

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE



OLEH:

Betrix Regina Weni

NIM.P07220120008

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III

KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE

Untuk memperoleh gelar ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH:

Betrix Regina Weni

NIM.P07220120008

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

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jejang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda,
Yang menyatakan



Betrix regina wehi
Nim P07220120008

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN

Tanggal 16 juni 2023

Oleh

Pembimbing



Ns. Wiyadi. S.Kep.. M.Sc
NIDN : 4015036802

Pembimbing pendamping



Ns. Rivan Firdaus. SST.. M.Kes
NIDN. 40070228601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini. S.Kep.. M.Kep
NIP:196810701200604204

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADAPASIHEN
DENGAN PENYAKIT DIABETES MELITUS TIPE II DI RSUD ABDOEL
WAHAB SJAHRANIE

Telah diuji

Pada Tanggal 22 juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji

Ismansyah.S.Kp..M. Kep.
NIDN : 4018126802


(.....)

Penguji Anggota :

1. **Ns.Wivadi.S.Kep..M.Sc**
NIDN : 4015036802


(.....)

2. **Ns.Rivan Firdaus. SST..M.Kes**
NIDN. 40070228601


(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim



Ns. Wivadi.S.Kep..M.Sc
NIP. 196803151991021002



Ns. Tini .S.Kep..M.Kep
NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Betrix Regina Weni
Tempat, Tanggal Lahir : Kota Baru, 02 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Krayan Sentosa RT 002 Kerayan Sentosa
Long Ikis

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008- 2009 : TK Pertiwi Bunga Bangsa
2. Tahun 2009- 2016 : SDS Randi Estate
3. Tahun 2016-2018 : SMPN 1 Pamukan Utara
4. Tahun 2018-2020 : SMK Kesehatan Samarinda
5. Tahun 2020- Sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Samarinda Poltekkes Kalimantan
Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmatnya dan karunia Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda”.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terimakasih serta penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr . David H. Masjhoer,Sp.OT,M.K.M (MARS) Selaku Direktur RSUD Abdoel Wahab Sjahranie
3. Ns. wiyady, S.Kep., M.Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Wiyadi,. S.Kep,. M.Sc, selaku Penguji I yang telah banyak memberikan bimbingan dengan sangat baik.
6. Rivan Firdaus, SST., M.Kes, selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan pada saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.
7. Para Dosen dan tenaga Kependidikan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.

8. Untuk seluruh keluarga saya tercinta terutama kedua orang tua saya (Bapak Hironimus Hani dan Ibu Fenti Ana Mbari) yang selalu memberikan do'a dan dukungan serta motivasi yang tiada henti.
9. Teman-teman saya Firda, Audini, Memey, Gita, Riska, Aina yang seperti saudara saya yang selalu memberi saya semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.
10. Rekan-rekan Program D-III Keperawatn Tingkat IIIA yang telah memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
11. Kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu penulis mengucapkan terimakasih
Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang serta bermanfaat juga bagi pembaca dan pihak-pihak yang berkepentingan.

Samarinda,2023

Penulis

ABSTRAK

“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANI SAMARINDA”

BETRIX REGINA WENI

Pembimbing 1 Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc

Pembimbing 2 Ns. Rivian Firdaus, SST., M.Kes

Pendahuluan : Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler makrovaskuler, dan neuropati (Sudoyo dalam Nurarif & Kusuma, 2016).

Metode : penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil 2 responden yang dirawat di Ruang Flamboyan. Responden adalah pasien dengan Diabetes meliitus di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan.

Hasil dan Pembahasan : pada pasien I dan pasien II ditemukan masalah keperawatan yang sama yaitu Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Ansietas, dan Defisit Perawatan Diri. Dan ditemukan masalah yang berbeda yaitu Nyeri Akut, Hipervolemia, gangguan integritas kulit/jaringan, Pola Napas Tidak Efektif, dan Defisit Pengetahuan. Kemudian dibuatkan rencana keperawatan sampai evaluasi dengan tujuan tercapai sesuai dengan kriteria waktu yang ditentukan.

