

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES
MELITUS (DM) TIPE II DI RUANG FLAMBOYAN RSUD.
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh:

Nama : Muhammad Imron

NIM : P07220116020

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES
MELITUS (DM) TIPE II DI RUANG FLAMBOYAN RSUD.
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Nama : Muhammad Imron

NIM : P07220116020

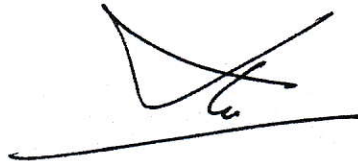
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 29 MEI 2019

Oleh

Pembimbing



Drs H. Lamri., M. Kes
NIDN : 4017115801

Pembimbing Pendamping



Indah Nur Imamah, SST., M. Kes
NIDN : 4018078501

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampus Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP : 19680329199402201

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus (DM)
tipe II di Ruang Flamboyan RSUD.Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

Telah Diuji
Pada tanggal 29 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:


H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep
NIDN : 4005016903



(.....)

Penguji Anggota:

1. **Drs, H. Lamri, M.Kes**
NIDN : 4017115801



(.....)

2. **Indah Nur Imamah, SST., M.Kes**
NIDN : 4018078501



(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes
NIP.196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP. 19680329199402201

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Muhammad Imron
Tempat/Tanggal Lahir : Sebakung jaya, 20 April 1997
Jenis Kelamin : Laki – laki
Agama : Islam
Alamat : Jl. Wortel, rt 12 dusun III, Sebakung jaya
Kec. Babulu, Kab. Penajam Paser Utara

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2002- 2003 : TK PGRI 5 Sebakung Jaya
2. Tahun 2003 - 2009 : SD 014 Sebakung Jaya
3. Tahun 2009 - 2012 : SMPN 8 Sebakung Jaya
4. Tahun 2012 – 2015 : SMAN 1 Penajam Paser Utara
5. Tahun 2016 – 2019 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Samarinda

Poltekkes Kementrian Kesehatan Kalimantan
Timur

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe II Di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur”. Sholawat serta salam juga tidak lupa penulis sampaikan kepada junjungan Nabi kita Muhammad SAW. Karena berkat rahmat dan hidayahnyalah yang menghantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju kejalan yang terang benderang seperti saat ini.

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, serta kewajiban penulis sebagai mahasiswa yang memiliki kewajiban terhadap pentingnya sebuah penelitian yang harus dan terus dikembangkan mengingat kemajuan teknologi yang semakin tinggi, perlu pula di tunjang oleh minat dan bakat mahasiswa melalui studi kasus seperti ini. Dalam upaya menyelesaikan karya tulis ini, penulis banyak dapat mendapat bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak H. Supriadi, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Bapak Dr. David Hariadi Masjhoer, SpOT.,FICS selaku Direktur RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
3. Ibu Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Bapak Drs, H. Lamri, M. Kes, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
6. Ibu Indah Nur Imamah, SST., M. Kes, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
7. Bapak H. Supriadi, S. Kp., M. Kep, selaku Penguji Utama yang telah memberikan masukan dalam penulisan riset.
8. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
9. Bapak Kadis dan Ibu Suni yang selalu memberikan do'a dan motivasi yang tiada henti-henti, serta dukungan baik moril maupun materiil.
10. Rekan-rekan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat IIIa yang telah memberi dukungan, masukan, juga kritik untuk laporan ini.

Semoga Tuhan yang maha Kuasa membalas semua kebaikan Bapak dan Ibu dan semua pihak hingga terselesainya penelitian ini.

Samarinda, 29 Mei 2019

Penulis



ABSTRACT

“NURSING CARE TIPE II OF DIABETES MELLITUS IN FLAMBOYAN ROOM AT ABDUL WAHAB SJAHRANIE HOSPITA SAMARINDA”

Muhammad Imron¹⁾, Lamri²⁾, Indah Nur Imamah³⁾

¹⁾ Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

^{2), 3)} Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Introduction : Diabetes mellitus is a decrease in the ability of cells to receive insulin called insulin resistance. Based on IDF, Indonesia is still ranked as the 6th most diabetes mellitus sufferer in the world in 2017. The study aims to study and understand in depth about nursing care of patients with type II Diabetes Mellitus in Abdul Wahab Sjahranie Hospital.

Method : This study used a case study method with the Nursing Care approach by taking a sample of 2 respondents who were treated in the Flamboyant Room of the Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Data collection uses the format of Nursing Care which includes Assessment, Diagnosis, Intervention, Implementation, Nursing Evaluation.

Results and Discussion : Based on the analysis of data obtained conclusions the study requires effective communication skills and observations, nursing diagnoses tailored to the client's condition and obtained a diagnosis of instability in blood glucose levels, risk of nutritional deficits, acute pain, impaired tissue integrity, hyperthermia, risk of infection, anxiety, self-care deficit and non-compliance. Planning and implementation are supported by supporting facilities and facilities, evaluation is carried out directly both formatively and summatively.

Conclusion : In patient I there were 2 unresolved problems, namely instability of blood glucose levels and impaired tissue integrity and 3 other problems resolved such as the risk of nutritional deficits, risk of infection and anxiety. Whereas in patients II there are also 2 unresolved problems, namely instability of blood glucose levels and impaired tissue integrity and 4 other problems resolved such as hyperthermia, anxiety, self-care deficits and non-compliance.

Suggestion : It is expected that in the future for health workers to improve nursing skills in providing nursing care primarily provide health education about the management of diabetes mellitus to improve quality of life in patients with type II diabetes mellitus.

Keywords: Nursing care, Type II diabetes mellitus.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Halaman Pengantar	vi
Abstrak	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	4
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	4
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Kriteria Diagnosis	7
2.1.4 Etiologi.....	8

2.1.5 Faktor Resiko	9
2.1.6 Manifestasi Klinik	12
2.1.7 Patofisiologi/Pathway	14
2.1.8 Komplikasi	15
2.1.9 Penatalaksanaan	18
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus	24
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.2.3 Perencanaan Keperawatan	28
2.2.4 Tindakan Keperawatan	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	35
 BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Desain Penulisan	36
3.2 Subjek Studi Kasus	36
3.3 Batasan Istilah	37
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	37
3.5 Prosedur Penulisan	37
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	38
3.7 Keabsahan Data	39
3.8 Analisis Data	40
 BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Studi Kasus	41
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	41
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	42
4.1.2.1 Pengkajian	42
4.1.2.2 Analisa Data	54
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	60
4.1.2.4 Intervensi Keperawatan	61
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan	66

4.1.2.4 Evaluasi Keperawatan	85
4.2 Pembahasan.....	110
4.3 Keterbatasan Penulis	123

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	124
5.2 Saran	127

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus	8
Tabel 2.2 Kisaran Kalori Tubuh.....	18
Tabel 2.3 Jadwal Makan pada Pasien Diabetes Melitus	19
Tabel 2.4 Jadwal, Jenis dan Jumlah Diit Pasien Diabetes Melitus	21
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan.....	28
Tabel 4.1 Pengkajian Pasien dengan Diabetes Melitus.....	42
Tabel 4.2 Obat yang Diterima Pasien dengan Diabetes Melitus.....	51
Tabel 4.3 Hasil Balance Bairan Pasien dengan Diabetes Melitus	51
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Penunjang GDS.....	52
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang Labolatorium	53
Tabel 4.6 Analisa Data Pasien 1 Tn. L.	54
Tabel 4.7 Analisa Data Pasien 2 Tn. S.....	57
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan	60
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan.....	61
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 1 Tn. L	66
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien 2 Tn. S.....	75
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 Tn. L	85
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 Tn. S.....	98

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Balasan dari Diklit RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)

Lampiran 3. Satuan Acara Penyuluhan



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan manusia yang paling utama, karena setiap manusia berhak untuk memiliki kesehatan. Kenyataannya tidak semua orang dapat memiliki derajat kesehatan yang optimal karena berbagai masalah, diantaranya lingkungan yang buruk, sosial ekonomi yang rendah, gaya hidup yang tidak sehat mulai dari makanan, kebiasaan, maupun lingkungan sekitar. Hal ini memicu berbagai macam penyakit diantaranya adalah penyakit diabetes melitus (marco, 2013).

Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Etiologi penyakit ini dapat berasal dari kombinasi faktor genetik dan faktor pengaruh lingkungan. Manifestasi klinis diabetes melitus yang sangat khas adalah frekuensi berkemih (poliuria) yang meningkat, rasa haus berlebihan (polidipsia), rasa lapar yang semakin besar (polifagian), keluhan lelah dan mengantuk, serta menurunnya berat badan (Astuti, 2018).

Berdasarkan perolahan data International Diabetes Federation (IDF) tingkat prevalensi global pada tahun 2017 sebesar 425 juta penduduk dunia mengalami diabetes dan diperkirakan pada tahun 2045 mengalami peningkatan menjadi 48% (629 juta) diantara usia penderita 20 -79 tahun. Pada tahun 2017 indonesia peringkat 6 dengan jumlah penderita

diabetes sebanyak 10.3 juta, dan diperkirakan jumlah ini akan meningkat pada tahun 2045 sebanyak 16.7 juta penderita. (International Diabetes Federation 2017).

Pada hasil Riskesdas (2007) terlihat prevalensi Diabetes melitus di Indonesia 1,1% dan pada hasil Riskesdas (2013) terjadi peningkatan prevalensi Diabetes melitus menjadi 2,1%, serta Riskesdas (2018) menunjukkan prevalensi penyakit diabetes melitus mengalami kenaikan dari 6,8% menjadi 8,5%.

Provinsi Kalimantan Timur melaporkan dari beberapa kabupaten kota bahwa prevalensi diabetes paling tinggi pada kota Samarinda sebanyak 3,5 % kemudian disusul oleh Bontang sebanyak 3,0 % dan Kutai Kartanegara sebanyak 2,8 %. (Riskesdas Kaltim, 2013), serta data Riskesdas (2018) terjadi peningkatan prevalensi diabetes di Kalimantan Timur sebesar 3,3 %.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil wawancara pada tanggal 7 April 2018 di ruang flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda terhitung dari bulan Juli tahun 2017 jumlah pasien diabetes melitus sebanyak 101 orang. Pada tahun 2018 jumlah pasien diabetes melitus sebanyak 52 orang diruang flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

Penderita Diabetes melitus perlu penanganan tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan dapat muncul seperti kurang nutrisi, kerusakan integritas jaringan, keterbatasan mobilitas fisik, resiko penyebaran infeksi, dan ulkus. Masalah keperawatan tersebut dapat dicegah dengan penatalaksanaan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara

menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus.

Berdasarkan fenomena dan riset penelitian yang ada, penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara Umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien penderita Diabetes Melitus

1.3.2.2 Melakukan analisa data pada pasien penderita Diabetes Melitus

1.3.2.3 Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien penderita Diabetes

Melitus

1.3.2.4 Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien penderita Diabetes Melitus

1.3.2.5 Melakukan tindakan keperawatan pada pasien penderita Diabetes Melitus

1.3.2.6 Melakukan evaluasi keperawatan pasien penderita Diabetes Melitus

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penulis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan penderita Diabetes Melitus.

1.4.2 Bagi Tempat Penulisan

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat memberikan manfaat khususnya agar dapat menambah referensi perpustakaan sebagai bahan acuan penelitian yang akan datang.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan penderita Diabetes Melitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk dihati dari makanan yang dikonsumsi. Insulin, yaitu suatu hormon yang diproduksi pankreas, mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya (Brunner & Suddart, 2015).

Diabetes melitus, lebih mudah disebut diabetes, adalah kondisi kronis yang terjadi ketika ada peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak bisa menghasilkan atau cukup hormon insulin atau menggunakan insulin secara efektif (International Diabetes Federation, 2017). Insulin adalah hormon penting yang diproduksi di pankreas kelenjar tubuh, dan mengangkut glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh di mana glukosa diubah menjadi energi. Kurangnya insulin atau ketidakmampuan sel untuk merespon insulin menyebabkan kadar glukosa darah yang tinggi, atau hiperglikemia, yang merupakan ciri khas diabetes. Hiperglikemia, jika dibiarkan terlalu lama dapat menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh, mengarah pada komplikasi kesehatan yang mengancam jiwa seperti penyakit kardiovaskular, neuropati, nefropati dan penyakit mata, yang mengarah ke retinopati dan kebutaan (International Diabetes Federation, 2017)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh jumlah hormon insulin yang tidak mencukupi atau tidak dapat bekerja secara normal, padahal hormon ini memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa dalam darah.

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

American Diabetes Assosiation membuat klasifikasi empat klinis gangguan intoleransi glukosa yaitu :

2.1.2.1 *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)*

IDDM yaitu defisiensi insulin karena kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (*Human Leucocyte Antigen*) spesifik, presdiposisi pada fenomena autoimun (cenderung ketosis dan terjai pada usia muda). Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak sel-sel langerhans di pankreas. Kelainan ini berdampak pada penurunan produksi insulin (IDF, 2014).

IDDM tergantung insulin biasanya terjadi pada masa anak-anak atau dewasa muda dan menyebabkan ketoasidosis jika pasien tidak diberikan terapi insulin.

2.1.2.2 *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*

NIDDM atau diabetes tipe 2 biasanya terjadi pada usia dewasa (WHO, 2014). Seringkali diabetes tipe 2 didiagnosis beberapa tahun setelah onset, yaitu setelah komplikasi muncul sehingga tinggi insidensinya sekitar 90% dari penderita Diabetes Melitus diseluruh dunia dan sebagian besar merupakan akibat dari

memburuknya faktor resiko seperti kelebihan berat badan dan kurangnya aktivitas fisik (WHO, 2014)

2.1.2.3 Gestasional Diabetes Mellitus (GDM)

Gestasional Diabetes Mellitus (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan (ADA, 2014), yang ditandai dengan *hiperglikemia* (kadar glukosa darah di atas normal) (CDA, 2013). Wanita dengan *diabetes gestational* memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilannya dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan (IDF, 2014).

2.1.2.4 Tipe diabetes lainnya adalah :

Diabetes melitus tipe khusus merupakan diabetes yang terjadi karena adanya kerusakan pada pankreas yang memproduksi insulin dan mutasi gen serta mengganggu sel beta pankreas, sehingga mengakibatkan kegagalan dalam menghasilkan insulin secara teratur sesuai dengan kebutuhan tubuh. Sindrom hormonal yang dapat mengganggu sekresi dan menghambat kerja insulin yaitu sindrom chusing, akromegali dan sindrom genetik (ADA, 2015).

2.1.3 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus

PERKENI (2014) membagi alur diagnosis Diabetes Melitus menjadi dua bagian besar berdasarkan ada tidaknya gejala khas Diabetes Melitus. Gejala khas Diabetes Melitus terdiri dari poliuria, polidipsi, polifagi dan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas, sedangkan gejala tidak khas Diabetes melitus diantaranya lemas, kesemutan, luka yang sulit sembuh, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi (pria) dan pruritus vulva (wanita). Apabila ditemukan gejala khas Diabetes Melitus, pemeriksaan gula darah abnormal satu kali saja sudah cukup untuk

menegakkan diagnosis, namun apabila tidak ditemukan gejala khas Diabetes Melitus, maka diperlukan dua kali pemeriksaan glukosa darah abnormal. Diagnosis Diabetes Melitus juga dapat ditegakkan melalui cara pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus

No.	Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus
1.	Gejala klasik Diabetes Melitus + glukosa plasma sewaktu >200mg/dL (11,1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir.
2.	Gejala klasik Diabetes Melitus + glukosa plasma puasa <126mg/dL (7,0 mmol/L). Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam.
3.	Glukosa plasma 2 jam pada TTGO >200 mg/dL (11,1 mmol/L). TTGO dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrus yang dilarutkan ke dalam air.

(IDF, 2017)

2.1.4 Etiologi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus tipe II disebabkan oleh kegagalan relatif sel β dan resistensi insulin. Resistensi Insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperglikemia kronik dan dalam jangka panjang dapat terjadi komplikasi yang serius. Secara keseluruhan gangguan ini bersifat merusak dan memburuk secara progresif dengan berjalannya waktu (Raymond, 2016).

Sel β yang tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada ransangan glukosa, keadaan inilah yang

menyebabkan adanya keterlambatan sekresi insulin yang cukup untuk menurunkan kadar glukosa postprandial pada jaringan perifer seperti jaringan lemak dan jaringan otot (Raymond, 2016).

2.1.5 Faktor Resiko Diabetes Melitus

2.1.5.1 Faktor resiko yang dapat diubah

1) Gaya Hidup

Gaya hidup merupakan perilaku seseorang yang ditunjukkan dalam aktivitas sehari-hari. Makanan cepat saji, olahraga tidak teratur dan minuman bersoda adalah salah satu gaya hidup yang dapat memicu terjadinya diabetes melitus tipe II (IDF, 2017).

2) Pola Makan

Pola makan merupakan salah satu komponen yang penting dalam menjaga agar tubuh dalam keadaan stabil dan tidak berisiko menimbulkan kasus diabetes melitus. Tingginya jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia diakibatkan oleh kebiasaan pola makan orang Indonesia yang terlalu banyak mengonsumsi karbohidrat dan ketidakseimbangan konsumsi dengan kebutuhan energi, yang jika kondisi tersebut berlangsung terus menerus dapat menimbulkan terjadinya diabetes melitus (Isnaini, 2018).

3) Obesitas

Peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT) dipengaruhi oleh faktor gaya hidup seperti kelebihan berat badan atau tidak berolahraga sangat terkait dengan perkembangan diabetes melitus tipe II. Adanya pengaruh

indeks massa tubuh terhadap diabetes melitus ini bisa disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik serta tingginya konsumsi protein, karbohidrat dan lemak yang merupakan faktor risiko dari obesitas (Isnaini, 2018).

Kondisi tersebut dapat dapat menyebabkan meningkatnya asam lemak atau *Free Fatty Acid* (FFA) dalam sel. Peningkatan FFA ini akan menyebabkan menurunnya pengambilan glukosa kedalam membran plasma, dan akan menyebabkan terjadinya resistensi insulin pada jaringan otot dan adipose (Isnaini, 2018).

4) Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan pendistribusian gula pada sel tidak berjalan optimal sehingga akan terjadi akumulasi gula dan kolesterol dalam darah. Tekanan darah diatas 120/90 mmHg memiliki risiko diabetes melitus dua kali lipat dibandingkan dengan orang yang tekanan darahnya normal (Brunner & Suddart, 2015).

5) Kebiasaan Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko dari diabetes melitus tipe II. Penelitian Slagter *et all* (2013) menemukan bahwa kebiasaan merokok dapat mempengaruhi ketebalan plasma dinding pembuluh darah (atheroskelrosis) dan dapat menyebabkan komplikasi kardiovaskuler.

