal 20juni 2017 Tanggal 21 juni 2017  | GDR : 217 mg/dLGDR : 233 mg/dLGDR : 181 mg/dLGDR : 150 mg/dL |

**TABEL 3.4**

**ANALIS PEMERIKSAAN URIN**

Tanggal 15-06-2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tn. W  | 57 Th | Interne pria | 483807 |
| Ket.klinik | Laki-laki | Kelas III | No.Lab |
| Warna : kuning Kekeruhan : +BauSedimen - eritrosit : -* leukosit : banyak
* Silinder :
* Hialin : -
* Granuler : -
* Eri/leuko : -
* Epitel : +
* Kristal : -
* Oval fat bodies : +
* Bakteri : +
* Jamur : -
 | Kimia urin * protein : +
* glukosa : -
* bilirubin : -
* urobilinogen : -
* benda keton : +
* Ph : 6.0
* Nitrit : +
* Darah samar/ hb : -
* Bj : 1.015
* Leukosoit : + 2
 |

1. Data pengobatan

**TABEL 3.5**

**PENGOBATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Obat non Parenteral  | Dosis/Satuan  | Tanggal  |
| 1 | Pct  | 500 mg 3x1 Tablet | 19-06-2017 |
| 2 | Urinter  | 400 mg 2x1 Tablet | 18-06-2017 Obat distop |
| 3 | Amlodipin  | 5 mg 1x5 Tablet | 18-06-2017 Obat distop |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Obat Parenteral  | Dosis/Satuan  | Tanggal |
| 1 | Inj. Ceftriaxone  | 250 mg 2x1Ampul | 18-06-2017 Obat distop |
| 2 | Inj. Ranitidin  | 150 mg 2x1Ampul | 18-06-2017 Obat distop  |
| 3 | Inj. Novarapid | 3x12 ui | 19-06-2017Dilanjutkan  |
| 4 | Inj. Levermin | 1x 12 ui | 19-06-2017Dilanjutkan |
| 5 | Infus RL  | 20 tts/i | Dilanjutkan  |

1. Data Fokus
2. Data Subjektif
* klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah menjalar ke telapak kaki
* klien mengatakan kakinya seperti ditusuk-tusuk
* klien mengtakan nafsu makan kurang
* klien mengatakan susah tidur karena nyeri yang menjalar ke telapak kaki
* klien mengatakan badannya terasa letih
* selama di rumah sakit klien mengatakan BAB hanya 2 kali
* klien mengatakan nyeri sering datang pada saat malam hari
* klien mengatakan lebih banyak tidur siang dari pada tidur malam
* klien mengatakan gadar gula darahnya tinggi
* klien mengatakan selama sakit diabetes jarang memeriksakan kadar gula darah ke puskesmas maupun kerumah sakit
* klien mengatakan cek gula darah selama dirawat setiap hari
1. Data Objektif
* Klien tampak meringis kesakitan pada telapak kakinya
* Klien tampak memegang kaki yang terasa nyeri
* Klien tampak menghabiskan ¼ porsi makanan
* Klien tampak tidak nafsu makan
* Klien tampak letih
* Klien tampak terbaring di tempat tidur
* Klien merasa tidak nyaman dengan nyeri yang menjalar ke telapak kaki
* Klien tampak lelah
* Mata klien tampak cekung
* TTV dan Mencek glukosa darah (19 juni 2017)

 TD = 130/70 Nadi = 80 x/i

 P = 22 x/i Suhu= 36,5 $°$C GDR : 2 jam PP 233 mg/dl

* Skala nyeri 6 (berat)

Dengan penilaian PQRST:

P = Provokatif (penyebab)

Nyeri klien timbul karena kerusakan saraf dan masalah sirkulasi darah yang tidak baik

Q = Quality (kualitas)

Nyeri dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk

R = Radiation (penyebab)

Nyeri dirasakan pada ektremitas bawah menjalar ke telapak kaki

S = Severity (tanda dan gejala)

Klien meringis, skala nyer i6, klien merasa tidak nyaman.