Kesimpulan dan Saran : Pada pasien I, 6 masalah teratasi, sedangkan pada pasien II, 2 masalah teratasi, dan 3 masalah teratasi sebagian. Diharapkan pihak tenaga kesehatan lebih meningkatkan edukasi cara pengelolaan Diabetes pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2, dan memotivasi pasien agar mematuhi cara tersebut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus Tipe 2

ABSTRAC
“ NURSING CARE OF PATIENTS WITH DIABETES
MELITUS TYPE 2 AT ABDUL WAHAB SJAHRANI HOSPITAL
SAMARINDA
BETRIX REGINA WENI

Advisor 1 Ns.Wiyadi,S.Kep.,M.Sc

Advisor 2. Ns. Rivan Firdaus,SST.,M.Kes

Introduction : Diabetes melitus is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia associated with abnormalities in carbohydrate, fat and protein metabolism caused by decreased insulin secretion or decreased insulin sensitivity or both and causes chronic microvascular macrovascular complications and neuropathy (Sudoyo in Nurarif & Kusuma, 2016).

Method: taking 2 respondents who were treated in the Flamboyan Room. Respondents were patients with diabetes Melitus at Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Data collection uses the Nursing Care format which includes Nursing Assessment, Diagnosis, Intervention, Implementation, and Evaluation.

Results and Discussion: In patient I and patient II, the same nursing problems were found, namely Blood Glucose Level Instability, Anxiety, and Self Care Deficit. And found different problems, namely Acute Pain, Hypervolemia, Delayed postoperative recovery, Ineffective Breathing Pattern, and Knowledge Deficit. Then a nursing plan is made until the evaluation with the goals achieved according to the specified time criteria.

Conclusions and Suggestions: In patient I, 6 problems were resolved, while in patient II, 2 problems were resolved, and 3 problems were partially resolved. It is hoped that health workers will increase education on how to manage diabetes in patients with type 2 diabetes Melitus, and motivate patients to comply with this method.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Melitus Type 2

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	<u>iii</u>
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAC	<u>ix</u>
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Rumusan Masalah	3
1.3.Tujuan.....	4
1.3.1.Tujuan Umum	4
1.3.2.Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat.....	5
1.4.1.Bagi Penulis	5
1.4.2.Bagi Tempat Penelitian	5