Kebiasaan merokok berhubungan dengan peningkatan prevalensi *metabolic syndrome* dan peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT). Peningkatan ini berhubungan dengan peningkatan risiko penurunan HDL (*High Desity Lipoprotein*) kolesterol, dan tingginya *triglycerides* dan

peningkatan lingkaran pinggang. Menurut Hilawe *et all* (2015), kandungan konsentrasi adinopektin tampak secara parsial memediasi pengaruh merokok pada diabetes.

2.1.5.2 Faktor resiko yang tidak dapat diubah

1) Usia

Faktor usia mempengaruhi penurunan pada semua sistem tubuh, tidak terkecuali sistem endokrin. Penambahan usia menyebabkan kondisi resistensi pada insulin yang berakibat tidak stabilnya gula darah sehingga banyaknya kejadian diabetes melitus salah satu diantaranya adalah karena faktor penambahan usia yang secara degenerative menyebabkan penurunan fungsi tubuh.

Semakin bertambahnya usia maka semakin tinggi risiko terkena diabetes melitus tipe II. Diabetes melitus tipe II terjadi pada orang dewasa setengah baya, paling sering setelah usia 45 tahun (Isnaini, 2018)

2) Riwayat Keluarga

Diabetes Melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes melitus akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin (Ehsa, 2010).

Fakta menunjukkan bahwa mereka yang memiliki ibu penderita diabetes melitus tingkat risiko terkena diabetes melitus sebesar 3,4 kali lipat lebih tinggi dan 3,5 kali lipat lebih tinggi jika memiliki ayah

penderita diabetes melitus. Apabila kedua orangtua menderita diabetes melitus, maka akan memiliki risiko terkena diabetes melitus sebesar 6,1 kali lipat lebih tinggi (Sahlasaida, 2015).

3) Ras dan Latar Belakang Etnik

Di Amerika Serikat, orang Hispanik, Negro, sebagian penduduk asli Amerika dan Asia memiliki insidens diabetes yang lebih tinggi daripada penduduk kulit putih. Sebagian penduduk asli Amerika, seperti suku Pima, mempunyai angka diabetes sebesar 20% hingga 50% (Brunner & Suddart, 2015).

2.1.6 Manifestasi Klinik Diabetes Melitus

2.1.6.1 Poliuri (Peningkatan pengeluaran urin)

Peningkatan pengeluaran urine mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai kadar “ambang ginjal”, yaitu 180 mg/dL pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa darah 180 mg/dL, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuresis akan terjadi mengakibatkan poliuria (Anggit, 2017).

2.1.6.2 Polidipsia (Peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urine yang sangat besar dan keluarnya air dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang

pengeluaran ADH (*Antidiuretic Hormone*) dan menimbulkan rasa haus (Anggit, 2017).

2.1.6.3 Polifagia (Peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar (*cell starvation*), pasien merasa sering lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi (PERKENI, 2011).

2.1.6.4 Rasa lelah dan kelemahan otot

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena adanya gangguan aliran darah, katabolisme protein diotot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai *energy* sehingga hal ini membuat pasien dengan diabetes melitus sering merasa lelah (Anggit, 2017).

2.1.6.5 Berat badan turun

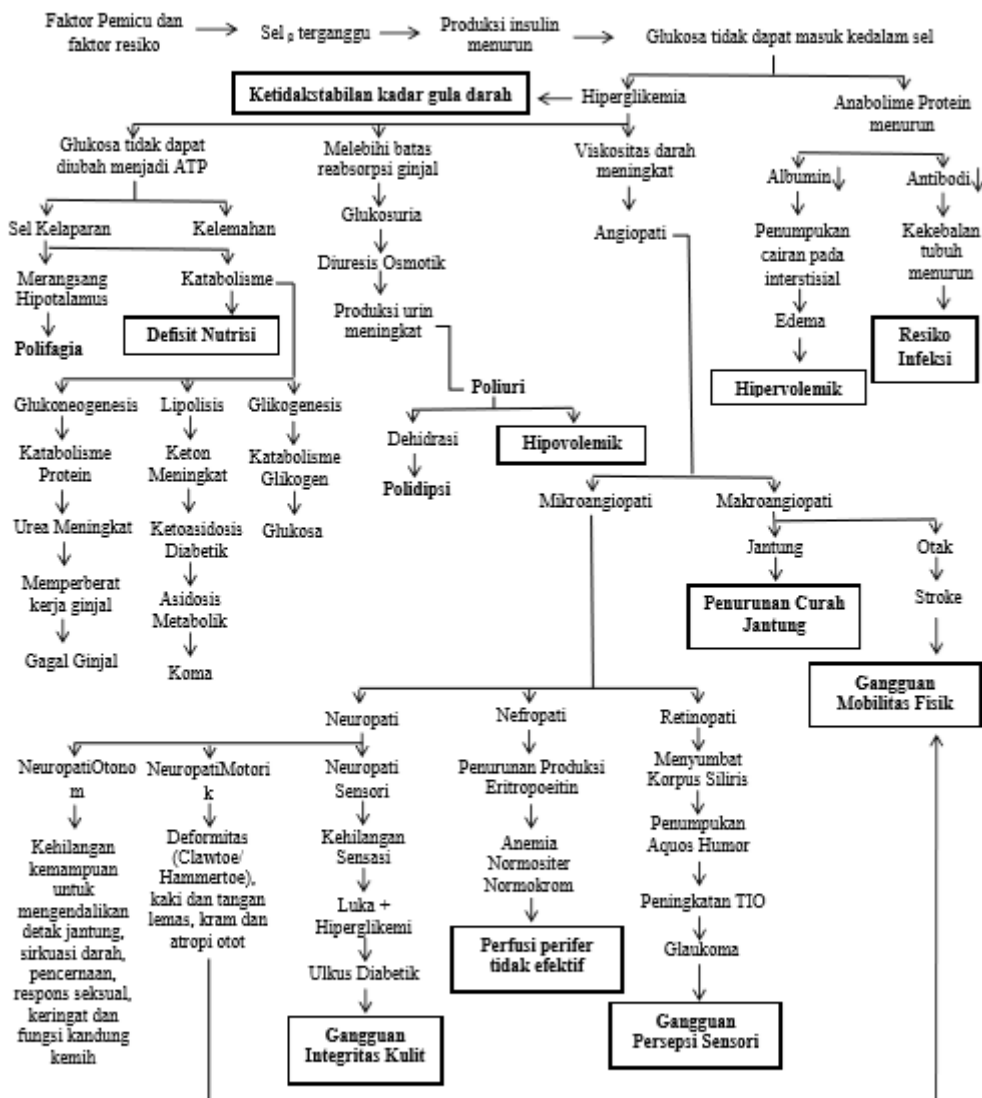
Turunnya berat badan pada pasien dengan diabetes mellitus disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi (Wismandari, 2016).

2.1.7 Patofisiologi Diabetes Melitus

2.1.7.1 Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe II



Pathway Diabetes Melitus



(Anggit, 2017), (Brunner & Suddart, 2015), (Nanda NIC NOC, 2015) dan (Rohmawardani, 2018).

Bagan 1. Pathway Diabetes Melitus

2.1.8 Komplikasi Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, antara lain :

2.1.8.1 Komplikasi Metabolik Akut

Komplikasi metabolik akut pada penyakit diabetes melitus terdapat tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, diantaranya :

Hipoglikemia (kadar gula darah yang abnormal rendah) terjadi ketika kadar glukosa darah turun di bawah 50 hingga 60 mg/dL (2,7 hingga 3,3 mmol/L). Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat (Brunner & Suddart, 2015). Komplikasi akut lainnya adalah ketoasidosis diabetik (KAD) yang disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat menurun hingga mengakibatkan terjadinya gangguan metabolisme, yang ditandai dengan trias hiperglikemia, dehidras, kehilangan elektrolit dan asidosis (Brunner & Suddart, 2015). Dan Sindrom HHNK yang merupakan komplikasi diabetes melitus yang ditandai dengan hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dL.

2.1.8.2 Komplikasi Metabolik Kronik

Angka kematian yang berkaitan dengan ketoasidosis dan infeksi pada pasien-pasien diabetes tampak terus menurun, tetapi kematian akibat komplikasi kardiovaskuler dan renal mengalami kenaikan yang mengkhawatirkan. Komplikasi jangka panjang atau komplikasi kronis diabetes dapat menyerang

semua sistem organ dalam tubuh. Kategori komplikasi kronis diabetes yang lazim digunakan adalah :

1) **Komplikasi pembuluh darah kecil (*mikrovaskuler*)**

Komplikasi pada pembuluh darah kecil (*mikrovaskuler*) yaitu, kerusakan retina mata (*retinopati*) yang merupakan suatu mikroangiopati ditandai dengan kerusakan dan sumbatan pembuluh darah keci pada retina mata (Brunner & Suddart, 2015). Komplikasi mikrovaskuler lainnya adalah kerusakan ginjal yang pada pasien diabetes melitus ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/ 24 jam). Nefropati diabetik merupakan penyebab utama terjadinya gagal ginjal terminal (Brunner & Suddart, 2015). Dan neuropati diabetik merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan pada pasien diabetes melitus. Neuropati diabetik mengacu pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe syaraf, termasuk syaraf perifer (sensorimotor) dan otonom. Kelainan tersebut tampak beragam secara klinis bergantung pada lokasi sel syaraf yang terkena (Brunner & Suddart, 2015).

2) **Komplikasi pembuluh darah besar (*makrovaskuler*)**

Komplikasi pada pembuluh darah besar (*makrovaskuler*) yaitu, perubahan atherosklerotik dalam pembuluh darah koroner menyebabkan peningkatan insidens infark miokrd pada pasien diabetes. Pada penyakit diabetes terdapat peningkatan kecenderungan untuk mengalami komplikasi infark miokard dan kecenderungan untuk mendapatkan serangan infark yang kedua. Salah satu ciri unik pada panyakit arteri koroner yang diderita oleh

pasien-pasien diabetes adalah tidak terdapatnya gejala iskemik yang khas. Jadi, pasien mungkin tidak memperlihatkan tanda-tanda awal penurunan aliran darah koroner dan dapat mengalami infark miokard asimtomatik (*silent*) dimana keluhan sakit dada atau gejala khas lainnya tidak dialaminya. Kurangnya gejala iskemik ini disebabkan oleh neuropati otonom (Brunner & Suddart, 2015).

Kemudian pasien dengan diabetes melitus berisiko dua kali lipat dibandingkan dengan pasien non diabetes melitus untuk terkena penyakit *serebrovaskular*. Gejala yang ditimbulkan menyerupai gejala pada komplikasi akut DM , seperti adanya keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, kelemahan dan bicara pelo. Karena itu pemeriksaan kadar gula darah sangat penting pada pasien yang mengeluhkan semua gejala diatas (Brunner & Suddart, 2015).

Perubahan atherosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insiden penyakit oklusi arteri perifer pada pasien diabetes. Tanda dan gejala penyakit vaskuler perifer dapat mencakup berkurangnya denyut nadi perifer dan klaudikasio intermitten (nyeri pada pantat atau betis ketika berjalan). Bentuk penyakit oklusif arteri yang parah pada ekstremitas bawah ini merupakan penyebab utama meningkatnya insidens gangren dan amputasi pada pasien-pasien diabetes (Brunner & Suddart, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan

Pengobatan bertujuan untuk mengurangi gejala-gejala, mengusahakan keadaan gizi dimana berat badan ideal dan mencegah terjadinya komplikasi. Secara garis besar pengobatannya dilakukan dengan :

2.1.9.1 Pengelolaan makan

Diet yang dianjurkan yaitu diet rendah kalori, rendah lemak, rendah lemak jenuh, dan tinggi serat. Jumlah asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat kompleks merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang sehingga tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan.

Pengaturan pola makan dapat dilakukan berdasarkan 3J yaitu jumlah, jadwal dan jenis diet

- 1) Jumlah yaitu jumlah kalori setiap hari yang diperlukan oleh seseorang untuk memenuhi kebutuhan energi. Jumlah kalori ditentukan sesuai dengan IMT (Indeks Massa Tubuh) dan ditentukan dengan satuan kilo kalori (*Kkal*).

$$IMT = BB \text{ (kg)}/TB \text{ (m}^2\text{)}$$

Setelah itu kalori dapat ditentukan dengan melihat indikator berat badan ideal yaitu :

Tabel 2.2 Kisaran kalori tubuh

Indikator	Berat Badan Ideal	Kalori
Kurus	< 18,5	2.300 – 2.500 Kkal
Normal	18,5 – 22,9	1.700 – 2.100 Kkal
Gemuk	>23	1.300 – 1.500 Kkal

(Soegondo, 2015)

- 2) Jadwal makan diatur untuk mencapai berat badan ideal. Sebaiknya jadwal makannya diatur dengan interval 3 jam sekali dengan 3 kali makan besar dan 3 kali selingan dan tidak menunda jadwal makan sehari-hari.

Tabel 2.3 Jadwal makan pada pasien Diabetes Melitus

No	Jadwal	Waktu
1	Makan besar I	Pukul 07.00
2	Selingan I	Pukul 10.00
3	Makan besar II	Pukul 13.00
4	Selingan II	Pukul 16.00
5	Makan besar III	Pukul 19.00
6	Selingan III	Pukul 21.00

(Khaerul, 2017)

- 3) Jenis diet yang digunakan sebagai bahan penatalaksanaan diabetes melitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat. Ada beberapa jenis makanan yang dianjurkan dan jenis makanan yang tidak dianjurkan atau dibatasi bagi penderita diabetes mellitus yaitu:

a) Jenis bahan makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes melitus adalah

(1) Karbohidrat

(a) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi. Terutama karbohidrat berserat tinggi.

(b) Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan.

(c) Glukosa dalam bumbu diperbolehkan sehingga penyandang diabetes dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain.

(d) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi.

(e) Pemanis alternatif dapat digunakan sebagai pengganti glukosa, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (*Accepted Daily Intake/ADI*).

(f) Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari (PERKENI, 2015).

(2) Lemak

(a) Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori, dan tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi.

(b) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans, antara lain : daging berlemak dan susu *fullcream*.

(c) Konsumsi kolesterol dianjurkan <200 mg/hari (PERKENI, 2015).

(3) Protein

(a) Kebutuhan protein sebesar 10-20% total asupan energi.

(b) Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.

(c) Pada pasien dengan nefropati diabetik perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/KgBB/hari atau 10% dari kebutuhan energi, dengan 65% diantaranya bernilai biologik tinggi.

(d) Kecuali pada penderita DM yang sudah menjalani hmodialisa asupan protein menjadi 1-1,2 g/KgBB/hari (PERKENI, 2015).

- (4) Natrium
- (a) Anjuran asupan natrium untuk penderita diabetes melitus sama dengan orang sehat yaitu <2300 mg/ hari.
- (b) Penderita diabetes melitus yang juga menderita hipertensi perlu dilakukan pengurangan natrium secara individual.
- (c) Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit (PERKENI, 2015).
- (5) Serat
- (a) Penderita diabetes melitus dianjurkan megkonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat.
- (b) Anjuran konsumsi serat adalah 20-35 gr/hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan (PERKENI, 2015).
- (6) Pemanis alternatif
- (a) Pemanis alternatif aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake/ADI*) (PERKENI, 2015).

Tabel 2.4 Jadwal, Jenis dan Jumlah Diit Pasien Diabetes Melitus

Waktu	Nama Masakan	Nama Bahan	Berat (g)	Energi (Kkal)	Protein (g)	Lemak(g)
Pagi	Nasi putih	Beras	50	178	2,1	0,1
	Hati goreng	Hati sapi	25	34	4,93	0,8
	Sup, wortel, tahu	Sawi	50	11	1,15	0,15
		Wortel	100	42	1,2	0,1
		Tahu	50	24	3,9	2,3
		Minyak	7,5	65,25	0,8	7,35
Selingan	Pepaya	Pepaya	100	46	0,5	0

I	Pastel	Pastel	45	100	2,6	7,7
Siang	Nasih putih	Beras	70	249,2	2,94	0,14
	Ayam bumbu tomat	Ayam	40	120,8	7,28	10,6
	Cah jagung muda	Jagung muda	100	140	4,7	1,3
	Kembang kol	Kembang kol	50	12,5	1,2	0,1
	Jamur	Jamur	25	3,75	0,95	0,15
Selingan II	Pisang	Pisang ambon	100	173,25	2,1	0,35
	Martabak telur	Martabak telur	50	100	4,45	2,25
Malam	Nasih putih	Beras	70	249,2	2,94	0,14
	Semur telur	Telur	60	97,2	7,7	6,9
		Kecap	25	11,5	1,43	0,15
	Cah jagung + jagung	Kangkung	50	14,5	1,5	0,3
		Minyak goreng	7,5	65,25	0,03	7,35
		Jagung muda	100	140	4,7	1,3
Selingan III	Apel	Apel	100	58	0,3	0,4
		Jumlah total		1935,4	58,95	50,23

2.1.9.2 Latihan Fisik

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani teratur (3-4 kali seminggu kurang lebih selama 30 menit), jeda antar latihan jasmani tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes tipe 2. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin, sehingga memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dimaksud adalah jalan, bersepeda santai, jogging atau berenang. Sebelum melakukan latihan jasmani dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah. Apabila kadar glukosa darah <100 mg/dL pasien

harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan jasmani.

Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Intensitas latihan jasmani pada penyandang diabetes melitus yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada penyandang diabetes melitus yang disertai dengan komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu. Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki kepasar, menggunakan tangga, berkebun tetap dilakukan. Batasi atau jangan terlalu lama melakukan aktivitas yang kurang aktivitas fisik seperti menonton televisi (Perkeni, 2015).

2.1.9.3 Monitor Kadar Gula Darah

Pemantauan diabetes melitus merupakan pengendalian kadar gula darah mencapai kondisi senormal mungkin. Dengan terkendalinya kadar glukosa darah maka akan terhindar dari keadaan hiperglikemia dan hipoglikemia serta mencegah terjadinya komplikasi. Hasil *Diabetes Control And Complication Trial* (DCCT) menunjukkan bahwa pengendalian diabetes yang baik dapat mengurangi komplikasi diabetes antara 20-30%. Prosedur pemantauan glukosa darah adalah :

- 1) Tergantung dari tujuan pemeriksaan tes dilakukan pada waktu
 - a) Sebelum makan.
 - b) 2 jam sesudah makan (*postpradial*).
 - c) Sebelum tidur malam (pada jam 22.00).
- 2) Pasien dengan kendali buruk atau tidak stabil dilakukan tes setiap hari.