T = Time (waktu timbulnya)

Nyeri dirasakan klien hilang timbul ± 15 menit , nyeri yang dirasakan lebih banyak pada malam hari dibandingkan pada siang hari

**TABEL 3.6**

**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Masalah |
| 1 | DS * Klien mengatakan kadar gula darahnya tinggi
* Klien mengatakan cek gula darah selama dirawat setiap hari
* Klien mengatakan selama menderita diabetes jarang memeriksakan kadar glukosa ke puskesmas maupun ke Rumah sakit
 | Ketidakstabilan glukosa darah | Pemantauan gula darah tidak adekuat |
| 2 | DS* Klien mengatakan nyeri pada ektermitas bawah dan menjalar ke telapak kaki
* Klien mengatakan kakinya seperti ditusuk-tusuk

DO* Klien tampak meringis
* Skla nyeri 6
* TD :130/70
 | Gangguan rasa nyaman nyeri | Proses penyakit DM (kerusakan saraf dan sirkulasi darah yang tidak baik)  |
| 2 | DS* Klien mrngatakan nafsu makan berkurang
* Klien mengatakan lemas

DO* Klien tampak lemas
* Porsi makan yang dihabiskan ¼ porsi
* BB : Sehat = 80 Kg

BB : Sakit = 62 Kg | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat |
| 3 | DS* Kklien mengatakan susah tidur
* Klien mengatakan badannya tersa letih

DO* Mata klien tampak cekung
* Klien tampak berbaring diatas tempat tidur
 | Gangguan pola tidur | Kurang kontrol tidur |

1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**
2. Resiko Ketidakstabilan glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat (Edisi jilid 2 nanda nic noc Hal 329)
3. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit DM (kerusakan pada saraf dan masalah sirkulasi darah yang tidak baik ) (Edisi jilid 3 nanda nic noc Hal. 261)
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat (Ediisi jilid 3 nanda nic noc Hal.294)
5. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (Edisi jilid 2 nanda nic noc hal. 264)

**C. RENCANA KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN (NOC)** | **INTERVENSI (NIC)** |
| 1 | Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat | Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 1 x24 jam diharapkan gula darah dalam batas normalKH :* Penerimaan : kondisi kesehatan
* Kepatuhan prilaku : diet sehat
* Dapat mengontrol kadar glukosa darah
* Dapat memanajemen dari mencegah penyakit semakin parah
* Tingkat pemahaman untuk dan pencegahan komplikasi
* Dapt meningkatkan istirahat
* Mengontrol prilaku berat badan
* Pemahaman manajemen diabetes
* Status nutrisi adekuat
* Olahraga teratur
 | **Hyperglikemia manajemen** * Cek kadar glukosa darah
* Pantau TTV
* Kelola insulin seperti yang ditentukan
* Dorong asupan cairan oral
* Memantau adanya tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk
* Tinjau catatan kadar glukosa darah dengan pasien atau keluarga
 |
| 2 | Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit | Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 1 x24 jam diharapkan nyeri berkurangKH :* Mampu mengontrol kecemasan
* Status lingkungan yang nyaman
* Mengontrol nyeri
* TTV dalam batas normal
 | * Kaji skala nyeri
* Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
* Ajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi
* Identifikasi tingkat kecemasan
* Ciptakan lingkungan yang nyaman
* Mambatasi pengunjung yang membesuk
 |
| 3 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat | Setelah dilakukan tintdakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan nafsu makan meningkatKH :* Adanya peningktan berat badan
* Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
* Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
* Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
* Menunjukkan oeningkatan fungsi pengecepan dari menelan
* Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | * Kaji alergi adanya alergi makanan
* Timbang BB klien
* Anjurkan klien makan sedikit tapi sering
* Berikan makanan selagi hangat
* Pantau turgor kulit
 |
|  4 | Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur | Setelah dilakukan tintdakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan nafsu makan meningkatKH :* Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam / hari
* Pola tidur kualiatas dalam batas normal
* Pearsaan segar setelah tidur/ istirahat
* Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur
 | * Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
* Ciptakan lingkungan yang nyaman
* Intruksikan untuk monitor tidur pasien
* Diskusikan dengan pasien dan keluraga tentang teknik tidur pasien
* Mematikan televisi pada ruangan
 |