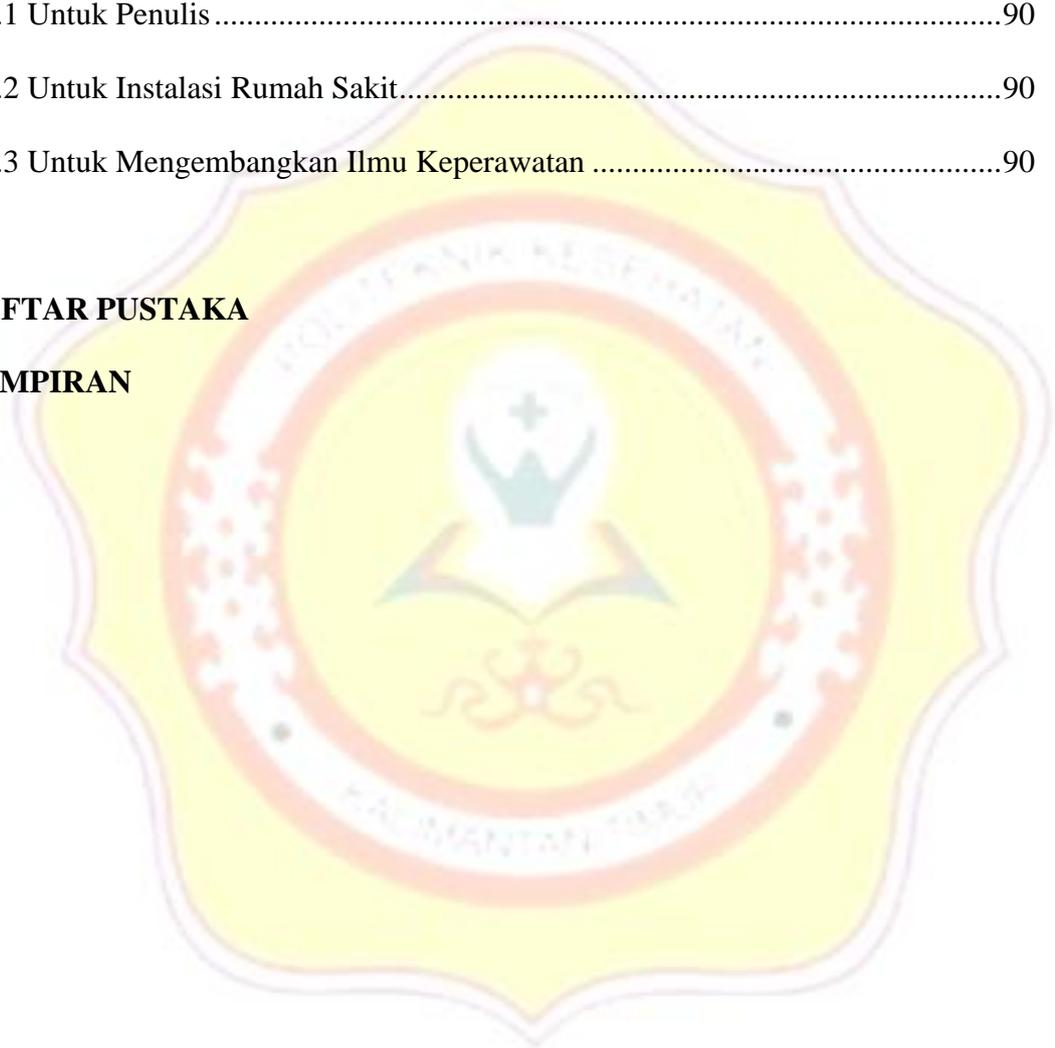
1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Khusus.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Patofisiologi.....	10
2.1.4 Pathway.....	12
2.1.5 Klasifikasi.....	13
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.7 Penatalaksanaan.....	16
2.1.8 Komplikasi.....	20
2.1.9 Pemeriksaan penunjang.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	39
3.1 Desain Penelitian.....	39
3.2 Subyek Studi Kasus.....	39
3.3 Batasan Istilah.....	39

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	40
3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	40
3.5.1 Teknik Pengumpulan Data	40
3.5.2 Instumen Pengumpulan Data	41
3.6 Keabsahan Data	41
3.7 Analisis Data	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	43
4.1 Gambar lokasi penelitian	43
4.2 Pembahasan	76
4.2.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi	76
4.2.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	78
4.2.3 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	79
4.2.4 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	80
4.2.5 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan	82
4.2.6 Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	83
4.2.7 Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	84
4.2.8 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	86
4.3 Keterbatasan Penulisan	87
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	88
5.1 Kesimpulan	88
5.1.1 Pengkajian	88

5.1.2	Diagnosis Keperawatan.....	88
5.1.3	Perencanaan Keperawatan	89
5.1.4	Implementasi Keperawatan.....	89
5.1.5	Evaluasi Keperawatan.....	89
5.2	Saran.....	90
5.2.1	Untuk Penulis.....	90
5.2.2	Untuk Instalasi Rumah Sakit.....	90
5.2.3	Untuk Mengembangkan Ilmu Keperawatan	90

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	31
Table 4.1 Pengkajian keperawatan pasien 1 (Ny.N) Pasien 2 (Ny.M)	44
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik pada Pasien 1 dan Pasien 2.....	46
Tabel 4.3 laporan pemeriksaan gula darah pasien pada pasien 1 Ny.N.....	52
Tabel 4.4 laporan pemeriksaan gula darah pada pasien 2 Ny. M	52
Tabel 4.5 Diagnosis keperawatan pada pasien I dan Pasien II	53
Tabel 4.6 Perencanaan Keperawatan pada Pasien I dan Pasien II	56
Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan pada Pasien I (Ny.S).....	60
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan pada Pasien II (Ny.S)	61