- 3) Pasien dengan kendali baik atau stabil sebaiknya tes tetap dilakukan secara rutin. Pemantauan dapat lebih jarang (minggu sampai bulan) apabila pasien terkontrol baik secara konsisten.
- 4) Pemantauan glukosa darah pada pasien yang mendapat terapi insulin, ditujukan juga untuk penyesuaian dosis insulin dan memantau timbulnya hipoglikemia.
- 5) Tes lebih sering dilakukan pada pasien yang melakukan aktivitas tinggi, pada keadaan krisis atau pada pasien yang sulit mencapai target terapi (selalu tinggi atau sering mengalami hipoglikemia), juga pada saat perubahan dosis terapi (PERKENI, 2015).

2.1.9.4 Terapi

Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM, namun bila diperlukan dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian obat antihiperqlikemia oral tunggal atau kombinasi. Pemberian obat antihiperqlikemia oral maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respons kadar glukosa darah (PERKENI, 2015).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Identitas Penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2.2.1.2 Keluhan Utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau serta gangguan penglihatan (Brunner & Suddart, 2015).

2.2.1.3 Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya rasa kesemutan, gangguan penglihatan dan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

2) 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, atheroskelosis, dan gejala-gejala awal diabetes seperti poliuria, polidipsi polifagia, kulit kering dan penurunan berat badan (Brunner & Suddart, 2015).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi.

2.2.1.4 Riwayat Psikososial

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

2.2.1.5 Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan pasien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

2) Kepala dan Leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adanya pembesaran pada leher, adanya gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, adanya penglihatan kabur atau ganda, diplopia dan lensa mata keruh.

3) Sistem Integumen

Adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar luka, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

4) Sistem Pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum dan nyeri dada.

5) Sistem Kardiovaskuler

Perfusi jaringan perifer menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, kardiomegali.

6) Sistem Gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi dan perubahan berat badan.

7) Sistem Urinary

Poliuri, retensi urin atau inkontinensia urin

8) Sistem Muskuloskeletal

Adanya deformitas, cepat lelah, lemah dan nyeri serta adanya ganggren di ekstremitas.

9) Sistem Neurologis

Terjadinya penurunan sensoris, parathesia, anasthesia, letargis, mengantuk, refleks lambat dan disorientasi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

2.2.2.1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia atau hipoglikemia.

2.2.2.2 (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

2.2.2.3 (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi akibat defisiensi insulin, kurangnya asupan makanan akibat adanya mual muntah.

2.2.2.4 (D.0034) Risiko hipovolemia berhubungan dengan diuresis osmotik dan poliuria.

2.2.2.5 (D.0129) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan sensasi sensoris, penurunan aktivitas, kurangnya pengetahuan tentang perawatan kulit.

2.2.2.6 (D.0142) Risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah, penurunan fungsi leukosit.

2.2.2.7 (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi dan mencegah masalah keperawatan klien.

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia atau hipoglikemia. Definisi : Variasi kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal. Penyebab :</p> <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pankreas 2. Resisten insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral 2. Hiperinsulinemia 3. Endokrinopati 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan neoplasma 8. Gangguan metabolik bawaan. <p>Gejala dan Tanda Mayor DS :</p> <p>Hipoglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk 2. Pusing <p>Hiperglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah atau lesu 	<p>L.03022 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kadar gluosa darah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah atau lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 3. Prilaku sedang 	<p>Manajemen Hiperglikemia I.03115</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor kadar glukosa darah 1.2 Monitor tanda dan gejala hiperglikemi/hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Ajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, mengenai pola makan dan latihan fisik) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Kolaborasi pemberian insulin (SIKI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>DO :</p> <p>Hipoglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan koordinasi. 2. Kadar glukosa dalam darah atau urin rendah <p>Hiperglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah atau urin tinggi <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DS:</p> <p>Hipoglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi 2. Mengeluh lapar <p>Hiperglikemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mulut kering 2. Haus meningkat <p>DO:</p> <p>Hipoglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemetar 2. Kesedaran menurun 3. Prilaku aneh 4. Sulit bicara 5. Berkeringat <p>Hiperglikemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah urin meningkat. 		
<p>(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia.</p> <p>Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekan darah 4. Penurunan aliran arteri dan atau vena <p>Gejala dan Tanda mayor</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun 	<p>L.02011</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekutan nadi meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Tekan darah sistolik dan diatolik membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 2.3 Identifikasi rencana tranfusi 2.4 Monitor tanda – tanda vital 2.5 Monitor reaksi tranfusi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.6 Lakukan pencegahan infeksi 2.7 Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.8 Ajarkan program diit untuk memperbaiki sirkulasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>atau tidak teraba</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan Tanda Minor DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parestesia 2. Nyeri ekstermitas <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan luka terhambat. 		
<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi akibat defisiensi insulin, kurangnya asupan makanan akibat adanya mual muntah. Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup Untuk memenuhi metabolisme Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi <p>Gejala dan Tanda Mayor DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Nafsu makan menurun <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Membran mukosa pucat 	<p>L.03030 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam makan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat meningkat 3. Nafsu makan membaik 4. Perasaan sedih menurun 	<p>Manajemen Nutrisi I.03119 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
<p>(D.0034) Risiko hipovolemia berhubungan dengan diuresis osmotik dan poliuria. Definisi : Beresiko mengalami</p>	<p>L.03028 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa tanda dan gejala hipoglikemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekana

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler. Faktor Resiko : Kehilangan cairan secara aktif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nandi meningkat 2. Membran mukos lembab meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah meningkat 5. Hematokrit membaik 6. Intake cairan membaik 	<p>darah menurun, membran mukosa kering haus ndan lemah). 4.2 Monitor intake dan output Terapeutik 4.3 Berikan asupan cairan oral Edukasi 4.4 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi 4.5 Kolaborasi pemberian cairan IV</p>
<p>(D.0129) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan penurunan sensasi sensoris, penurunan aktivitas, kurangnya pengetahuan tentang perawatan kulit. Definisi : kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen). Penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan atau kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas Gejala dan Tanda Mayor DO : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit Gejala dan Tanda Minor DO : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma </p>	<p>L.14125 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam maka integritas jaringan meningkat, ditandai dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Nyeri menurun 3. Drainase purulent menurun 4. Drainase serosanguinis menurun 5. Bau tidak sedap pada luka menurun </p>	<p>Perawatan Luka I.14564 Observasi 5.1 Monitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran dan bau) 5.2 Monitor tanda – tanda infeksi Terapeutik 5.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 5.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 5.5 Bersihkan jaringan nekrotik 5.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 5.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 5.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai Edukasi 5.9 Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 5.10 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>(D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah, penurunan fungsi leukosit.</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p>	<p>L.14133</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor tanda dan gejala infeksi. 6.2 Batasi jumlah pengunjung 6.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.4 Ajarkan pasien mengenai cara mencuci tangan dengan benar 6.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
<p>(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.</p> <p>Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dihadapi <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) 	<p>L.09086</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Prilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Prilaku membaik. 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>I.12383</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 7.2 Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 7.4 Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.5 Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

2.2.4 Tindakan Keperawatan

2.2.4.1 Fase Perkenalan/Orientasi

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan klien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu. Tujuan perawat dalam tahapan ini adalah :

- 1) Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka.
- 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan klien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak yang telah disepakati bersama.
- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka.
- 4) Merumuskan tujuan interaksi dengan klien.

2.2.4.2 Fase Kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa

respons ataupun pesan komunikasi verbal dan non verbal yang disampaikan oleh pasien.

Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan klien secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

2.2.4.3 Fase Terminasi

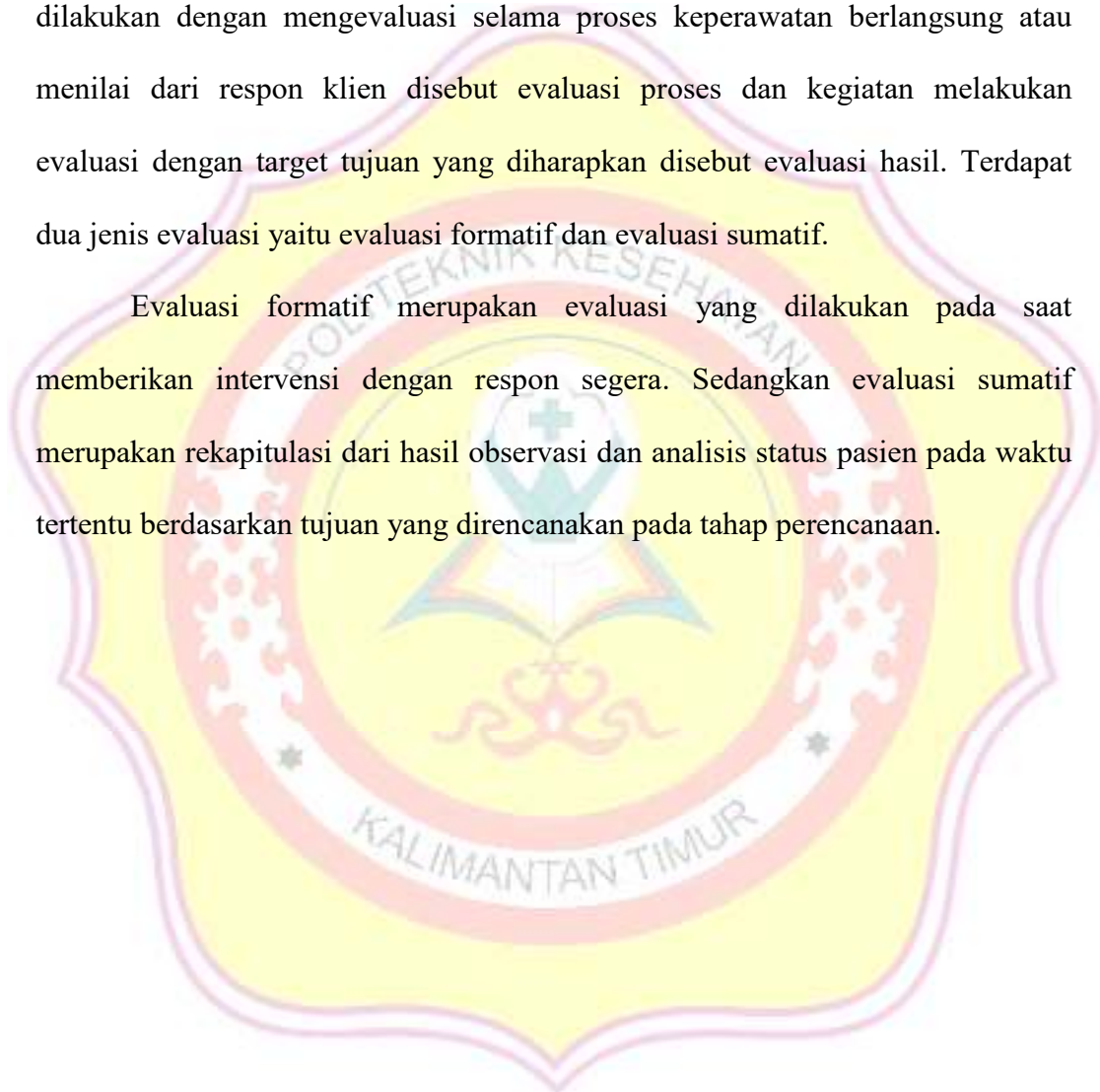
Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien, setelah hal ini dilakukan perawat dan klien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan. Tugas perawat dalam tahap ini adalah :

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif).
- 2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat.
- 3) Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindak lanjut yang disepakati harus relevan dengan interaksi yang baru saja dilakukan atau dengan interaksi yang akan dilakukan selanjutnya. Tindak lanjut dievaluasi dalam tahap orientasi pada pertemuan berikutnya.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien dengan diabetes melitus tipe II. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus yaitu mengaplikasikan langsung proses keperawatan yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2015).

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian pada studi kasus ini adalah pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus tipe II sebanyak dua responden yang dirawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur dengan kriteria subyek :

- 1) Responden berusia 30-60 tahun
- 2) Responden berjenis kelamin laki- laki
- 3) Responden mampu berkomunikasi dengan bahasa indonesia
- 4) Responden diruang flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda, bersedia menjadi responden.

3.3 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan adalah suatu tindakan atau proses dalam praktik keperawatan yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga (Nursalam, 2011). Asuhan keperawatan terdiri dari lima tahap yang berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nursalam, 2011).

Diabetes melitus tipe II merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia yang disebabkan oleh resistensi insulin (Brunner & Suddart, 2015).

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

3.4.1 Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan selama 3 sampai 6 hari.

3.4.2 Tempat

Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus tipe II di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3.5 Prosedur penulisan

Penulisan ini diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data di ruang flamboyan rumah sakit Abdul Wahab Sjahranie pada pasien penderita

Diabetes Melitus tipe II. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subyek studi kasus.

3.6 Metode dan instrumen pengumpulan data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

3.5.1.1 Wawancara

Wawancara yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden misalnya mengenai biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

3.5.1.2 Pengamatan (Observasi)

Metode Observasi adalah suatu usaha untuk mengumpulkan data yang dilakukan secara sistematis, dengan prosedur yang terstandar (Sugiyono, 2008). Pengamatan menggunakan metode pengamatan terlibat (observasi partisipasif). Pengamat benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah di selidiki, misalnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah defisit nutrisi yang dapat dilakukan antara lain penimbangan berat badan, pemeriksaan antropometri dan memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan klien.

3.5.1.3 Pemeriksaan fisik

Pengamatan yang mempunyai kerangka atau struktur yang jelas. Kerangka tersebut memuat beberapa hal, pada masalah defisit nutrisi hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain keluhan utama, pemeriksaan fisik terutama pada pemeriksaan abdomen, pemeriksaan antropometri, pola eliminasi, status nutrisi dan status hidrasi. Dan pada umumnya observasi sistematis ini didahului oleh observasi pendahuluan yakni dengan observasi partisipatif.

3.5.1.4 Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan (Ali, 2009).

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus yang ditulis dalam format asuhan keperawatan untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang di gunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus Diabetes Melitus.

3.7 Keabsahan Data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

3.7.1 Data Primer

Keabsahan dilakukan dengan pengambilan data primer yakni sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya yang berupa wawancara dari individu pasien maupun hasil observasi dari suatu objek dan kejadian.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder berisi sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung seperti data dari kerabat atau keluarga pasien.

3.7.3 Data Tersier

Diperoleh dari catatan perawatan klien atau rekam medis klien yang merupakan riwayat penyakit atau perawatan klien dimasa lalu.

3.8 Analisis Data

Pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan. Hasil pengolahan data akan ditampilkan dengan tabel atau grafik. Kemudian dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan (Hidayat, 2011).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, RSUD ini dibangun tahun 1933, RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit tipe A sebagai Rumah Sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Histologi/ Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Paviliun, Instalasi Rawat Inap (kelas I, II, III, dan VIP).

Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus di ruang Flamboyan yaitu ruang rawat inap bagi pasien yang diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik. Kasus penyakit yang terdapat di ruang Flamboyan meliputi diantaranya pasien dengan penyakit sistem gastrointestinal, kardiovaskuler, penyakit infeksi, hemopatologi, dan penyakit kanker/neoplasma.


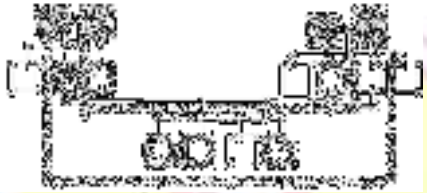
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1

**Pengkajian Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan
RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Tahun 2019**

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
Nama Pasien	Tn. L	Tn. S
Tanggal Lahir	17 Mei 1962	31 Desember 1964
Suku/Bangsa	Madura/Indonesia	Jawa/Indonesia
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMA
Pekerjaan	Kuli Bangunan	Tidak Bekerja
Alamat	Jln. Wahidin Sudiro Husodo	Jln. Adi Sucipto, Palaran.
Diagnosa Medis	Diabetes mellitus tipe 2, ulkus diabetik	Diabetes mellitus tipe 2, ulkus diabetik
Sumber Informasi	Pasien dan keluarga	Pasien dan keluarga
No. Register	68.51.31.xx	17.12.89.xx
Tanggal Pengkajian	1 April 2019	1 April 2019
Keluhan Utama	Nyeri pada kaki kanan	Nyeri pada kaki kiri
Riwayat Penyakit Sekarang	Awalnya kakinya terijak batu 2 minggu yang lalu semakin lama semakin membengkak kemudian berobat ke puskesmas lalu di rujuk ke RS. AWS tiba di IGD, jumat, 29 maret 2019 pukul 15.00 lalu di transfer keruang flamboyan pukul 19.00, pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dengan skala 5, yang dirasakan dengan kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan hilang timbul. Kadar GDS 350 mg/dl. 29/04/2019	Satu bulan yang lalu mata kaki pasien digigit serangga kemudian melepuh lalu semakin lama membengkak dan terbentuknya luka akibat digaruk kemudian di bawa kepuskesmas lalu dirujuk ke RS. D mendapatkan perawatan selama 6 hari lalu di rujuk ke RS. AWS tiba di IGD pukul 20.00 jumat 29 maret 2019 lalu di transfer keruang flamboyan pukul 00.00 malam. Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dengan skala 6, yang dirasakan dengan kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan hilang timbul. Kadar GDS 230 mg/dl 29/03/2019
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien pernah dirawat tanggal 01 Februari 2019 dengan diagnosa	Pasien pernah dirawat ± 1 tahun yang lalu dengan

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	<p>medis diabetes mellitus tipe 2, riwayat operasi di Rs. D, jari kaki kanan kelingking dan jari manis, riwayat penggunaan obat metformin 500 mg dengan dosis 2x sehari. Pasien telah menderita diabetes mellitus tipe 2 sejak 2 tahun yang lalu.</p>	<p>diagnosa medis diabetes mellitus tipe 2, riwayat operasi Debridement pada tanggal 04 agustus 2018, riwayat penggunaan obat glimepiride 2 mg dengan dosis 1x sehari secara oral dan obat mefinal 500 mg dengan dosis 2x sehari secara oral. Pasien telah menderita diabetes mellitus tipe 2 sejak 2 tahun yang lalu.</p>
Riwayat Penyakit Keluarga	<p>Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit diabetes mellitus dalam keluarga</p>	<p>Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit diabetes mellitus dalam keluarga</p>
<p>Genogram Pasien I</p>  <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ : Meninggal □ : Perempuan ○ : Laki - laki ↗ : Pasien ----- : Tinggal Serumah 	<p>Genogram Pasien II</p>  <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ : Meninggal □ : Perempuan ○ : Laki - laki ↗ : Pasien ----- : Tinggal Serumah 	
Keadaan Umum	Sedang	Sedang
Kesadaran	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅
Tanda – Tanda Vital	<p>TD :140/70 mmHg Nadi : 92 kali/menit RR : 21 kali/menit Temp : 36.5 °C</p>	<p>TD :130/80 mmHg Nadi : 84 kali/menit RR : 20 kali/menit Temp : 35.5 °C</p>
Kenyamanan/nyeri	<p>P : luka ulkus diabetikum Q : seperti tertusuk R : kaki kanan S : 5 T : Hilang timbul Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan</p>	<p>P : luka ulkus diabetikum Q : seperti tertusuk R : kaki kiri S : 6 T : Hilang timbul Pasien terlihat meringis</p>