**D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | HARI/TANGGAL | DIAGNOSA | JAM  | IMPLEMENTASI | EVALUASI | PARAF |
| 1. | Senin, 19 juni 2017 | Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat | 08.30 | * Mencek kadar glukosa darah
* Memantau TTV
* Mendorong asupan cairan oral
* Memantau adanya tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk
* Tinjau catatan kadar glukosa darah dengan pasien atau keluarga
* Memberikan Terapi :

Inj. Levermin 1x12 ui | S : * Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini
* Klien mengatakan cek gula darah setiap hari selama di rumah sakit

O : Cek kadar glukosa  GDR : 233 mg/Dl 2 jam PP  TD = 130/70 Nadi = 80 x/i P = 22 x/i Suhu = 36,5 CTerapi = inj. Levermin 1x12 ui dilanjutkan A : Masalah belum teratasi Ketidakstabilan kadar glukosa darahP : intervensi dilanjutkan* Cek kadar glukosa darah
* Pantau tanda-tanda dan gejala hiperglikemia
* Dorong asupan cairan oral
* Tinjau catatan kadar glukosa klien
 |  |
| 2. | Senin, 18 juni 2017 | Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit | 11.0011.1512.00 | * Mengkaji skala nyeri
* Mengajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi
* Mengidentifikasi tingkat kecemasan
* Membatasi pengunjung yang membesuk
* Menciptakan lingkungan yang nyaman
* Memberikan terapi

Pct 500 mg tablet 3x1 | S : klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah menjalar ke telapak kakiO : klien tampak meringis skala nyeri 6A : Masalah belum teratasi Gangguan rasa nyaman nyeriTD = 130/70 Nadi = 80 x/i P = 22 x/i Suhu = 36,5 CP : intervensi dilanjutkan * Kaji skala nyeri
* Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
* Ajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi
* Identifikasi tingkat kecemasan
 |  |
| 3. | Senin, 19 juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat | 11.2012.00 | * Mengaji alergi adanya alergi makanan
* Menimbang BB klien
* Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering
* Memberikan makanan selagi hangat
* Monitor turgor kulit
 | S : klien mengatakan nafsu makan menurunO : klien tampak tidak menghabiskan makanan ¼ porsi makanan BB : 62 Kg BB Sehat : 80 Kg Diit : MBDD 1700 kaloriA : Masalah belum tertasi Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : intervensi dilanjutkan * Kaji alergi adanya alrgi makanan
* Timbang BB klien
* Anjurkan klien makan sedikit tapi sering
* Berikan makanan selagi hangat
* Monitor turgor kulit
 |  |
| 4. | Senin, 19 juni 2017 | Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur | 12.0012.30 | * Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat
* Menciptakan lingkungan yang nyaman
* Mematikan televisi pada ruangan
* Mengintruksikan untuk monitor tidur pasien
* Mendiskusikan dengan pasien dan kelurga tentang teknik tidur pasien
 | S : Klien mengatakan susah tidurKlien mengatakan badannya terasa letihO : Klien tampak berbaring diatas tempat tidurA : Masalah belum tertasi Gangguan pola tidur P : intervensi dilanjutka* Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat
* Ciptakan lingkungan yang nyaman
* Intruksikan untuk monitor tidur pasien
* Diskusikan dengan pasien dan kelurga tentang teknik tidur pasien
 |  |
| 1 | Selasa, 20 juni 2017 | Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat | 08.00 | * Mencek kadar glukosa darah
* Memantau TTV
* Mendorong asupan cairan oral
* Memantau adanya tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk
* Tinjau catatan kadar glukosa darah dengan pasien atau keluarga
* Memberikan Terapi :

Inj. Levermin 1x12 ui | S : * Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini
* Klien mengatakan cek gula darah setiap hari selama di rumah sakit