DAFTAR GAMBAR

Bagan 2. 1 Pathway Diabete Melitus.....	11
---	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pengkajian Keperawatan Medikal Beda
- Lampiran 2. Pamflet Senam Kaki Diabetes
- Lampiran 3. Satuan Acara Penyuluhan (SAP) DIIT DM
- Lampiran 4. Materi Penyuluhan tentang DIIT DM
- Lampiran 5. Pernyataan Kesiapan Membimbing Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 6. Verifikasi Juduk KTI Prodi Diploma 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan
- Lampiran 7. Mohon Ijin Praktik Askep dan Studi Kasus di RSUD Abdoel Wahab Sjahrani Samarinda
- Lampiran 8. Surat Balasan Ijin Praktik Klinik Mahasiswa DIII Keperawatan Poltekes Kemenkes Samarinda
- Lampiran 9. Nota Dinas Menguji Ujian Hasil KTI Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
- Lampiran 10. Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang memerlukan pengelolaan berkelanjutan khususnya dalam pengendalian kadar glukosa untuk mencegah atau memperlambat terjadinya komplikasi. Diabetes Melitus merupakan suatu hal baru bagi masyarakat Indonesia (Astuti & Setiarini, 2013)

Menurut *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa secara global, 422 juta orang dewasa berusia di atas 18 tahun yang hidup dengan Diabetes pada tahun 2014. Hal ini juga di dukung oleh data *International Diabetes Federation* (IDF) menyatakan bahwa terdapat 382 juta orang (175 jutadiperkirakan belum terdiagnosis) di dunia yang menderita DM pada tahun 2013, dari jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta orang ditahun 2035. (WHO 2018)

Di Indonesia menurut Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi penyakit Diabetes Melitus mengalami kenaikan dari hasil hasil riskesdas tahun 2013, dimana penderita Diabetes Melitus pada tahun 2013 itu 6,9% sedangkan pada tahun 2018 itu naik hingga 8,5% kenaikan ini terjadi berhubungan dengan pola hidup. Data terbaru dari *International Diabetes Federation* (IDF) Atlas tahun 2017 menunjukkan bahwa Indonesia menduduki peringkat ke-6 dunia dengan jumlah Diabetesi sebanyak 10,3 juta jiwa. (Kemenkes RI, 2018).

Pada angka kejadian Diabetes Melitus di Kalimantan Timur merupakan salah satu dari tiga provinsi dengan penderita Diabetes Melitus terbanyak sebesar 3.04% pada penduduk semua umur dan sebesar 4.11% pada penduduk umur 15 tahun ke atas (Riskesdas, 2018).

Penderita DM tipe II di RSUD AWS periode tahun 2020, Berdasarkan kelompok usia yang paling banyak adalah kelompok Dewasa akhir (46-65 tahun) yaitu sebesar 57,0 % Penderita DM tipe II di RSUD AWS periode tahun 2020, Berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah kelompok perempuan yaitu sebesar 51,0 % Penderita DM tipe II di RSUD AWS periode tahun 2020, Berdasarkan kategori IMT yang paling banyak adalah kelompok IMT Normal (18,0-25) yaitu sebesar 49,0% Penderita DM tipe II di RSUD AWS periode tahun 2020, berdasarkan kategori nilai HbA1c yang paling banyak adalah kategori Buruk (>8%) yaitu sebesar 56,0% Tidak ada hubungan antara IMT dengan kadar HbA1c pada penderita DM tipe II di RSUD AWS Samarinda dengan nilai $P=0,063$ ($p<0,05$). (Irawan dkk. 2022).

Tinggi prevalensi Diabetes Melitus tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah contohnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang bisa diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat Pendidikan, konsumsi alkohol, serta indeks masa tubuh, kegiatan aktivitas fisik, dan lingkar pinggang. (Paduch et al.,2017).