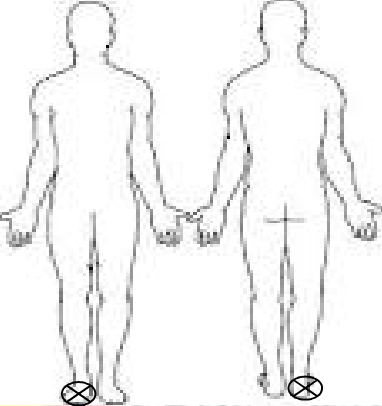
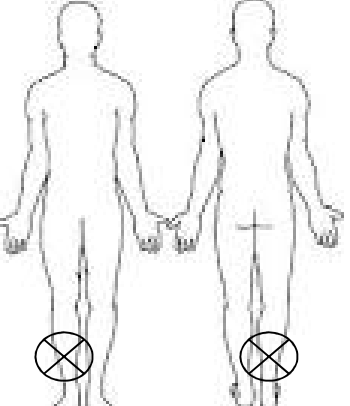
Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 17 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan	Total skor 10 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang
Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>
Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 21 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru , Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p>	<p>Keluhan : Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, nyeri waktu bernafas dan batuk</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru, Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi :</p>

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan	Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan
Pemeriksaan Jantung	a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT < 2 detik - Tidak ada sianosis c. Palpasi - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan	a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT < 2 detik - Tidak ada sianosis c. Palpasi - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral Hangat d. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra e. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan
Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	a. BB : 56 Kg b. TB : 160 Cm c. IMT : 21.8 Kg m ² (Berat badan normal) d. Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 60kg menjadi 56kg e. Baju terasa longgar dari sebelumnya f. Asupan makan berkurang	a. BB : 55 Kg b. TB : 158 Cm c. IMT : 22,08 Kg m ² (Berat badan normal) d. Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 60kg menjadi 55kg e. Asupan makan tidak berkurang karena tidak

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	<p>karena pasien mengaku malas makan</p> <p>g. Malas makan pasien diakibatkan banyaknya batasan dalam diit</p> <p>h. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 hari sekali - Konsistensi lunak <p>i. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis diet BDM 1900 Kkal - Frekuensi makan 3 kali sehari - Nafsu makan kurang - Porsi makan hanya habis setengah porsi <p>j. Abdomen Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik 9 kali/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ditemukan Shifting Dullness - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal 	<p>nafsu makan</p> <p>f. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 kali sehari - Konsistensi lunak <p>g. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis diet BDM 1900 Kkal - Frekuensi makan 3 kali sehari - Nafsu makan kurang - Porsi makan hanya mampu menghabiskan sepertiga <p>h. Abdomen Inspeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk : Bulat - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik 10 kali/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nyeri tekan - Tidak teraba adanya massa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ditemukan Shifting Dullness - Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal
Pemeriksaan Sistem Syaraf	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia)</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (Normal) 	<p>a. Memori : Panjang</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia)</p> <p>d. Kognisi : Baik</p> <p>e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Refleks Fisiologis</p>

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	<ul style="list-style-type: none"> - Achilles : 2 - Bisep : 2 - Trisep : 2 - Brankioradialis : 2 g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur 4 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah - N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah - N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah 	<ul style="list-style-type: none"> - Patella : 1 - Achilles : 1 - Bisep : 2 - Trisep : 2 - Brankioradialis : 2 g. Tidak ada keluhan pusing h. Istirahat/ tidur 4 jam/hari, pasien sering terbangun i. Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah - N5 : Pasien mampu mengunyah - N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah
Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Tidak menggunakan alat bantu <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : tidak ada - Ukuran : tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Tidak menggunakan alat bantu <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : Tidak ada - Ukuran : Tidak ada

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II												
	<ul style="list-style-type: none"> - Hari ke : tidak ada - Produksi urine 2100ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 	<ul style="list-style-type: none"> - Hari ke : Tidak ada - Produksi urine 2400ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 												
Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr style="width: 100%;"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> c. Tidak ada kelainan ekstremitas d. Tidak ada kelainan tulang belakang e. Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi f. Kulit berwarna kemerahan g. Turgor kulit baik h. Terdapat Luka : Ya <ul style="list-style-type: none"> - Luas luka : L1 (5cm x 3,5cm), L2 (5,5cm x 3cm) - Derajat luka : Grade IV - Warna dasar luka : luka 1 (merah 90%, kuning 10%), luka 2 (merah 20%, kuning 80%) - Tipe eksudat : purulen - Goa : Tidak ada - Tepi luka : luka 1 (batas tegas,tidak mencapai dasar luka), luka 2 (tidak jelas) - Jaringan granulasi : 20% luka 1, luka 2 tidak ada jaringan granulasi - Warna kulit sekitar luka : Merah - Edema sekitar luka : Tidak edema - Tanda – tanda infeksi : Ya, terdapat slough i. Edema ekstremitas : Tidak ada edema 	5	5	<hr style="width: 100%;"/>		5	5	<ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr style="width: 100%;"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> c. Tidak ada kelainan ekstremitas d. Tidak ada kelainan tulang belakang e. Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi f. Kulit berwarna kemerahan g. Turgor kulit baik h. Terdapat Luka : Ya <ul style="list-style-type: none"> - Luas luka : P x L = 35cm x 5cm - Derajat luka : Grade IV - Warna dasar luka : Merah 100% - Tipe eksudat : purulen - Goa : Tidak ada - Tepi luka : batas tegas hingga mencapai dasar luka - Jaringan granulasi : jaringan granulasi 85% - Warna kulit sekitar luka : Merah - Edema sekitar luka : Tidak edema - Tanda – tanda infeksi : Ya, terdapat slough i. Edema ekstremitas : Tidak ada edema j. Tidak ada pitting edema 	5	5	<hr style="width: 100%;"/>		5	2
5	5													
<hr style="width: 100%;"/>														
5	5													
5	5													
<hr style="width: 100%;"/>														
5	2													

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	<p>j. Tidak ada pitting edema</p> 	
Pemeriksaan Sistem Endokrin	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p> <p>d. Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dngan kadar glukosa darah : 245mg/dL</p> <p>e. Kondisi kaki DM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis luka : Luka ganggren - Lama luka : 2 Minggu - Warna : Luka 1 (merah 90%, kuning 10%), luka 2 (merah 20%, kuning 80%) - Luas luka : L1 (5cm x 3,5cm), L2 (5,5cm x 3cm) - Kedalaman : 0,2 cm - Kulit kaki : Kemerahan dan pucat disekitar luka - Kuku kaki : Tersisa 3 jari kaki bagian kelinking dan jari manis tidak ada - Telapak kaki : Terdapat 2 lokasi titik luka - Jari kaki : Tersisa 3 jari kaki kanan - Terdapat infeksi : Ya, terdapat slough, boifilm - Terdapat riwayat luka sebelumnya : Tahun 2019 ,luka ganggren , kaki kanan. - Terdapat riwayat amputasi 	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid</p> <p>b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening</p> <p>c. Tidak ada trias DM</p> <p>d. Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dngan kadar glukosa darah : 201mg/dL</p> <p>e. Kondisi kaki DM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis luka :Luka ganggren - Lama luka : 1 bulan - Warna : Merah 100% - Luas luka : P x L = 35cm x 5cm - Kedalaman : 2 cm - Kulit kaki : Kemerahan disekitar luka - Kuku kaki : Lengkap - Telapak kaki : Tidak terdapat luka - Jari kaki : lengkap - Terdapat infeksi : Ya, terdapat slough biofilm - Terdapat riwayat luka sebelumnya : Tahun 2018, luka ganggren, kaki kiri - Terdapat riwayat amputasi sebelumnya : Tidak ada

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
	sebelumnya : Tahun 2019 jari manis dan kelingking kaki kanan.	
Kemanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah :40 Pasien dalam kategori sedang	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah :30 Pasien dalam kategori sedang
Pengkajian Psikososial	<ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien mengalami gangguan konsep diri 	<ul style="list-style-type: none"> a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien mengalami gangguan konsep diri
Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang – kadang 	Kebiasaan beribadah <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang – kadang
Personal Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> a. Mandi 2 kali sehari b. Keramas 2 hari sekali c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 1 hari sekali 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mandi 2 kali sehari (seka) b. Keramas 1 hari sekali c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 2 kali sehari e. Sikat gigi 1 hari sekali

Tabel 4.2
Obat yang Diterima Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S)
dengan Diabets Mellitus Tipe II

Pasien 1					
Nama Obat	Kandungan	Bentuk/Sedian	Kekuatan	Dosis	Rute
Santagesic	Metamizole	Ampul	2mg	3x1	IV
ceftriaxone	Ceftriaxone	vial	1gr	2x1	IV
apidra	Insulin	flex pen	300/3ml	12 unit	IV
Lantus	insukin	flex pen	300/3ml	12 unit	IV
Pasien 2					
Nama Obat	Kandungan	Bentuk/Sedian	Kekuatan	Dosis	Rute
Santagesic	Metamizole	Ampul	2mg	3x1	IV
Metronidazole	Metrodinazol	Botol	500ml	3x100	IV
Meropenem	Trihydrate	ampul	1gr	3X1	IV
Ceftriaxone	Ceftriaxone	vial	2mg	2x1	IV
Apidra	Insulin	flex pen	300/3ml	8 unit	IV
Lantus	Insulin	flex pen	300/3ml	8 unit	IV

Table 4.3
Hasil Balance Cairan Pasien 1 Tn. L
dan Pasien 2 Tn. S

Intake	01/4/2019	02/4/ 2019	03/4/2019	04/4/2019
Minum peroral	1500ml	1250 ml	1200 ml	1250 ml
Cairan Infus	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
Obat IV	44 ml	44ml	44ml	44ml
Makan	119 ml	119 ml	238 ml	238 ml
Total	3163 ml	2972.5 ml	2982 ml	3032 ml
Output	01/4/2019	02/4/2019	03/4/2019	04/4/2019
Urine	2100 ml	2000 ml	1750 ml	1800 ml
IWL	975 ml	975 ml	975 ml	975 ml
Feces (1x =200 ml/hari)	Tidak ada	200 ml	Tidak ada	200 ml
Total	3075 ml	3175 ml	2725 ml	2975 ml

Pasien 2 Tn. S				
Intake	01/4/2019	02/4/ 2019	03/4/2019	04/4/2019
Minum peroral	1250 ml	1200 ml	1100 ml	1150 ml
Cairan Infus	1500 ml	1500 ml	1500 ml	1500 ml
Obat IV	361 ml	361 ml	361 ml	361 ml
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	238 ml	238 ml	238 ml	238 ml
Total	3349 ml	3299 ml	3199 ml	3249 ml
Output	1/4/2019	2/4/ 2019	3/4/2019	4/4/2019
Urine	2400 ml	2250 ml	2350 ml	1950 ml
IWL	1116 ml	825 ml	825 ml	825 ml
Feces (1x = 200 ml/hari)	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml
Total	3716 ml	3275 ml	3375 ml	2975 ml

Table 4.4
Hasil Pemeriksaan Penunjang pasien 1 (Tn. L) dan
pasien 2 (Tn. S)

No	Nama	Hasil Pemeriksaan GDS				Nilai Norma
		01/04/2019	02/04/2019	03/04/2019	04/04/2019	
1	Pasien 1	245mg/dL 250mg/dL	226mg/dL 230mg/dL	230mg/dL 240mg/dL	210mg/dL 170mg/dL	GDS : < 200mg/dL
2	Pasien 2	201mg/dL 220mg/dL	180mg/dL 170mg/dL	160mg/dL 180mg/dL	145mg/dL 140mg/dL	

Table 4.5
Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien 1 (Tn. L) dan
pasien 2 (Tn. S)

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Tanggal 29/03/2019	Tanggal 04/042019
1.	Pasien Tn. L		
	(Pemeriksaan Hematologi)		
	Leukosit	14,25 /ul	15,15/ul
	Eritrosit	3,37/ul	3,37/ul
	Hemoglobin	11,8 g/dl	12,5 g/dl
	Hematokrit	38,5%	38,5%
	Pemeriksaan Kimis Klinik		
Albumin	3,0 g/dl	3,1g/dl	
Microbiologi	ISBL negatif	ISBL negatif	
2	Pasien Tn. S		
	(Pemeriksaan Hematologi)		
	Leukosit	11,2 g/dl	12,23 g/dl
	Eritrosit	3,37/ul	3,17/ul
	Hemoglobin	11,9g/dl	12,6g/dl
	Hematokrit	38%	42%
	(Pemeriksaan Kimis Klinik)		
Albumin	3,1g/dl	3,3g/dl	
Microbiologi	ISBL negatif	ISBL negatif	



4.1.2.2 Analisa Data

Tabel 4.6
Analisa Data Pasien I Tn. L dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : a. Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 5 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi sekitar 2 menit Data Objektif : a. Pasien terlihat meringis b. Tanda – tanda vital 1) TD :140/70 mmHg 2) Nadi : 92 kali/menit	Agen Pencedera Fisiologis	(D.0077) Nyeri Akut
2.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan seringkali merasa lelah Data Objektif : a. Kadar glukosa darah 245 mg/dL (01 april 2019)	Resistensi Insulin	(D.0027) Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia)
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan berat badan turun dari awalnya 60 menjadi 56 dalam 6 bulan terakhir b. Pasien mengatakan baju terasa lebih longgar dari sebelumnya	Faktor psikologis (Keengganan untuk makan)	(D.0032) Resiko Defisit Nutrisi

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	<p>c. Pasien mengatakan malas makan dikarenakan terlalu banyak pembatasan dalam diit</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Antropometri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BB : 56 Kg 2) TB : 160 Cm 3) IMT : 21,87 <p>b. Biokimia (29/03/2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hemoglobin 11,8 g/dL 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,0 g/dL <p>c. Clinical</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak anemis 2) Tidak ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik <p>d. Diit</p> <p>Bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan</p>		
4.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan terdapat adanya luka ulkus diabetik dikaki kanan</p> <p>b. Pasien mengatakan luka akibat tertusuk batu di tumit kaki kanan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Terdapat luka di bagian telapak kaki kanan</p> <p>b. Luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm, luka 2 P x L =</p>	Neuropati perifer	(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	5,5cm x 3cm), Grade IV, Warna luka : luka 1 (kuning 90%, merah 10%) dan luka 2 (Merah 80%, kuning 20%), Terdapat slough dan biofilm di kedua luka c. Jari kaki teramputasi 2 jari kelingking dan jari manis		
5.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini karena takut akan kondisi penyakitnya b. Pasien mengatakan takut lukanya akan membesar Data Objektif : a. Pasien terlihat gelisah b. Tanda – tanda vital 1) TD :140/70 mmHg 2) Nadi : 92 kali/menit	Ancaman status kesehatan	(D.0080) Ansietas
6.	Data Subjektif : Data Objektif : a. Pasien masih suka mengonsumsi makanan yang dibawakan oleh keluarga saat menjenguk b. Terdapat luka ulkus diabetik sebagai salah satu komplikasi penyakit diabetes melitus, c. Kadar glukosa darah 245 mg/dL (01 april 2019) d. Sering mengonsumsi kopi dengan jumlah gula 5 sendok makan	Program terapi kompleks dan lama	(D. 0114) ketidak patuhan

Tabel 4.7
Analisa Data Pasien II Tn. S dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 6 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi sekitar 2 menit</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Pasien terlihat meringis</p> <p>b. Tanda – tanda vital</p> <p>1) TD :130/80 mmHg</p> <p>2) Nadi : 84 kali/menit</p>	Agen Pencedera Fisiologis	(D.0077) Nyeri Akut
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 60 kg menjadi 55 kg.</p> <p>b. Pasien tidak nafsu makan karena khawatir dengan kondisinya sekarang dan diit yang sangat dibatasi.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Antropometri</p> <p>1) BB : 55 Kg</p> <p>2) TB : 158 Cm</p> <p>3) IMT : 22.08</p> <p>b. Biokimia (29/03/2019)</p> <p>1) Hemoglobin 10,8 gr/dL</p> <p>2) Hematokrit 27%</p>	Proses penyakit	(D.0032) Resiko Defisit Nutrisi

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	3) Albumin 3,1 gr/dL c. Clinical 1) Tidak anemis 2) Tida ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik d. Diit Bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan pasien hanya mampu menghabiskan seper tiga dari porsi yang diberikan.		
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan luka ulkus diabetik b. Pasien mengatakan awalnya luka melepuh pada bagian mata kaki akibat gigitan serangga dan digaruk lalu luka membesar dalam waktu 2 minggu. Data Objektif : a. Terdapat luka di bagian mata kaki sampi ke betis b. Luas luka : P x L = 31 cm x 5 cm, Luka grade IV,Warna luka : Merah 100%,Terdapat slough dan biofilm c. Total skore bates jansen adalah 30	Neuropati perifer	(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
4.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan kakinya sulit untuk di gerakan Data Objektif : a. Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga b. Pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers c. Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan d. Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="450 724 701 810"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table>	5	5	5	2	Gangguan Muskuloskeletal	(D.0109) Defisit Perawatan Diri
5	5						
5	2						
5.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi penyakit yang dihadapi b. Pasien mengatakan tidak bisa jadi tulang punggung keluarga seperti dulu lagi c. Pasien mengatakan sudah banyak menghabiskan biaya untuk pengobatannya Data Objektif : a. Pasien terlihat gelisah b. Pasien tampak murung c. Tanda – tanda vital 1) TD :130/80 mmHg 2) Nadi : 84 kali/menit	Ancaman terhadap konsep diri	(D.0080) Ansietas				

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Table 4.8
Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

NO Urut	Pasien 1 (Tn. L)		Pasien 2 (Tn. S)	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (kode SDKI)
1.	Senin, 01 april 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Senin, 01 april 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2.	Senin, 01 april 2019	(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin	Senin, 01 april 2019	(D.0032) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
3.	Senin, 01 april 2019	(D.0032) Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Senin, 01 april 2019	(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
4.	Senin, 01 april 2019	(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Senin, 01 april 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
5.	Senin, 01 april 2019	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.	Senin, 01 april 2019	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.
6.	Selasa, 02 april 2019	(D. 0114) ketidak patuhan berhubungan dengan program terapi kompleks dan lama		