O : Cek kadar glukosa  GDR = GDR : 181 mg/dLTD = 120/70 Nadi = 80 x/i P = 20 x/i Suhu = 36,3 CTerapi = inj. Levermin 1x12 ui dilanjutkanA : Masalah belum teratasi Ketidakstabilan kadar glukosa darahP : intervensi dilanjutkan* cek kadar glukosa darah
* Ajurkan asupan cairan oral
* Evaluasi catatan kadar glukosa darah
 |  |
| 2 | Selasa, 20 juni 2017 | Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit | 09.0011.00 | * Mengkaji skala nyeri
* Mengajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi
* Mengidentifikasi tingkat kecemasan
* Membatasi pengunjung yang membesuk
* Menciptakan lingkungan yang nyaman
 | S : klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah menjalar ke telapak kaki O : klien tampak meringis skala nyeri 5 TD = 120/90 Nadi = 80 x/i  P = 22 x/i  Suhu = 36,3 CA : Masalah belum tertasi Gangguan rasa nyaman nyeri  P : intervensi dilanjutkan * Evaluasi skala nyeri
* Evaluasi cara mengontrol nyeri
 |  |
| 3 | Selasa, 20 juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat | 10.0012.00 | * Mengaji alergi adanya alergi makanan
* Menimbang BB klien
* Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering
* Memberikan makanan selagi hangat
* Monitor turgor kulit
 | S : klien mengatakan nafsu makan menurunO : klien tampak tidak menghabiskan makanan ¼ porsi makanan  BB : 62 KgBB Sehat : 80 KgDiit : MBDD 1700 KaloriA : Masalah belum tertasi Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : intervensi dilanjutkan * Berikan makan sesuai diet
* Evaluasi turgor kulit
 |  |
| 4 | Selasa, 20 juni 2017 | Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur | 11.3012.00 | * Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat
* Menciptakan lingkungan yang nyaman
* Mematikan televisi pada ruangan
* Mengintruksikan untuk monitor tidur pasien
* Mendiskusikan dengan pasien dan kelurga tentang teknik tidur pasien
 | S : Klien mengatakan susah tidurKlien mengatakan badannya terasa letihO : Klien tampak berbaring diatas tempat tidurMata klien tampak cekungTD = 110/80 Nadi = 80 x/i  P = 20 x/i  Suhu= 36,0 CA : Masalah belum tertasi Gangguan pola tidur P : intervensi dilanjutkan * Evaluasi pentingnya tidur yang adekuat
* Evaluasi tidur pasien
 |  |
| 1. | Rabu , 21 juni 2017 | Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat | 08.30 | * Mencek kadar glukosa darah
* Memantau TTV
* Mendorong asupan cairan oral
* Memantau adanya tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk
* Tinjau catatan kadar glukosa darah dengan pasien atau keluarga
* Memberikan Terapi :

Inj. Levermin 1x12 ui | S : Klien mengatakan tidak pernah cek gula darah selama ini O : Cek kadar glukosa  GDR = 151 mg/Dl TD = 110/80 Nadi = 80 x/i P = 20 x/i Suhu = 36,5 CTerapi = inj. Levermin 1x12 ui dilanjutkanA : Masalah belum teratasi Ketidakstabilan kadar glukosa darahP : intervensi dilanjutkan* Cek kadar glukosa darah
 |  |
| 2.  | Rabu, 21 juni 2017 | Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit | 09.0009.3012.00 | * Mengkaji skala nyeri
* Mengajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi
* Mengidentifikasi tingkat kecemasan
* Membatasi pengunjung yang membesuk
* Menciptakan lingkungan yang nyaman
 | S : klien mengatakan nyeri pada ektremitas bawah menjalar ke telapak kaki sudah sedikit berkurang, tetapi masih terasa nyeri O : klien tampak sudah sedikit nyaman  TD = 110/70 mmHgNadi = 80 x/i P = 22 x/i  Suhu = 36,3° CA : Masalah teratasi sebagian Gangguan rasa nyaman nyeri  P : intervensi dilanjutkan  |  |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Tn. W dengan Diagnosa Diabetes Melitus type II Diruangan Rawat inap Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinnnggi pada tanggal 18-20 juni 2017. 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 type II 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.

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 Tn. W, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

1. **Identitas klien**

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien bisa diaajak untuk berkomunikasi dan juga klien kooperatif apabila ditanya keluarga klien juga banyak memberikan informasi jika ditanya

1. **Keluhan utama**

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.