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kemandirian penderita diabetes mellitus adalah dengan memberikan bimbingan berpusat pada klien yang difokuskan pada tanggung jawab dan kesanggupan klien dalam menghadapi penyakit yang dideritanya, perawat harus kreatif dalam memberikan HE (Health Education) tentang bagaimana cara perawatan luka secara mandiri pada penderita diabetes. Penderita dalam penerapan proses keperawatan di rumah terjadi proses alih peran dari perawat kepada keluarga secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian keluarga (Meilianingsih & Setiawan, 2016)

Keberhasilan terapi tidak terlepas dari kerjasama antara petugas, klien dan keluarga. Pada klien dengan diabetes tipe 2, kepatuhan terhadap pengobatan sangat penting karena akan menentukan keberhasilan pengobatan. Penderita DM harus melakukan monitoring diri, agar penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya seperti keadaan gula dalam darahnya, berat badan, dan apapun yang dirasakannya. Tenaga kesehatan harus mampu memberikan dukungan sosial baik kepada pasien maupun keluarga. Keluarga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan. (Wijaya & Padila, 2019)

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah adalah sebagai berikut : bagaiman asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

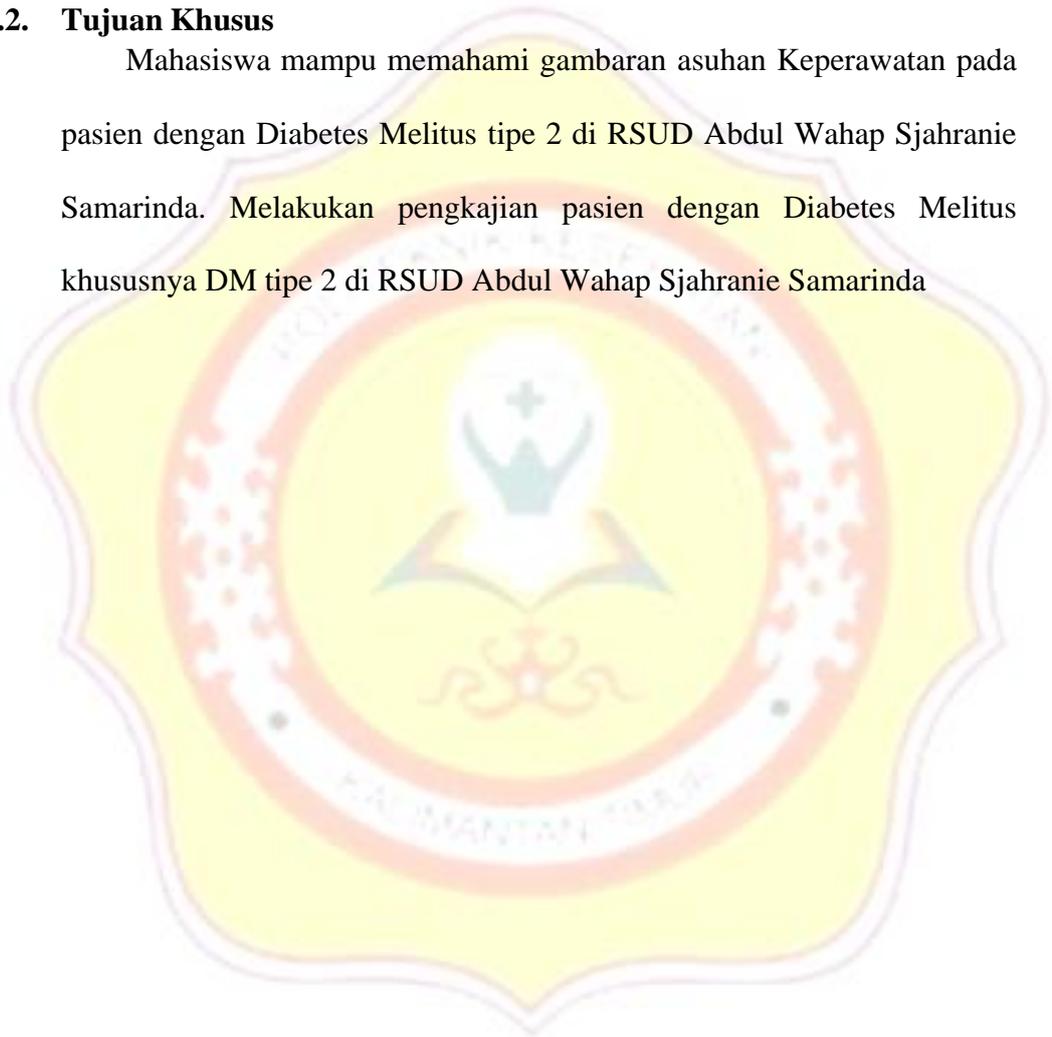
1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Secara umum untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda.