4.1.2.4 Intervensi keperawatan

Table 4.9

Intervensi Keperawatan Pasien I (Tn. L) dan II (Tn. S) dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	01 April 2019	(D.0077) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditandai dengan : Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 5 – 6 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi sekitar 2 menit, pasien terlihat meringis, Tanda – tanda vital : TD :140/70 mmHg, nadi : 92 kali/menit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 4. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3 Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Terapeutik 1.4 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1.5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	01 April 2019	(D.007) Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin yang ditandai dengan : Pasien mengatakan seringkali	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah atau lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah	Manajemen Hiperglikemia I.03115 Observasi 2.1. Monitor kadar glukosa darah 2.2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi Terapeutik 2.3. Konsultasi dengan medis jika tanda

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		merasa lelah, kadar glukosa darah 245 mg/dL (01 april 2019)	<p>membalik</p> <p>3. Prilaku sedang</p>	<p>dsn gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi</p> <p>2.4. Ajarkan pengelolaan diabetes (pengguna insulin, mengenai pola makan dan latihan fisik)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.5. Kolaborasi pemberian insulin (SIKI, 2018)</p>
3.	01 April 2019	(D.0019)Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) yang di tandai dengan: Pasien mengatakan berat badan turun dari awalnya 60 menjadi 56 dalam 6 bulan terakhir, mengatakan baju terasa lebih longgar dari sebelumnya, malas makan dikarenakan terlalu banyak pembatasan dalam diit, serta pengkajian,berat badan : 56 Kg, tinggi badan: 160 Cm, IMT : 21,87, serta pemeriksaan penunjang tanggal 29 maret 2019didapat data Hemoglobin 11,8,	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam makan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Pengetahuan tentang pilihan makanan dan minuman yang sehat meningkat 3. Nafsu makan membaik 4. Perasaan sedih menurun 	<p>Manajemen Nutrisi I.03119</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 Ajarkan diit yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan</p>

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		Albumin 3,0, Clinical (tidak Anemis, tidak ada mual dan muntah, bibir kering turgor kulit baik, serta pengkajian diit diperoleh yang didapat adalah bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan		
4.	01 April 2019	(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer yang di buktikan dengan : Pasien mengatakan terdapat adanya luka ulkus diabetik dikaki kanan, luka akibat tertusuk batu di tumit kaki kanan, terdapat luka di bagian telapak kaki kanan, Luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm, luka 2 P x L = 5,5cm x 3cm). Grade IV , Warna luka : luka 1 (kuning 90%, merah 10%) dan luka 2 (Merah 80%, kuning 20%),terdapat slough dan biofilm di kedua luka, jari kaki teramputasi 2 jari kelingking dan jari manis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam maka integritas jaringan meningkat, ditandai dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Nyeri menurun 3. Drainase purulent menurun 4. Drainase serosanguinis menurun 5. Bau tidak sedap pada luka menurun	Perawatan Luka I.14564 Observasi 4.1 Monitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran dan bau) 4.2 Monitor tanda – tanda infeksi Terapeutik 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 4.5 Bersihkan jaringan nekrotik 4.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 4.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai Edukasi 4.9 Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan				
5.	01 April 2019	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang di tandai dengan : Pasien mengatakan kakinya sulit untuk di gerakan, pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh keluarga, pasien untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers, skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan : Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td> </tr> </table>	5	5	5	2	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam ,maka perawatan diri meningkat , dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan menggunakan pakian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat 5. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri I.11348 Observasi 5.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik 5.2 Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana yang rileks dan menjaga privasi) 5.3 Siapkan keperluan pribadi 5.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Edukasi 5.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5	5							
5	2							
6.	01 Aapril 2019	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri yang di tandai dengan : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini karena takut akan kondisi penyakitnya, takut lukanya akan membesar, terlihat gelisah. Tanda – tanda vital, TD :140/70 mmHg, nadi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Frekuensi nadi membaik 3. Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas I.14577 Obsevasi 6.1 Monitor tanda – tanda ansietas Terapeutik 6.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 6.3 Dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi 6.4 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6.5 Latih tehnik teknik relaksasi				

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		: 92 kali/menit		
7	01 april 2019	(D. 0114) ketidak patuhan berhubungan dengan program terapi kompleks dan lama, yang ditandai dengan : Prilaku pasien tidak mengikuti program pengelolaan diabetes melitus, seperti : pasien masih suka mengonsumsi makanan yang dibawakan oleh keluarga saat menjenguk, terdapat luka ulkus diabetik sebagai salah satu komplikasi penyakit diabetes melitus, kadar glukosa darah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat kepatuhan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat 2. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 3. Prilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik 4. Prilaku menjalankan anjuran membaik	Obervasi 7.1 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Terapeutik 7.2 Buat komitmen menjali program pengobatan 7.3 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang di jalani Edukasi 7.4 Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan



4.1.2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10
Implementasi Keperawatan pada Pasien I dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Senin, 01 April 2019 07.30 07.40 07.45 07.55 08.05	3.1 Melakukan pengukuran IMT dan pengkajian yang berkaitan tentang status nutrisi 3.2 Menanyakan pasien akan adanya alergi dan intoleransi makanan 3.3 Memonitor asupan makanan pasien 1.3 Melakukan kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pasien 1.5 & 5.5 Mengajarkan	a. Antropometri 1) BB : 56 Kg 2) TB : 160 Cm 3) IMT : 21.87 b. Biokimia 1) Hemoglobin 11,8 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,0 c. Clinical 1) Tidak Anemis 2) Tidak ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik d. Diit BDM 1900 Kkal dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan tidak ada intoleransi apapun untuk makanan Pasien hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan Pasien merasa nyaman dengan tirai yang tertutup dan posisi semi fowler Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		<p>pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p>	
	08.25	1.5,4.10.Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul dan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial	Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	08.35	4.9 Mengajarkan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi	Pasien memahami mengenai tanda dan gejala infeksi dan cara mencegah infeksi (cuci tangan)
	08.50	1.1 Menanyakan nyeri yang dirasakan pasien	nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 5 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul.
	08.55	1.2 Melakukan identifikasi mengenai respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan
	09.00	2.2 Menanyakan dan observasi adanya tanda dan gejala hiperglikemi	Pasien mengatakan masih sering merasa lelah
	09.10	2.4 Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengelolaan diabetes	Pasien dan keluarga memahami mengenai pengelolaan diabetes dan mampu mengulang penjelasan
	11.45	2.1 Melakukan pemeriksaan	GDS = 245 mg/Dl

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		kadar glukosa darah	
	11.50	2.5 Memberikan terapi insulin apidra secara sc dengan dosis 12 unit	Insulin telah diberikan secara sc di perut
	11.55	3.4 Melakukan dan dampingi oral hygiene sebelum makan	Pasien mampu melakukan oral hygin
	12.30	5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas	Pasien terlihat gelisah TD : 140/90 mmH Nadi : 90 X/menit
	12.35	5.2 Menciptakan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien	Pasien merasa nyaman
	12.45	5.3 Mendengarkan keluhan kesah pasien dengan perhatian	Pasien meceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang dialami
	13.25	5.4 Menganjurkan pasien utuk mengungkapkan perasaan	Pasien merasa cemas dan takut, sering kepikiran dengan kondisinya saat ini.
	14.00	1.5 Anjurkan pasien untuk bersistirat yang cukup	Pasien kooperatif dan mau beristirahat
	14.10	5.5 menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila cemas dan nyeri datang

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
2.	Selasa, 02 April 2019	<p>07.00 1.2 Mendampingi pasien saat makan</p> <p>07.40 4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>07.50 4.1 Melihat karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)</p> <p>07.55 4.2 Melihat adanya tanda-tanda infeksi</p> <p>08.00 4.4 Membersihkan luka dengan cairan NaCl</p> <p>08.05 4.7 Memasang balutan luka</p> <p>08.25 4.8 Mengganti balutan sesuai waktu yang ditentukan</p> <p>08.35 1.3 Melakukan kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pasien</p> <p>08.45 1.4 & 5.5 Mengajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>Pasien sudah mampu menghabiskan tiga per empat dari porsi yang diberikan</p> <p>Balutan telah dilepas, balutan kotor, terdapat rembesan</p> <p>Warna luka : luka 1 (kuning 90%, merah 10%) dan luka 2 (Merah 80%, kuning 20%), terdapat slough dan biofilm di kedua luka, ukuran L1= 5cm x 3,5cm, L2= 5,5cm x 3cm dan berbau</p> <p>Terdapat slough, terdapat biofilm</p> <p>Luka telah dibersihkan, tidak berbau</p> <p>Kasa, plaster, crepe bandage</p> <p>Balutan diganti setiap 2 hari sekali Atau saat terjadi rembesan balutan</p> <p>Pasien merasa nyaman dengan tirai yang tertutup dan posisi semi fowler</p> <p>Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri datang</p>

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.50	1.5 & 4.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul dan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial	Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	8.55	1.1 Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan oleh pasien	Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 3 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi sekitar 2 menit
	09.00	1.2 Menanyakan kembali respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan
	09.30	2.2 Memonitor adanya tanda dan gejala hiperglikemi	Pasien mengatakan lelah berkurang
	09.35	2.1 Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah	GDS = 226 mg/dL
	11.35	2.5 Memberikan terapi insulin apidra secara sc dengan dosis 12 unit	Insulin telah diberikan secara sc di bagian perut
	11.40	3.4 selalu menemani pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	11.45	5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas	Pasien terlihat gelisah TD : 140/ 90mmHg Nadi : 88 x/ menit
	11.55	5.2 Menciptakan suasana hubungan saling percaya	Pasien merasa nyaman dan mau menceritakan apa yang dikeluhkan
	12.50	5.4 Mengajukan pasien untuk mengungkapkan perasaan	Pasien merasa masih cemas dengan keadaanya tetapi harus menerima karna ini cobaan dari tuhan.
	13.00	1.5 Mengajukan pasien untuk beristirahat	Pasien kooperatif dan mau beristirahat.
	13.10	6.1 Menanyakan kepada pasien mengenai terapi yang dikonsumsi	Pasien samapi saat ini masih mengikuti program terapi yang diberikan oleh rumah sakit.
	13.30	6.3 Melibatkan keluarga dalam mendampingi pasien dalam mengikuti program terapi	Keluarga mau mendampingi pasien untuk program terapi
	13.40	6.4 memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya ketaatan terapi	Pasien dan keluarga memahami betapa pentingnya terapi yang diberikan dan mampu mengulang
	14.00	6.2 Membina hubungan saling percaya terhadap perawat dan pasien	Hubungan saling percaya terciptakan dan pasien mau membuat komitmen untuk selalu mengikuti program terapi yang dibererikan rumah sakit

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
3.	Rabu, 03 April 2019	<p data-bbox="598 504 823 604">07.30 1.3 Mendamping pasien saat makan</p> <p data-bbox="598 638 823 840">07.40 1.4 & 5.5 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p data-bbox="598 873 823 1209">07.45 1.6 & 4.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul dan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial</p> <p data-bbox="598 1243 823 1377">07.55 1.1 Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan pasien</p> <p data-bbox="598 1512 823 1646">08.55 1.2 Menanyakan kembali mengenai respon non verbal dari nyeri</p> <p data-bbox="598 1680 823 1814">09.30 2.2 Menanyakan adanya tanda dan gejala hiperglikemi</p> <p data-bbox="598 1848 823 1982">11.00 2.1 Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah</p>	<p data-bbox="845 504 1356 571">Pasien mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan</p> <p data-bbox="845 638 1356 705">Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p data-bbox="845 873 1356 940">Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi</p> <p data-bbox="845 1243 1356 1478">Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 2 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi sekitar 1 menit Pasien mulai terlihat nyaman</p> <p data-bbox="845 1512 1356 1556">Pasien mengatakan lelah berkurang</p> <p data-bbox="845 1680 1356 1724">GDS = 190 mg/dL</p> <p data-bbox="845 1848 1356 1892">Insulin telah diberikan</p>

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>11.25</p> <p>11.30</p> <p>11.45</p> <p>13.00</p> <p>13.30</p>	<p>2.5 Memberikan terapi insulin apidra secara sc dengan dosis 12 unit</p> <p>3.3 Menganjurkan kepada pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan</p> <p>5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas</p> <p>5.2 & 5.4 Menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan pasien</p> <p>6.1 Menanyakan kepada pasien mengenai terapi yang dikonsumsi</p>	<p>Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan</p> <p>Pasien mampu menghabiskan makanannya</p> <p>Pasien merasa nyaman TD 140/80mmHg Nadi 80 x/menit</p> <p>Pasien mengungkapkan perasanya dan mau bercerita apa yang dikhawatirkan, takut penyakitnya membesar.</p> <p>Pasien samapi saat ini masih mengikuti program terapi yang diberikan oleh rumah sakit.</p>
4.	<p>Kamis, 04 April 2019</p> <p>07.30</p>	<p>3.1 Melakukan pengukuran IMT dan pengkajian yang berkaitan tentang status nutrisi</p>	<p>a. Antropometri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BB : 56,5 Kg 2) TB : 160 Cm <p>IMT : 22,07</p> <p>b. Biokimia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hemoglobin 11,8 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,1 <p>c. Clinical</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak Anemis 2) Tidak ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
			d. Diit BDM 1900 Kkal dan pasien mampu menghabiskan porsi yang diberikan
	07.40	3.3 Memonitor asupan makanan pasien	Pasien mampu menghabiskan porsi makan yang diberikan
	07.45	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan telah dilepaskan, balutan luka 1 1/2 basah, luka 2 1/2 basah
	07.55	4.1 Melihat karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)	Warna luka : luka 1 (kuning 90%, merah 10%) dan luka 2 (Merah 80%, kuning 20%), terdapat slough dan biofilm di kedua luka, ukuran L1= 5cm x 3,5cm, L2= 5,5cm x 3cm dan berbau
	08.00	4.2 Melihat adanya tanda-tanda infeksi	Terdapat sloug dan biofilm, rubor, calor disekitar luka
	08.05	4.4 Membersihkan luka dengan cairan NaCl	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
	08.25	4.7 Membersihkan luka memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (kasa, plester, crepe bandage
	08.35	4.8 Mengganti balutan luka dalam interval yang di tentukan	Balutan diganti setiap 2 hari sekali
	08.45	1.4 & 5.5 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.50	1.6 & 4.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul dan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial	Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	08.55	1.1 Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan oleh pasien	Pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kanan dikarenakan adanya luka ulkus diabetikus, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, skala yang dirasakan yaitu 1 dan nyeri yang dirasakan jarang dengan durasi sekitar 1 menit
	09.00	1.2 Menanyakan kembali mengenai respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat nyaman
	09.30	2.2 Menanyakan kembali adanya tanda dan gejala hiperglikemi	Pasien mengatakan lelah berkurang
	09.35	2.1 Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah	GDS = 170 mg/dL
	11.35	2.5 Memberikan terapi insulin apidra secara sc dengan dosis 12 unit	Insulin telah diberikan sc dibagian perut
	11.40	3.4 Menemani pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan
	11.45	5.1 Memonitor	Pasien tidak gelisah

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		tanda-tanda ansietas	TD : 140/80 mmHg Nadi : 78x/menit
	12.30	5.2 Membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien	Pasien merasa nyaman
	12.45	5.3 Mendengarkan keluhan yang di ungkapkan pasien	Pasien memahami dan mampu mengungkapkan perasaannya
	13.25	5.4 Menganjurkan pasien utuk mengungkapkan perasaan	Pasien merasa sudah menerima keadaanya dan ini merupakan cobaan dari tuhan
	13.40	1.5 Anjurkan pasien untuk beristirahat	Pasien kooperatif dan mau beristirahat
	13.50	1.5 menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam

Tabel 4.11
Implementasi Keperawatan pada Pasien II Tn. S dengan Diabetes Mellitus Tipe di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Senin ,01April 2019 07.30 07.40 07.45 07.55 08.10	2.1 Melakukan pengukuran IMT dan pengkajian yang berkaitan tentang status nutrisi 2.2 Menanyakan pasien akan adanya alergi dan intoleransi makanan 2.3 Mendampingi pasien saat memenuhi kebutuhan asupan makann 4.1 Menanyakan kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4.2 Menyediakan lingkungan yang terapeutik	a. Antropometri 1) BB : 55 Kg 2) TB : 158 Cm 3) IMT : 22.08 b. Biokimia 1) Hemoglobin 10,9 2) Hematokrit 27% 3) Albumin 3,1 c. Clinical 1) Tidak anemis 2) Tidak ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik d. Diit Bubur diabetes melitus 1900 Kkal hanya mampu meghabiskan sepertiga diet Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan tidak ada intoleransi apapun untuk makanan Pasien hanya mampu meghabiskan sepertiga dari diit yang diberikan. Pasien memiliki kebutuhan alat bantu Pasien merasa nyaman bila tirai ditutup dan posisi semi fowler

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.20	4.4 Menyiapkan dan mendekatkan alat keperluan mandi	Alat telah disiapkan dan didekatkan dengan pasien
	08.30	4.5 Mendampingi pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan diri	Pasien memerlukan bantuan perawat dan keluarga
	08.50	3.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan telah dilepaskan, terdapat rembesan di balutan
	09.00	3.1 Melihat karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)	Luka berwarna merah 100%, P x L = 35cm x 5cm , Grade IV, tidak berbau
	09.10	3.2 Melihat adanya tanda-tanda infeksi	Terdapat sloug dan biofilm, rubor
	09.20	3.4 Membersihkan luka dengan cairan NaCl	Luka terlihat bersih, tidak berbau, Luka berwarna merah
	09.35	3.5 & 3.7 Mengangkat jaringan mati dan memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan (kasa, plaster, crepe bandage)
	09.40	3.8 Mengganti balutan sesuai waktu yang ditentukan	Balutan diganti setiap hari
	11.45	1.3 Melakukan kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pasien	Pasien merasa nyaman dengan tirai yang tertutup dan lebih menyukai posisi semi fowler.
	11.55	1.5 & 5.5 Mengajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam.
		1.6 & 3.10	Santagesik, meropenem dan

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		<p>Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul dan meropenem dengan rute pemberian secara IV satu vial dan metronidazole dengan rute pemberian secara IV</p>	<p>metronidazole telah diberikan, tidak ada reaksi alergi</p>
	12.30	3.9 Mengajarkan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi	Pasien memahami mengenai tanda dan gejala infeksi, serta dapat mengulang penjelasan perawat
	12.35	1.1 Mengidentifikasi nyeri yang dialami oleh pasien (seperti lokasi, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri)	Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan, dengan skal 6, terasa hilang timbul, seperti tertusuk – tusuk, dengan durasi 1 menit
	12.45	1.2 Melakukan identifikasi mengenai respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan
	12.55	2.4 Mendampingi pasien untuk menghabiskan diit	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan (hanya sepertiga diit)
	12.53	5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas	Pasien terlihat gelisah dan murung TD : 150/90 mmHg Nadi : 92 x/menit
	13.00	5.2 Menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan pasien	Pasien merasa nyaman
	13.10	5.3 Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian	Pasien menceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang dialami dan takut akan penyakitnya akan bertambah parah