1. **Riwayat Ksehatan Dahulu**

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

1. **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 kelurga klien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

1. **Pemeriksaam fisik**

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 6 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan Diabetes Melitus menurut teori (NANDA NIC NOC, 2015) yaitu:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat (Edisi jilid 3 NANDA NIC NOC Hal.294)
2. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan ( nekrosis luka gangrene) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal. 297)
3. Resiko infeksi b.d traima pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus)( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.326)
4. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (Diabetes Melitus) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.306)
5. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.335)
6. Nyeri akut b.d agen cidera fisik ( Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.307)
7. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik ( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.283)

Sedangkan pada kasus ditemukan 3 diagnosa Keperawatan yaitu :

1. Resiko Ketidakstabilan glukosa darah b.d pemantauan gula darah tidak adekuat
2. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat
4. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan ( nekrosis luka gangrene) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal. 297)
2. Resiko infeksi b.d traima pada jaringan, proses penyakit (Diabetes Melitus)( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.326)
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (Diabetes Melitus) (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.306)
4. Resiko ketidakseimbangan elektrolit b.d gejala poliuria dan dehidrasi (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.335)
5. Nyeri akut b.d agen cidera fisik ( Edisi jilid 2 NANDA NIC NOC hal.307)
6. Hambatan mobilitas fisik b.d intoleransi aktivitas fisik ( Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC hal.283)
7. **Intervensi Keperawatan**

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 disersuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

* 1. Untuk Diagnosa pertama

Ketidakstabilan 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

* 1. Untuk Diagnosa kedua

Nyeri rencana tindakan yang dilakukan adalah Kaji skala nyeri, Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, Ajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi, identifikasi tingkat kecemasan, Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik

* 1. Untuk Diagnosa ketiga

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.

* 1. Untuk Diagnosa ke empat

Gangguan pola tidur yang dilakukan adalah Jelaskan pentingnya tidur yang adekua, Ciptakan lingkungan yang nyaman, Intruksikan untuk monitor tidur pasien, Diskusikan dengan pasien dan kelurga tentang teknik tidur pasien

1. **Implementasi**

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

* 1. Untuk Diagnosa pertama

Ketidakstabilan kadar glukosa darah tindakan yang dilakukan adalah Mencek kadar glukosa darah, Memantau tanda-tanda dan gejala hiperglikemia : poliuria, polidipsi, polipagia,kelesuan, maliase, menagburkan visi, atau sakit kepala, Memantau TTV, Mengkelola insulin seperti yang ditentukan, Mendorong asupan cairan oral , Mengkonsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala hiperglikemia menetap atau memburuk

* 1. Untuk Diagnosa kedua

Nyeri rencana tindakan yang dilakukan adalah mengkaji skala nyeri, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, mengajarkan cara mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi, mengidentifikasi tingkat kecemasan, mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik

* 1. Untuk Diagnosa ketiga

ketidakseimbangan 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.

* 1. Untuk Diagnosa keempat

Gangguan pola tidur yang dilakukan adalah menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, menciptakan lingkungan yang nyaman, megintruksikan untuk monitor tidur pasien, mendiskusikan dengan pasien dan kelurga tentang teknik tidur pasien

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

1. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
2. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
3. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperawatan.
4. **Evaluasi**

Dari 4 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 keja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selam 3 hari berturut-turut dari tanggal 18 juni 2017- 20 juni 2017.

1. Pada Diagnosa Pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan kadar gula darah yang tidak adekuat, dianggap sudah teratasi sebagain karena kadar glukosa darah klien sudah turun.
2. Pada Diagnosa Kedua yaitu Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit, dianggap sudah teratasi sebagian karena mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang skala nyeri 5
3. Pada Diagnosa Ketiga Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat, dianggap sudah teratasi sebagian karena klien sudah menghabiskan ½ porsi makanan.
4. Pada Dignosa Keempat Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur belum teratasi karena tidur klien masih 4-5 jam.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **KESIMPULAN**