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
2.	Selasa, 02 April 2019		
	07.30	2.3 Mendampingi pasien dalam menghabiskan diit	Pasien hanya menghabiskan sepertiga porsi diit
	07.40	4.4 Mendampingi pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene	Keluarga dan pasien kooperatif, pasien terlihat lebih segar dan harum
	07.45	4.5 menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten	Keluarga paham akan pentingnya kebutuhan personal hygiene
	07.55	2.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan tampak basah dan kotor,serta terdapat bau tidak sedap
	08.10	3.1 Melihat karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)	Luka berwarna merah 100%, P x L = 35cm x 5cm, terdapat cairan bening, Terdapat sloug dan biofilm, gade IV
	08.20	3.2 Melihat adanya tanda-tanda infeksi	Kemerahan disekitar luka, kalor disekitar luka
	08.30	3.4 Membersihkan luka dengan cairan NaCl	Luka tampak bersih, tidak berbau, warna luka merah
	08.35	3.5 dan 3.7 Membersihkan luka dan memasang balutan sesuai jenis luka	Luka bersih, terpasang balutan (kassa, plaster, crepe bandage)
	08.50	3.8 Mengganti balutan sesuai waktu yang ditentukan	Balutan luka diganti setiap 2 hari sekali
	08.55	1.3 Melakukan kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri	Pasien merasa nyaman dengan tirai yang tertutup dan posisi semi fowler

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.10	pasien 1.5 dan 5.5 Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam	Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
	09.20	1.6 dan 3.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV dan meropenem dengan rute pemberian secara IV dan metronidazole dengan rute pemberian secara IV	Santagesik, meropenem dan metronidazole telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	09.35	1.1 Menanyakan kembali nyeri yang dialami oleh pasien	Nyeri dibagian kaki kanan, dengan skala 4, seperti tertusuk – tusuk, hilang timbul dengan durasi 1 menit
	09.40	1.2 Melakukan identifikasi mengenai respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan
	11.50	2.3 Mendampingi pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan
	11.55	5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas	Pasien terlihat gelisah TD: 140/90 mmHg Nadi : 88 x/menit
	12.00	5.4Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan	Pasien memahami dan mampu mengungkapkan perasaannya

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
3.	Rabu, 03 April 2019		
	07.30	2.3 Menemani pasien untuk menghabiskan dii	Pasien hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi diit
	07.40	1.3 Melakukan kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri pasien	Pasien merasa nyaman dengan tirai yang tertutup
	09.00	1.6 dan 3.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV dan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV	Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	09.30	1.1 Menanyakan kembalinyeri yang dialami oleh pasien	Pasien masih mengatakan nyeri dengan skala 3, hilang timbul
	09.50	1.2 Menanyakan kembali mengenai respon non verbal dari nyeri	Pasien terlihat meringis bila kaki digerakkan
	11.30	2.3 Mendampingi pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan
	12.00	5.1 Memonitor tanda-tanda ansietas	Pasien terlihat gelisah TD: 140/90 mmHg Nadi : 88 x/menit
	13.20	5.4Menganjurkan pasien utuk mengungkapkan	Pasien memahami dan mampu mengungkapkan perasaannya

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
4.	Kamis, 04 April 2019 07.30 07.40 07.45 08.10 08.20 08.30 08.35	2.1 Mengukur IMT dan mengkaji data yang berkaitan tentang status nutrisi 2.3 mendampingi pasien untuk menghabiskan diit 4.5 menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan hygiene secara konsisten 3.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.1 Melihat karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 3.2 Melihat adanya tanda-tanda infeksi 3.4 Membersihkan luka dengan cairan NaCl	a. Antropometri 1) BB : 56 Kg 2) TB : 160 Cm 3) IMT : 21,87 b. Biokimia 1) Hemoglobin 11,8 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,0 c. Clinical 1) Tidak anemis 2) Tidak mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik d. Diit Bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan hanya mampu menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan Pasien hanya mampu menghabiskan tigaperempat dari diit yang diberikan Keluarga menyeka pasien ditempat tidur, pasien terlihat segar dan harum Balutan telah dilepaskan, nampak balutan kotor dan basah serta terdapat bau. Luka berwarna kemerahan 100%, ukuran 35x5 cm, terdapat slouhg serta biofilm, luka grade IV Kulit kemerahan disekitar luka, terdapat kalor Luka bersih, berwarna kemerahan, bau hilang

No.	Hari/Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.55	3.5 dan 3.7 Membersihkan luka dan memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan (kassa, plaster, crepe bandage)
	09.00	3.8 Mengganti balutan sesuai waktu yang di tentukan	Balutan diganti setiap 2 hari sekali
	09.05	1.6 dan 3.10 Memberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV ,ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV	Santagesik dan Ceftriaxone telah diberikan, tidak ada reaksi alergi
	09.10	1.1 Manyakan kembali nyeri yang dialami oleh pasien	Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan sakal 1, hilang timbul, seperti tertusuk tusuk, durasi 1 menit
	11.45	3.3 Menemani pasien untuk menghabiskan porasi makan yang telah diberikan	Pasien memahami dan berusaha untuk menghabiskan makan yang telah diberikan
	11.55	6.1 & 6.4 Memonitor tanda-tanda ansietas menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasannya	Pasien terlihat nyaman dan Pasien menceritakan harus menerima keadaanya yang sekarang dan butuh dukungan dari keluarga. TD : 140/90mmHg Nadi : 70x/menit

4.1.2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.12

Evaluasi Keperawatan pada Pasien I Tn. L dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Senin ,01 April 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan, dengan skala nyeri 4, hilang timbul, seperti ditusuk - tusuk , nyeri apabila kakinya girakan</p> <p>O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri, Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan, Pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi miki – miki. Mendapatkan terapi santagesik 2ml dosis 3x1</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat 1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik
		(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin	<p>S : Pasien mengatakan badannya terkadang lemas</p> <p>O : Pasien dan keluarga memahami mengenai</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>pengelolaan diabetes dan mampu mengulang penjelasan, GDS = 245 mg/Dl, Terapi insulin (apidra 3x12 unit), lantus 1x12 unit Pasien terlihat lemas A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.1 Monitor kadar glukosa darah 2.2 Monitor tanda dan gejala hiperglikemi 2.4 Ajarkan pengelolaan diabetes (mengenai pola makan dan latihan fisik) 2.5 Kolaborasi pemberian insulin S : Pasien mengatakan malas makan dikarenakan terlalu banyak pembatasan dalam diit, Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan tidak ada intoleransi apapun untuk makanan O : a. Antropometri BB : 56 Kg TB : 160 Cm IMT : 21.87 b. Biokimia (29/03/2019) Hemoglobin 11,8 Hematokrit 38,5% Albumin 3,0 c. Clinical Tidak anemis Tidak ada mual dan muntah Bibir kering Turgor kulit baik d. Diit Bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan hanya menghabiskan setengah</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>dari porsi yang diberikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.3 Monitor asupan makanan</p> <p>3.5 Anjarkan diet yang diprogramkan</p> <p>S : Pasien mengatakan luka akibat tertusuk batu di tumit kaki kanan</p> <p>O : Terdapat luka di bagian telapak kaki kanan, warna luka 1 kuning 90%, merah 10%, luka 2 merah 80% dan warna kuning 20%, grade IV, luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm, luka 2 P x L = 5,5cm x 3cm), terdapat slough dan biofilm, balutan luka diganti setiap 2 hari sekali, Total skor bates jansen adalah L130, L236</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda – tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>4.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu)</p> <p>4.7 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai</p> <p>4.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman status kesehatan	<p>gejala infeksi 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>S: Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya yang sekarang karena takut lukanya semakin membesar</p> <p>O : Pasien terlihat gelisah dan murung, TD 140/90 mmHg, nadi 90x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda – tanda ansietas</p> <p>5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan</p> <p>5.5 Latih teknik relaksasi</p>
2.	Selasa, 02 April 2019	D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki dibagian kaki kanan dengan skala 3, hilang timbul seperti tertusuk tusuk, durasinya selama 2 menit</p> <p>O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri, Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan, Pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi miki – miki. Mendapatkan obat santagesik dosis 3x1</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi,</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin</p>	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat</p> <p>1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan lemasnya berkurang dan sedikit membaik</p> <p>O : GDS = 226 mg/dL, Kulit terlihat kering, Trapi insulin (apidra 3x12 unit), lantus pada malam hari 1x12 unit, Pasien terlihat sedikit segar</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Monitor kadar glukosa darah</p> <p>2.2 Monitor tanda dan gejala hiperglikem</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian insulin</p>
		<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>S : Pasien mengatakan lemas berkurang, jadi bisa menghabiskan malakan lebih banyak</p> <p>Pasien mengatakan ingin menghabiskan diit yang diberikan tetapi tidak bisa</p> <p>O : pasien dapat menghabiskan makannya tiga seper empat dari diit yang diberikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	3.3 Monitor asupan makanan 3.5 Ajarkan diit yang diprogramkan S : O : Terdapat luka di bagian telapak kaki kanan, warna luka 1 merah 10% dan kuning 90%, luka 2 merah 80% , kuning 20%, luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm,luka 2 P x L = 5,5cm x 3cm), grade IV,Terdapat sloug dan biofilm, L1 (30), L2 (36)alutan luka diganti setiap 2 hari sekali, mendapatkan trapi ceftriaxone 2x1 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 4.2 Monitor tanda – tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 4.5 Bersihkan jaringan nekrotik 4.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 4.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 4.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan	S : Pasien mengatakan cemasnya sedikit

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>ancaman terhadap konsep diri</p> <p>(D.0114) ketidak patuhan berhubungan dengan program terapi kompleks dan lama</p>	<p>berkurang</p> <p>O : Pasien terlihat gelisah dan sedikit murung, TD 140/80 mmHg, nadi 88x/menit, Pasien mau mengungkapkan perasaannya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda – tanda ansietas</p> <p>5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan</p> <p>5.5 Ajarkan pasien mengenai teknik relaksasi</p> <p>S :</p> <p>O: pasien dan keluarga pasien mau dan mampu mengikuti program trapi yang diberikan oleh rumah sakit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p>
3.	Rabu, 03 April 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan, dengan skala nyeri 2, hilang timbul seperti tertusuk – tusuk , hilang timbul dengan durasi 1 menit.</p> <p>O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri</p> <p>Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin</p> <p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>dirasakan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat 1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 1.6. Kolaborasi pemberian analgetik <p>S : Pasien mengatakan lemasnya berkurang dan sedikit membaik</p> <p>O : GDS = 230 mg/dL, Trapi insulin (apidra 3x12 unit) lantus 1x12 unit, pasien terlihat sedikit segar</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Monitor kadar glukosa darah 2.2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi 2.4. Kolaborasi pemberian insulin <p>S : Pasien mengatakan lemas berkurang, jadi bisa menghabiskan makanan lebih banyak, pasien mengatakan makannya enak jadi mampu dihabiskan</p> <p>O : pasien mampu menghabiskan makanannya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.3 Monitor asupan makanan 3.5 Anjurkan diit yang diprogramkan <p>S :</p> <p>O : Terdapat luka di bagian telapak kaki kanan, luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm, luka 2 P x L = 5,5cm x 3cm), grade IV, warna luka : luka 1 kuning 90%, merah 10% dan luka 2 merah 80%, kuning 20%, terdapat sloug dan biofilm, balutan luka kassa, palster, dan crepe bandage, total skore bates jansen adalah, L1 (30), L2(36), balutan luka diganti setiap 2 hari sekali, terapi ceftriaxone 2x1</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 4.2 Monitor tanda – tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 4.5 Bersihkan jaringan nekrotik 4.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 4.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 4.9 Ajarkan pasien

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<p>mengenai tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman</p> <p>O: gelisah berkurang, td 140/80 mmHg, nadi 78x/menit, pasien mau mengungkapkan perasaannya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda – tanda ansietas</p> <p>5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.4 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>5.5 Latih tehnik relaksasi nafas dalam</p>
4.	Kamis, 04 April 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 1, hilang timbul seperti tertusuk – tusuk, durasi selama 1 menit.</p> <p>O : Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan</p> <p>Pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi semi fowler</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi respons nyeri</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin</p> <p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>non verbal</p> <p>1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat</p> <p>1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan lemasnya berkurang dan bisa melakukan aktivitas</p> <p>O : GDS = 210 mg/dL, trapi insulin (apidra 3x12 unit) dan lantus 1x12 unit, Pasien terlihat sedikit segar</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>2.2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi</p> <p>2.4. Kolaborasi pemberian terapi insulin</p> <p>S : Pasien mengatakan makannya enak jadi mampu di habiskan</p> <p>O :</p> <p>a. Antropometri BB : 56 Kg TB : 160 Cm IMT : 22.07</p> <p>b. Biokimia Hemoglobin 12,6 Hematokrit 42,3% Albumin 3,1</p> <p>c. Clinical Tidak ada anemis Tidak ada mual dan muntah</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<p>Turgor kulit baik d. Diit Bubur diabetes mellitus 1900 Kkal dan menghabiskan diit yang diberikan</p> <p>A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Monitor asupan makanan 3.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 3.5 Ajarkan diit yang diprogramkan 3.6 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang di butuhkan</p> <p>S : O : Terdapat luka di bagian telapak kaki kanan, luas luka, (luka 1 P x L = 5cm x 3,5cm, luka 2 P x L = 5,5cm x 3cm), grade IV, warna luka : luka 1 kuning 90%, merah 10% dan luka 2 merah 80%, kuning 20%, terdapat sloug dan biofilm, balutan luka kassa, palster, dan crepe bandage, total score bates jansen adalah, L1 (30), L2(36) balutan luka diganti setiap 2 hari sekali, terapi ceftriaxone 2x1</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 4.2 Monitor tanda – tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	perlahan 4.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 4.5 Bersihkan jaringan nekrotik 4.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 4.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 4.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik S : Pasien mengatakan sudah mulai menerima dengan kondisinya saat ini O : Jarang melamun, terlihat lebih bersemangat dalam menjalin hidup, Pasien mau mengungkapkan perasaanya A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi 5.1 Monitor tanda – tanda ansietas

Tabel 4.13
Evaluasi Keperawatan pada Pasien II Tn. S dengan Diabetes Mellitus
Tipe II di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab
Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Senin, 01 April 2019	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan terdapat luka ulkus diabetikus, dengan skala nyeri 6, hilang timbul, seperti tertusuk – tusuk, durasi selama 2 menit</p> <p>O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri, pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan, pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi semi fowler, terapi santagesik 3x1</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat</p> <p>1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan malas makan dikarenakan terlalu banyak pembatasan dalam diet, pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan tidak ada intoleransi apapun untuk makanan</p> <p>O :</p> <p>a. Antropometri</p> <p>1) BB : 55 Kg</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
		(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>2) TB : 158 Cm 3) IMT : 22.08</p> <p>b. Biokimia 1) Hemoglobin 11.9 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,1</p> <p>c. Clinical 1) Tidak anemis 2) Tidak ada mual dan muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik</p> <p>d. Diit Bubur tdiabetes melitusRG 1900 Kkal dan hanya menghabiskan sepertiga dari porsi yang diberikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.3 Monitor asupan makanan 2.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2.5 Ajarkan diit yang diprogramkan</p> <p>S : Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan, pasien mengatakan luka akibat gigitan serangga O : Terdapat luka di bagian betis kaki kanan, luas luka (P x L = 35 cm x 5cm), grade IV, warna luka : Merah 100%, terdapat sloug dan biofilm, balutan luka diganti setiap 1 hari sekali, balutan luka kassa, plaster, crepe bandage, trapi ceftriaxone 2x1, A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 3.2 Monitor tanda – tanda infeksi 3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 Bersihkan dengan cairan NaCl</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi						
		<p>(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>3.5 Bersihkan jaringan nekrotik 3.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 3.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 3.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 3.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 3.10 Berikan antibiotik sesuai dengan instruksi dokter</p> <p>S : Pasien mengatakan kakinya sulit untuk digerakan, pasien mengatakan badanya terasa lemas, pasien mengatakan sulit untuk berpindah tempat</p> <p>O: Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh perawat dan keluarga, untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers, skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan sedang</p> <table border="1" data-bbox="981 1243 1236 1355"> <tr> <td colspan="2">Kekuatan otot</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.3 Siapkan atau dekatkan alat keperluan pribadi 4.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri, bantu jika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	Kekuatan otot		5	5	5	2
Kekuatan otot									
5	5								
5	2								
		<p>(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<p>S : Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya yang sekarang, pasien mengatakan tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga, pasien mengatakan sudah banyak biaya yang dihabiskan untuk</p>						

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
			berobat O : Pasien terlihat gelisah dan sedikit murung, pasien mau menceritakan masalahnya. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tanda – tanda ansietas 5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian 5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan 5.5 Ajarkan pasien mengenai teknik relaksasi.
2	Selasa, 02 April 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan , dengan skala 4, hilang timbul, nyeri seperti ditusuk tusuk O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri, pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan, pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi semi fowler, mendapatkan trapi santagesik 3x1. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2. Idntifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat 1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
		<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan malas makan dikarenakan terlalu banyak pembatasan dalam diit</p> <p>O : Bubur diabetes melitus 1900 Kkal dan hanya menghabiskan sepertiga dari porsi yang diberikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>2.3 Monitor asupan makanan</p> <p>2.4 Anjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan.</p>
		<p>(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<p>S : Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan</p> <p>O : Terdapat luka di bagian betis kaki kanan, luas luka (P x L = 35 cm x 5cm),Grade IV, warna luka : Merah 100%,Terdapat sloug dan biofilm, Total skore bates jansen adalah L1 (30) , balutan luka diganti setiap 2 hari sekali</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)</p> <p>3.2 Monitor tanda – tanda infeksi</p> <p>3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4 Bersihkan dengan cairan NaCl</p> <p>3.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>3.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu)</p> <p>3.7 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>3.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi				
		<p>(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>3.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 3.10 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>S : Pasien mengatakan badanya terasa lemas, Pasien mengatakan suliat untuk berpindah tempat O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh perawat dan keluarga, Untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers, Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan, kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="981 974 1236 1064"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri, bantu jika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	5	5	5	2
5	5						
5	2						
		<p>(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<p>S :Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya yang sekarang, tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga ,Pasien mengatakan sudah banyak biaya yang dihabiskan untuk berobat O : Pasien terlihat gelisah dan sedikit murung, Pasien mau menceritakan masalah yang dihadapinya A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda – tanda ansietas 5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk hubungan saling percaya</p>				

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
3.	Rabu, 03 April 2019	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan , luka ulkus diabetikus dengan skala nyeri 2, hilang timbul, nyeri seperti ditusuk tusuk, deurasi selama 1 menit</p> <p>O : Pasien terlihat meringis menahan nyeri, Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan, Pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi semi fowler</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat</p> <p>1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah ada selesa sedikit demi sedikit untuk makan</p> <p>O: pasien hanya mampu menghabiskan setengah dari diit yang di berikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>2.3 Monitor asupan makanan</p> <p>2.4 Anjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi				
		<p>(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p> <p>(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S : Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan</p> <p>O : Terdapat luka di bagian betis kaki kanan, Luas luka (P x L = 35 cm x 5cm) , Grade IV, Warna luka : Merah 100%, Terdapat sloug dan biofilm, Total skore bates jansen adalah 30 ,Balutan luka diganti setiap 2 hari sekali</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 3.2 Monitor tanda – tanda infeksi 3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 3.5 Bersihkan jaringan nekrotik 3.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 3.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 3.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 3.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 3.10 Kolaborasi pemberian antibiotik <p>S :Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene masih dibantu</p> <p>O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh perawat dan keluarga, Untuk kebutuhan toileting menggunakan diapers ,Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan , Kekuatn otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>	5	5	5	2
5	5						
5	2						

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<p>A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 4.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri, bantu jika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri 4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>S : Pasien mengatakakan sudah mulai menerima keadaanya yang sekarang, hanya butuh dukungan dari keluarga dan apabila sembuh akan membuka toko kecil kecilan untuk menyambung hidup O : Pasien terlihat gelisah dan sedikit murung, Pasien mau menceritakan masalah yang dihadapinya</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tanda – tanda ansietas 5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p>
4.	Kamis, 04 April 2019	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kaki di bagian kaki kanan , luka ulkus diabetikus, skala nyeri 2 hilang tibul, seperti tertusuk tusuk, durasi 1 menit O : Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dirasakan Pasien nyaman saat tirai ditutup dan posisi semi fowler A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
		(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	<p>1.2. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>1.3. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.4. Anjurkan pasien untuk beristirahat</p> <p>1.5. Ajarkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah ada selesa sedikit demi sedikit untuk makan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Antropometri <ul style="list-style-type: none"> 1) BB : 55 Kg 2) TB : 158 Cm 3) IMT : 22.08 b. Biokimia <ul style="list-style-type: none"> 1) Hemoglobin 11.9 2) Hematokrit 38,5% 3) Albumin 3,1 c. Clinical <ul style="list-style-type: none"> 1) Tidak Anemis 2) Tidak ada Mual dan Muntah 3) Bibir kering 4) Turgor kulit baik d. Diit <ul style="list-style-type: none"> Bubur diabetes melitus 1900 Kkal dan hanya menghabiskan setengah dari porsi yang diberikan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Identifikasi status nutrisi 2.3 Monitor asupan makanan 2.4 Anjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makan yang telah diberikan

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi				
		<p>(D.0129) Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p> <p>(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S : Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan, Pasien mengatakan luka akibat gigitan serangga</p> <p>O : Terdapat luka di bagian betis kaki kanan, luas luka (P x L = 35 cm x 5cm), Grade IV, Warna luka : Merah10%, Terdapat sloug dan biofilm, , balutan luka diganti setiap 2 hari sekali</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) 3.2 Monitor tanda – tanda infeksi 3.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 Bersihkan dengan cairan NaCl 3.5 Bersihkan jaringan nekrotik 3.6 Berikan salep yang sesuai (jika perlu) 3.7 Pasang balutan sesuai jenis luka 3.8 Ganti balutan luka dalam interval waktu yang sesuai 3.9 Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi 3.10 Berikan antibiotik sesuai dengan instruksi dokter <p>S : Pasien mengatakan kakinya masih susah digerakan</p> <p>O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene di bantu oleh perawat dan keluarg, Skor barthel indeks dengan kategori tingkat ketergantungan sedang</p> <p style="text-align: center;">Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">2</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Dampingi dalam melakukan 	5	5	5	2
5	5						
5	2						

No.	Hari/Tanggal	Diagosa Keperawatan	Evaluasi
		(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<p>perawatan diri, bantu jika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>4.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>S : Pasien mengatakan mulai menerima kondisinya sekarang, pasien mengatakan dirinya butuh dukungan dari keluarga</p> <p>O : Pasien terlihat lebih tenang dan mudah tersenyum, Pasien mau menceritakan masalah yang dihadapinya</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda – tanda ansietas</p> <p>5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan</p> <p>5.5 Ajarkan pasien mengenai teknik relaksasi</p>

4.2 Pembahasan

4.2.1 (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 01 april 2019 sampai dengan tanggal 04 april 2019, pada 2 pasien pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2(Tn. S) dengan diagnose medis Diabetes Mellitus Tipe II ditemukan bahwa pada kedua pasien tersebut dengan masalah utama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi.

Hasil pengkajian pada dua pasien menunjukkan adanya nyeri akut yang ditandai pada pasien I (Tn.L) dengan keluhan nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 5, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan frekuensi hilang timbul sedangkan pada pasien 2 (Tn. S) dengan keluhan nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 6, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan frekuensi hilang timbul disertai dengan respon non verbal pasien terlihat meringis dan tekanan darah dan frekuensi nadi meningkat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari berupa identifikasi nyeri yang (meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan reaksi non verbal), kontrol lingkungan, teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik didapatkan hasil masalah keperawatan nyeri akut teratasi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), nyeri akut memiliki definisi pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan dengan

gejala dan data mayor mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan tekanan darah meningkat . Menurut *Association For Study Of Pain* (2016) nyeri adalah suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

Pendapat dari Bahrudin (2017) mengemukakan kerusakan jaringan karena trauma, menyebabkan dikeluarkannya berbagai senyawa bikimiawi antara lain ion H, K, prostaglandin dari sel yang rusak, bradikinin dari plasma, histamin dari sel mast, serotonin dan substansi P dari ujung syaraf yang akan menyebabkan nyeri. Untuk mengatasi masalah ini dilakukan identifikasi nyeri yang (meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan reaksi non verbal), teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik,

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis juga meliputi teknik relaksasi nafas dalam. Berdasarkan penelitian Aini, dkk (2018) mengenai pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri. Menurut Smeltzer & Bare (2013) mekanisme relaksasi nafas dalam menurunkan intensitas nyeri adalah dengan merelaksasikan otot – otot yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostalandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphin.

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis dilakukan secara berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgesik golongan AINS yaitu santagesik dengan kandungan metamizole. Berdasarkan penelitian Erlan (2016) analgesik golongan AINS bekerja dengan cara menghambat enzim siklooksigenase yang akan mengubah asam anakidonat menjadi prostaglandin sehingga respon nyeri akan berkurang.

Dari hasil studi kasus ini didapatkan bahwa masalah nyeri teratasi, yang ditandai pada pasien I (Tn. L) terdapat adanya penurunan skala nyeri dan peningkatan rasa nyaman terjadi secara bertahap mulai dari hari kedua dengan skala nyeri 3 hingga pada hari keempat skala nyeri berkurang hingga skala 1 dan pada pasien 2 (Tn. S) skala nyeri berkurang mulai dari hari kedua dengan skala nyeri 4 hingga pada hari terakhir skala nyeri berkurang hingga skala 2.

4.2.2 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemi) berhubungan dengan resistensi insulin

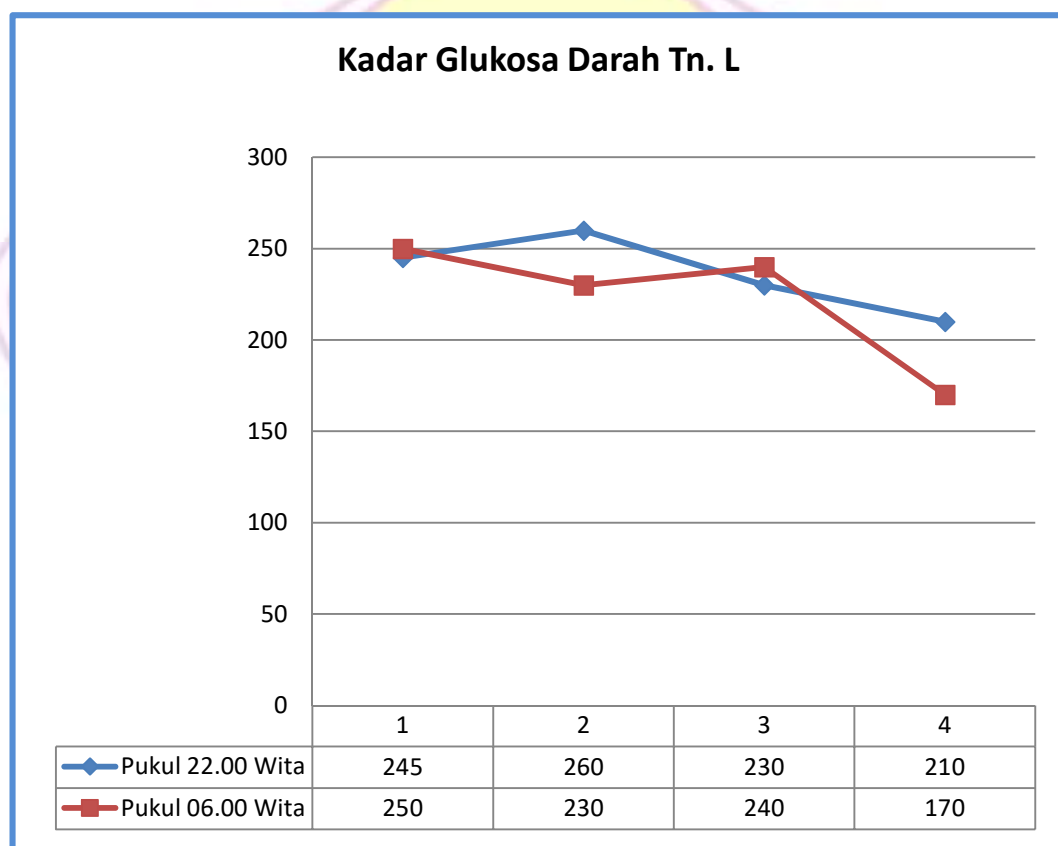
Hasil pengkajian pada pasien Tn. L menunjukkan adanya ketidakstabilan kadar glukosa darah yang ditandai pada pasien I (Tn. L) kadar glukosa darah puasa sebesar 245 mg/dL dan glukosa darah sewaktu 250 mg/dL. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari berupa monitor kadar glukosa darah, edukasi mengenai pengelolaan diabetes dan pemberian terapi insulin didapatkan hasil masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah tidak teratasi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), ketidakstabilan kadar glukosa darah memiliki definisi berupa variasi kadar glukosa darah naik atau

turun dari rentang normal dengan batasan karakteristik berupa perasaan lelah/lesu, mulut kering, rasa haus meningkat dan kadar glukosa dalam darah atau urin tinggi. Menurut *International Diabetes Federation* (2017) kadar glukosa darah untuk kriteria diagnosis diabetes melitus adalah glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dL, glukosa plasma puasa < 126 mg/dL dan glukosa plasma 2 jam post prandial > 200 mg/dL. Berdasarkan hasil penelitian Raymond (2016) Penyebab terjadinya hiperglikemia adalah resisten Insulin atau turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati sehingga meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

Upaya untuk mengatasi masalah ini dilakukan edukasi mengenai pengelolaan diabetes, pemberian edukasi pada pasien meningkatkan pemahaman pada pasien dan keluarga mengenai pengelolaan diabetes tetapi tidak menunjukkan peningkatan perilaku mematuhi pengelolaan diabetes. Selain edukasi juga dilakukan pemberian insulin pada pasien I (Tn. L) diberi terapi insulin apidra 3x12 unit dan lantus 0-0-21 unit. Pendapat dari Asman (2016) Insulin merupakan hormon yang terdiri dari rangkaian asam amino, dihasilkan oleh sel beta pankreas yang berfungsi untuk mengangkut glukosa masuk dari luar kedalam sel jaringan tubuh. Menurut Gklinis (2016) terapi insulin menunjukkan hasil klinis yang lebih baik terutama berkaitan dengan glukotoksitas. Dari hasil studi kasus ini didapatkan bahwa masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah tidak teratasi dikarenakan adanya ketidakpatuhan dari pasien untuk mempertahankan pola makan sesuai dengan pengaturan diit diabetes melitus.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin didapatkan hasil masalah keperawatan belum teratasi, yang ditandai dengan glukosa darah puasa pada pasien I (Tn. L) adalah 210 mg/dL dan kadar glukosa sewaktu 170 mg/dL dan manlanjutan untuk selalu mengontrol gula darah dan pemberian insulin secara teratur.



4.2.3 (D.0032) Defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan)

Hasil pengkajian pada pasien I (Tn. L) menunjukkan adanya defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologi yang ditandai dengan terpenurunan berat badan 4 kg dalam 6 bulan terakhir, serum albumin 3.0 g/dL dan pasien

mengatakan malas makan dikarenakan banyaknya pembatasan dalam diit dan pasien 2 (Tn. S) mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 kg selama 6 bulan terakhir, serum albumin 3.1g/dl dan pasien mengatakan tidak nafsu makan karena khawatir dengan kondisinya yang saat ini. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari berupa edukasi mengenai diit yang diprogramkan didapatkan hasil masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi pada pasien 1 (Tn. L) dan untuk pasien 2 (Tn. S) tidak teratasi.

Menurut Tandra (2014) pasien diabetes melitus harus melakukan terapi pengelolaan agar status kesehatannya terkontrol dan terhindar dari komplikasi. Terapi pengelolaan ini seringkali membuat pasien diabetes melitus mengalami perubahan psikologis terkait dengan banyaknya pantangan dan telah menjalani terapi tetapi tidak ada perubahan yang berarti. Pendapat lain dari Made (2017) terdapat hubungan antara kecemasan terhadap perubahan pola makan yang membuat terjadinya hambatan untuk makan hingga kejadian untuk tidak makan sama sekali.

Untuk mengatasi masalah ini dilakukan edukasi mengenai diit yang diprogramkan, menurut Dedeh (2014) pengetahuan yang lebih luas akan menghasilkan sikap yang lebih positif dalam menghadapi suatu permasalahan, yang berarti dengan memiliki pengetahuan yang baik maka akan lebih mampu mengatasi kecemasan yang dialami. Dari hasil studi kasus ini didapatkan hasil bahwa defisit nutrisi teratasi pada pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S) tidak teratasi, pada pemeriksaan berat badan pada pasien memang tidak mengalami peningkatan berat badan, namun pasien mengalami peningkatan pemahaman mengenai diit pada pasien

dengan diabetes melitus dan peningkatan nafsu makan yang dibuktikan dari jumlah porsi makan yang dihabiskan pasien selama empat hari terakhir. Pada hari kedua sebanyak $\frac{3}{4}$ dari porsi yang diberikan, pada hari ketiga dan keempat pasien I (Tn. L) dapat menghabiskan 1 porsi makanannya tanpa sisa dan untuk pasien 2 hari pertama dan kedua hanya mampu menghabiskan seperempat dari diit yang diberikan, kemudian perawatan hari ke 3 dan 4 sebanyak setengah porsi yang mampu dihabiskan oleh pasien. Peningkatan nafsu makan juga dipengaruhi oleh peran serta keluarga ikut dalam melakukan monitoring intake nutrisi dan mendorong motivasi pasien dalam menghabiskan makanan.

4.2.4 (D.0129) Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Hasil pengkajian pada dua pasien menunjukkan adanya gangguan integritas jaringan yang ditandai pada pasien I (Tn. L) terdapat luka ditelapak kaki kanan yang awalnya tiba-tiba muncul dikarenakan terkena serpihan terinjak batu, luas luka 1 5x3,5 cm, luka 2 5,5x3 cm sedangkan pada pasien 2 (Tn. S) terdapat luka dari kaki kiri yang diakibatkan luka melepuh akibat gigitan serangga, luas luka 31x5 cm. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari berupa perawatan luka dengan menggunakan metode konvensional didapatkan hasil masalah keperawatan gangguan integritas jaringan tidak teratasi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), gangguan integritas jaringan memiliki definisi kerusakan jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen) dengan gejala dan tanda mayor minor berupa kerusakan jaringan, nyeri, perdarahan, kemerahan dan

hematoma. Menurut Sriyanto (2016) kerusakan integritas jaringan adalah keadaan dimana individu mengalami kerusakan integumen, membran mukosa, jaringan subkutan. Pendapat lain dari Resta (2016) Neuropati diabetik disebabkan hipoksia kronis sel-sel saraf yang kronis serta efek dari hiperglikemia. Pada jaringan saraf terjadi penimbunan sorbitol dan fruktosa dan penurunan kadar mioinositol yang menimbulkan neuropati.

Neuropati dapat menyerang saraf-saraf perifer, saraf-saraf kranial atau sistem saraf otonom. Pada riwayat terjadinya luka pasien memaparkan bahwa luka dirasakan muncul tiba-tiba dikarenakan tidak dirasakan adanya nyeri. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan dalam Brunner & Suddart (2015) Neuropati sensori dapat menyebabkan ketidakmampuan dalam merasakan suhu dan nyeri.

Untuk mengatasi masalah ini dilakukan perawatan luka, salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka adalah teknik perawatan luka yang diberikan. Metode perawatan luka yang dilakukan pada kedua pasien diatas menggunakan metode konvensional yang masih menggunakan balutan kassa dan NaCl. Menurut Werna, dkk (2015) Teknik perawatan luka akan mempengaruhi proses regenerasi jaringan sebagai akibat dari prosedur membuka balutan, membersihkan luka, tindakan debridemen dan jenis balutan yang diberikan sehingga memberikan respons nyeri.

Pada perawatan luka konvensional yang dilakukan pada pasien cenderung tidak efektif, karena pemakaian kompres kassa sebagai upaya mempertahankan kelembapan kurang dapat dipertahankan lebih lama sehingga luka lebih sering

diganti balutannya. Fenomena ini akan membawa dampak timbulnya cedera ulang pada dasar luka yang akan menstimulasi terjadinya inflamasi ulang pada dasar luka. Pergantian balutan yang terlalu sering dilakukan pada perawatan konvensional juga akan berpengaruh terhadap kondisi stress jaringan yang sedang beregenerasi sehingga secara psikologis pasien akan lebih sering mengeluh kesakitan sebagai dampak terjadinya cedera ulang pada dasar luka dan memperlambat proses penyembuhan luka.

Berdasarkan hasil studi kasus ini didapatkan bahwa masalah gangguan integritas jaringan tidak teratasi yang ditandai dengan tidak adanya kemajuan dalam perbaikan integritas jaringan luka yang dialami oleh pasien tetapi terdapat adanya berkurangnya slouge dan bau pada luka kedua pasien.

4.2.5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Hasil pengkajian pada pasien 2 (Tn. S) menunjukkan adanya defisit perawatan diri yang ditandai dengan kebutuhan personal hygiene pasien dibantu oleh keluarga, pasien tidak mampu ke toilet sehingga menggunakan diapers. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), defisit perawatan diri memiliki definisi tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, dengan gejala dan tanda mayor tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri.