Diabetes melitusa dalah suatu jenis penyakit yang disebabkan menurunnya hormon insulin yang di produksi oleh kelenjar pankreas. Penurunan hormon ini mengakibatkan seluruh gula (glukosa) yang dikonsumsi tubuh tidak dapat diproses secara sempurna, sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat. Biasanya diabetes militus disebabkan melalui beberapa cara :

1. Genetik
2. Imunologi
3. Lingkungan
4. Umur(resistensi insulin cenderung meningkat pada umur di atas 65 tahun)
5. Obesitas
6. Riwayat keluarga
7. Kelompok etnik

Sedangkan gejala dan tanda yang sering timbul dari diabetes militus diantaranya :

1. Sering buang air kecil, terutama di malam hari.
2. Sering merasa haus.
3. Rasa lapar yang bertambah sering.
4. Kelelahan dan pandangan yang kabur
5. Berkurangnya massa otot.
6. Turunnya berat badan.
7. Luka yang lambat sembuh atau sering mengalami infeksi.
8. Terjadinya ulkus pada daerah yang terluka
9. Biasa terjadi tindakan amputasi pada ulkus yang sudah memburuk

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn W dengan Diabetes Militus Type II Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2017 dapat disimpulkan :

1. **Pengkajian**

Saat dilakukan pengkajian ditemukan data yang sesuai dengan penyakit pasienya itu diabetes militus,dan nantinya data tersebut akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan tindakan keperawatan.

1. **Diagnosa**
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d pemantauan kadar gula darah tidak adekuat
3. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d proses penyakit
4. Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat
5. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur
6. **Intervensi**

Intervensi yang dilakukan mengacu pada diagnosa yang ditegakan dan dibuat sesuai teoritis pada buku rencana Asuhan Keperawatan, intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.

1. **Implementasi**

Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di focuskan pada pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat klien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara berkelanjutan dilakukan oleh perawat ruangan Interne Pria.

1. **Evaluasi**

Evaluasi dapat berupa respon verbal, nonverbal, dan hasil pemeriksaan. Tidak semua masalah dapat teratasi, karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan Asuhan Keperawatan, dan keadaan pasien yang masih belum membaik seluruhnya.

1. **SARAN**
2. **Bagi Penulis**

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

1. **Bagi Instusi Pendidikan**

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

1. **Bagi Rumah Sakit**

Untuk mencegah meningkatnya diabetes militus sebaiknya pasien diberikan informasi yang memadai mengenai diabetes militus 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 Militus, maka harus segera dilakukan perawatan yang intensif.

**DAFTAR PUSTAKA**

Aditama, 2011*. Word diabetes day*.<http://www.pantonews.com>/ Diakses tgl l3 juli 2017

Anandita, widya. 2011. NCDs : *Beban Ganda Bagi Bangsa*. <http://mdgsindonesia.org>.

American Diabetes Association ( ADA ). (2013). Diabetes basic. [Http://www.diabetes.org/](http://www.diabetes.org/) diabetes-basics/ diakses tgl 11 juni 2017.

NANDA, 2015-2017, Diagnosa Keperawatan NANDA Definisi & Klasifikasi.

Mansjour, dkk 2007.http//www.goegle.co.id/amp/syosefw.wordpress.com/2007/R/31/ pengunaan insulin pada pasien diabetes melitus-3/amp/

Lewis, (2011).*Patofisiologi: konsep klinis proses-prose penyakit .(edisi 4).* Jakarta: EGC

Price, Sylvia A. Wilson dkk, 2005. Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-proses Penyakit. Ed 6. Jakarta; EGC; 2005

Sitepu, Anandita. 2011.*menghadapi ancaman NCDs di Indonesia dengan perubahan prilaku.*<http://mdgsindonesia.org>. Diakses tgl 5 juni 2017

Yuliana elin,2009 *diabetes militus .Ed.revisi.ke-1 NANDA NIC NOC.hlm.188*

Waspadji, Sarwono. 2009 Diabetes Militus : Mekanisme Dasar Pengelolaanya yang Rasional. *Penatalaksanaan Diabetes Militus Terpadu. Jakarta :* FKUI

World Healt Organizing (WHO). (2013). Facs and figure about diabetes <http://www.who.int/diabetes/en/>