Menurut Keliat B (2011) defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan dalam kebersihan diri, makan, berpakaian, berhias diri dan toileting. Untuk mengatasi

masalah ini dilakukan pendampingan kepada pasien untuk melakukan perawatan diri oleh perawat dan keluarga. Istikharoh (2017) mengemukakan bahwa terdapat adanya pengaruh pendampingan keluarga terhadap peningkatan kemandirian pasien diabetes melitus, dimana diharapkan keluarga dapat menjadi mitra kerja yang tepat guna untuk penderita diabetes melitus.

Berdasarkan hasil studi tentang defisit perawatan diri pada pasien 2 (Tn.S) terdapat peningkatan kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri untuk beberapa kegiatan seperti makan dan memakai baju walaupun terbatas ditempat tidur, sedangkan untuk perawatan diri mandi dan toileting masih perlu bantuan dari keluarga. Peran serta dari keluarga ikut dalam membantu pasien melakukan perawatan diri dan mendorong motivasi pasien dalam melakukan aktivitas sehingga pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

4.2.6 (D.0080) Ansietas

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien menunjukkan adanya ansietas yang ditandai pada pasien I (Tn. L) mengatakan takut lukanya membesar dan mempengaruhi kesehatannya , merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan terlihat gelisah sedangkan pada pasien II (Tn. S) mengatakan takut dengan kondisi penyakitnya yang sekaran dan khawatir penyakitnya akan semakin bertambah buruk sehingga tidak dapat melaksanakan perannya sebagai seorang kepala rumah tangga, pasien terlihat gelisah. Penilaian skala HARS pada pasien I

(Tn. L) menunjukkan skor 21 dan skala HARS pada pasien 2 (Tn. S) menunjukkan skor 23 yang menandakan kedua pasien mengalami kecemasan sedang.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), ansietas memiliki definisi kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang kemungkinan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan gejala dan tanda pasien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, frekuensi nadi, nafas dan tekanan darah meningkat.

Menurut Artomo (2015) pasien diabetes melitus harus melakukan terapi pengelolaan agar status kesehatannya terkontrol dan terhindar dari komplikasi. Hasil penelitian Hasanuddin (2011) perempuan dengan diabetes melitus dapat mengalami perubahan psikologis seperti gangguan dalam beraktivitas, perubahan peran dan timbulnya masalah fisik.

Berdasarkan hasil studi tentang ansietas yang didapatkan dari perubahan psikologis yang dialami oleh pasien diabetes melitus diatas, dapat diketahui adanya penurunan skala ansietas pada kedua pasien. Dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam, menurut Hayat (2014) relaksasi adalah salah satu teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan.

Pada penilaian skala ansietas pasien setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik relaksasi nafas dalam menurun dari kecemasan sedang menjadi

kecemasan ringan. Dari teori dan penelitian yang ada penulis berasumsi bahwa diabetes melitus sebagai penyakit kronik memerlukan pengendalian terhadap pola hidup sehingga seringkali muncul perubahan psikologis seperti ansietas. Dalam membantu mengurangi perubahan psikologis terutama untuk mengatasi ansietas digunakan metode relaksasi, selain menggunakan metode relaksasi peran keluarga dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien juga berpengaruh dalam mengurangi ansietas yang dialami oleh pasien.

4.2.7 (D. 0114) Ketidapatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks dan lama

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien I (Tn. L) mengatakan suka makan makanan yang dibawa keluarga saat menjenguk seperti roti dan biskuit, kadar glukosa darah 230 mg/dL yang menunjukkan masalah kesehatan berupa hiperglikemia masih ada, terdapat adanya ulkus diabetik yang merupakan komplikasi dari diabetes melitus. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari berupa membuat komitmen dengan pasien untuk menjalani program pengobatan dengan baik, menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan dan menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien selama menjalani program pengobatan. Didapatkan hasil masalah ketidapatuhan teratasi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), ketidapatuhan memiliki definisi perilaku individu tidak mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan

hasil perawatan atau pengobatan tidak efektif, dengan gejala dan tanda perilaku tidak mengikuti program perawatan/pengobatan, perilaku tidak menjalankan anjuran, tampak tanda dan gejala penyakit masih ada atau meningkat, tampak adanya komplikasi. Kepatuhan adalah tingkat ketepatan perilaku seorang individu dengan nasihat medis atau kesehatan dan menggambarkan penggunaan obat sesuai dengan petunjuk pada resep serta mencakup penggunaannya pada waktu yang benar (Siregar, 2016). Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri dan kerja sama antara pasien dan petugas kesehatan (Depkes RI, 2010).

Untuk mengatasi masalah ini dilakukan dengan membuat komitmen dengan pasien untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Menginformasikan manfaat pengobatan termasuk dalam pendidikan kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan atau memperbaiki lingkungan dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoadmojo, 2007). Membuat komitmen pasien agar mematuhi program pengobatan dan memberikan keyakinan kepada pasien akan efektifitas obat dalam proses penyembuhan. Menurut Niven (2012) Dukungan keluarga sangat penting karena keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya. Karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk

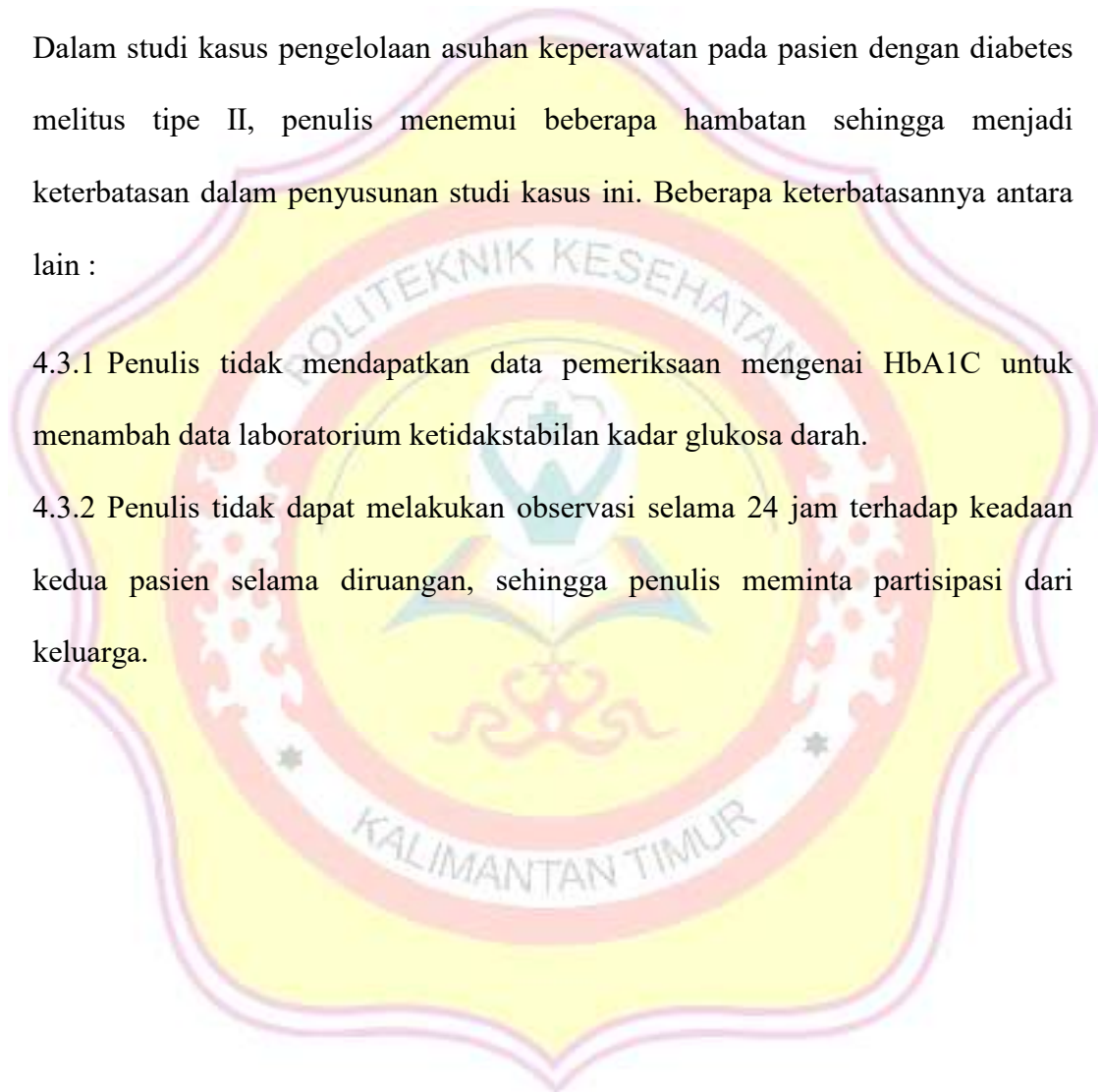
menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan lebih baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk menunjang pengelolaan penyakitnya.

4.3 Keterbatasan Penulis

Dalam studi kasus pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II, penulis menemui beberapa hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini. Beberapa keterbatasannya antara lain :

4.3.1 Penulis tidak mendapatkan data pemeriksaan mengenai HbA1C untuk menambah data laboratorium ketidakstabilan kadar glukosa darah.

4.3.2 Penulis tidak dapat melakukan observasi selama 24 jam terhadap keadaan kedua pasien selama diruangan, sehingga penulis meminta partisipasi dari keluarga.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien II dengan diabetes mellitus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ruang flamboyan, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus diabetes melitus tipe II, yang harus diperhatikan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II yaitu pengkajian pada sistem endokrin, integumen dan psikologis. Pasien dengan diabetes melitus mengalami ketidastabilan kadar glukosa darah yang terlihat pada pasien I dengan glukosa darah 350 mg/dL dan pada pasien II 230 mg/dL, disertai dengan adanya ulkus diabetik sebagai salah satu komplikasi pada penyakit diabetes melitus yang pada pasien II mengakibatkan terjadinya defisit perawatan diri, perubahan psikologis pada pasien diabetes melitus mengakibatkan terjadinya ansietas dan penurunan nafsu makan pada pasien I. Ketidakpatuhan yang ada pada pasien II ini seringkali terjadi pada penderita penyakit kronik seperti diabetes melitus akibat proses pengobatan yang lama.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan pada kedua pasien didapatkan masalah yang berbeda antara kedua pasien. Pada pasien 1 terdapat masalah nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko defisit nutrisi, gangguan integritas jaringan, resiko infeksi dan ansietas. Sedangkan pada pasien II terdapat masalah nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas jaringan, ansietas, defisit perawatan diri dan ketidakpatuhan.

5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini. Seperti edukasi mengenai pengelolaan diabetes, relaksasi nafas untuk mengurangi tingkat kecemasan, pencegahan infeksi dan manfaat menjalankan program pengobatan. Pemberian insulin untuk membantu mengurangi keadaan hiperglikemia dan perawatan luka dengan metode konvensional

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan diabetes melitus tipe II.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi yang penulis lakukan pada pasien 1 berdasarkan kriteria yang penulis susun terhadap pasien I dan II ada 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan gangguan integritas jaringan.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk Penulis

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien dengan diabetes melitus tipe II, terutama dalam memotivasi pasien untuk dapat mengelola diabetes melitus dengan cara pengelolaan makan, aktivitas fisik, monitoring gula darah dan patuh dalam pengobatan.

5.2.2 Untuk Instansi Rumah Sakit

Sebaiknya pada pasien dengan diabetes melitus tipe II lebih ditingkatkan dalam memberi motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang rawat inap, serta dalam melakukan perawatan luka ulkus diabetik diharapkan dapat menggunakan metode perawatan luka modern dengan *dressing* yang disesuaikan dengan keadaan luka.

5.2.3 Untuk Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II serta menjadi acuan dan bahan perbandingan dalam melakukan penelitian bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aghnia. (2018). *Mencegah Diabetes, Mengurangi Biaya untuk Kesehatan*. Berita Tagar. 06 September 2018 <https://beritagar.id/topik/kesehatan> diakses tanggal 30 November 2018.
- Ali, Z. (2009). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- American Diabetes Assosiation (ADA). (2018). *Standards Of Medical Care In Diabetes. The Journal of Clinical and Applied Research and Education Volume 41*
- American Diabetes Assosiation (ADA). (2015). *Standards Of Medical Care In Diabetes: Classification of Diabetes*. <http://care.diabetesjournals.org> diakses tanggal 26 November 2018.
- Anggit, Y. (2017). *Gambaran Klinis Pasien dengan Diabetes Melitus. Published Tesis for 1st degree in health sciences*
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Asman.(2016). *Insulin : Mekanisme Sekresi dan Aspek Metabolisme. Published Tesis for 1st degree in health sciences*
- Athoillah. (2017). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular Di Indonesia*. Jambi Medical Journal Volume 4 Nomor 2 (101-107)
- Brunner dan Suddart. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Center For Disease Control and Prevention (CDC). (2014). *Diabetes*. <https://www.cdc.gov/> diakses tanggal 16 November 2018
- Darlina, D. (2017). *Manajemen Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus. Idea Nursing Journal Volume 2 Nomor 2, (132-136)*
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan : Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Dedeh, (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Pulo Gebang Jakarta Timur. Published Tesis for 1st degree in nursing*
- Dewi. (2016). *Hubungan Antara Kecemasan Dengan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Di Rumah Sakit DKT Yogyakarta. Published Tesis for 1st degree in health sciences*

- Dinas Kesehatan Kalimantan Timur. (2017). *Jumlah Penderita Diabetes Melitus*. <https://www.kesehatan.kaltimprov.go.id/> diakses tanggal 16 November 2018
- Endang, (2016). *Pengalaman Psikososial Pasien Dengan Ulkus Kaki Diabetik Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Published Tesis for 2st degree in Nursing
- Ertana. (2016). *Hubungan Lama Menderita dan Komplikasi Diabetes Melitus dengan Kualitas Hidup*. Published Tesis for 1st degree in health sciences
- Farida. (2016). *Hubungan Antara Pola Konsumsi dengan Penyakit Infeksi pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang*. Published Tesis for 1st degree in health sciences
- Halim, C. (2017) *Pengaruh Perilaku Merokok Terhadap Kadar Glukosa Darah*. Published Tesis for 1st degree in pharmacy
- Hidayat. A. A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- InfoDATIN. (2013). *Situasi dan Analisis Diabetes : Kementerian Kesehatan RI*
- International Diabetes Federation (IDF). (2017). *IDF Diabetes Atlas - Eighth Edition 2017*.
- Isnaini, N. (2018). *Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Diabetes Melitus Tipe II*. *Jurnal Keperawatan Volume 14 No 1* (59-68).
- Istikharoh. (2017). *Efektifitas Pendampingan Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Penderita Diabetes Melitus Di Kelurahan Purwoyoso*. *Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol. II, No. 3, Desember 2017 : 134-143*
- Keliat, B.(2015). *Fenomena Konflik, Ansietas dan Depresi pada Klien Kanker Setelah Didiagnosa Satu Tahun dan Mendapat Terapi Di Rumah Sakit Umum*. *Jurnal NERS. Vol. 10 No. 2 Oktober : 242-249*
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/> diakses tanggal 16 November 2018
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Potret Sehat Indonesia dari Riskesdas 2018*. <http://www.depkes.go.id/article/view/18110200003/potret-sehat-indonesia-dari-riskesdas-2018.html> diakses tanggal 20 November 2018
- Lailatul, L. (2017). *Hubungan Kadar Gula Darah dengan Keluhan Subjektif Penderita Diabetes Melitus*. *Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 5 Nomor 2, (231-239)*

- Lukman, dkk. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka Riskesdas 2013 Provinsi Kalimantan Timur*. Kementerian Kesehatan RI : Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Masruroh. (2017). *Efektivitas Pemberian Kompres Hangat di Axilla dan di Femoral Terhadap Penurunan Suhu Tubuh di RSUD Ambarawa*. *Published Tesis for 1st degree in health sciences*
- Medical Record. (2017). *Profil RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda*. <http://www.rsudaws.co.id> diakses tanggal 18 November 2018.
- NANDA. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : MediAction.
- Nuraisyah, F. (2017). Faktor Risiko Diabetes Melitus tipe II. *Jurnal Keperawatan Volume 13 Nomor 2* (120-127).
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- PERKENI. (2015). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia*. Jakarta : PB Perkeni.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Potter, P. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Purwanti. (2017). *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Hipertermia Di Ruang Rawat Inap RSUD*. Dr. Moewanrdi Surakarta. *Published Tesis for 1st degree in health sciences*
- Raymond. (2016). *Patogenesis Diabetes Tipe 2 : Resistensi Insulin dan Defisiensi Insulin*. *Journal of Dexa Laboratories* (1-5)
- RISKESDAS. (2018) *Prevalensi Diabetes Melitus Dalam Laporan Pusat Data dan Informasi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

- RISKESDAS. (2013). Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Depatemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Rismayanthi. (2016). *Terapi Insulin Sebagai Alternatif Pengobatan Bagi Penderita Diabetes*. Yogyakarta : MEDIKORA
- Rohmawardani. (2018). *Hubungan Self Care dengan Status Glikemik pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II. Published Tesis for 1st degree in health sciences*
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Susanti. (2018). *Hubungan Pola Makan dengan Kadar Gula Darah PADA Penderita Diabetes Melitus. Jurnal Kesehatan Vokasional Volume 3 Nomor 1, (29-34)*
- Syamsi, R. (2015). *Hubungan Modifikasi Gaya Hidup dan Kepatuhan Konsumsi Obat Antidiabetik dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus tipe 2 di RS Qim Batang. Journal Unnes of Public Health, (154-159)*
- Ujoh. (2018). *Jumlah Penyakit Tidak Menular di Kaltim Meningkat. AntaraNews. 12 Juli 2018. <https://kaltim.antaranews.com/berita/46631/jumlah-penyakit-tidak-menular-di-kaltim-meningkat> Diakses tanggal 30 November 2018.*
- Wahyu. (2015). *Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan Selama Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Di Bangsal Raudhah dan IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Published Tesis for 1st degree in nursing*
- World Health Organization (WHO). (2016). *Diabetes Facts and Numbers Indonesian*
- World Health Organization (WHO). (2014). *Classification of Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> diakses tanggal 20 November 2018*
- Yondri. (2014). *Suhu Tubuh : Homeostatis dan Efek Terhadap Kinerja Tubuh Manusia. Published Tesis for 1st degree in medical*







10
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Wornd
Tool

Nama :
Klien :

Tgl
w



8 / 4 / 19

Perawatan Ke



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

 **Wound Tool**

Nama Klien : 8 / 4 / 19

Perawatan Ke -