1.3.2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu memahami gambaran asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda. Melakukan pengkajian pasien dengan Diabetes Melitus khususnya DM tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda



- 1.3.2.1. Melakukan pegkajian keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda
- 1.3.2.2. Merumuskan diagnosis Keperawaan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitustipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Penulis

Hasil studi kasus ini diharapkan menambah pengalaman belajar dilapangan dan meningkatkan pengetahuan serta informasi bagi penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahap Sjahranie Samarinda

1.4.2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil studi kasus ini dapat memberikan manfaat serta informasi atau refrensi khususnya untuk membantu penelitian selanjutnya terkait asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie samarinda

1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan sebagai perkembangan keperawatan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Khusus

2.1.1 Definisi

Diabetes Melitus Tipe 2 adalah suatu gangguan metabolik yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah di atas normal akibat gangguan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau disebut juga resistensi insulin. Penyakit ini ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dan kejadian atau sekresi insulin (Fatimah, 2015). Hal ini disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh dalam melepas atau menggunakan insulin secara efektif. Insulin merupakan suatu zat yang dihasilkan oleh pankreas dalam mengatur kadar glukosa darah dalam tubuh. Saat sel beta pankreas memproduksi insulin maka akan terjadi perpindahan glukosa ke dalam sel sehingga bisa menghasilkan energi atau disimpan sebagai cadangan energi (Haidah Kurnia Putri, 2013).

2.1.2 Etiologi

Beberapa alasan terkait dengan proses penerbitan Diabetes tipe 2 menurut Guyton dan Hall yaitu: Insulin cenderung meningkat pada usia 65 tahun ke atas, tetapi sekarang meningkat orang yang berusia di atas 20 tahun ke atas sudah terdapat yang terserang atau menderita DM tipe 2, obesitas dan riwayat keluarga. Meskipun berdasarkan kelompok insulin

Diabetes Melitus Dependen (IDDM) dan Diabetes Melitus Non-Insulin Dependent (NIDDM) tentu memiliki etiologi yang berbeda.

1. Insulin *Dependent* Diabetes Melitus (IDDM).

Ini sering terjadi seiring bertambahnya usia sebelum usia 30 tahun yang sering disebut sebagai juvenile Diabetes. faktor Genetika dan lingkungan adalah penyebab IDDM. Sebaliknya Lingkungan dapat disebabkan oleh infeksi coxsackievirus B dan streptokokus. Virus ini menyerang pulau Langerhans di pankreas sehingga produksi insulin menurun dan mungkin karena reaksi tersebut Penyakit autoimun dimana antibodi itu sendiri menyerang sel β di pankreas.

2. Diabetes *non-insulin* (NIDDM).

Kegemukan (Obesitas) berperan penting dalam timbulnya NIDDM karena Kelebihan berat badan membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Munculnya hiperglikemia saat pankreas tidak mencukupi menghasilkan insulin dan akibatnya jumlah reseptor insulin menurun banyak gula darah yang tidak terikat, yaitu beredar dalam darah.

Mekanisme yang tepat menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada Diabetes tipe II belum diketahui dikenal Faktor genetik diyakini mempengaruhi proses resistensi Insulin. Selain itu, prosesnya melibatkan faktor risiko tertentu Adanya Diabetes tipe II. Faktor-faktor ini meliputi.

1) Obesitas

Hormon insulin tidak mampu membawa glukosa dalam darah seefektif yang seharusnya karena kelainan hormonal dalam tubuh. Perbaikan sensitivitas insulin dan pemulihan toleransi glukosa sering dikaitkan dengan penurunan berat badan. Obesitas berkembang ketika kandungan lemak ekstra tubuh melebihi 20% dari berat badan optimal.

2) Usia

Diabetes dapat mulai berkembang pada remaja sejak usia 11 atau 13 tahun, karena ketidakmampuan pankreas untuk membuat insulin. Resistensi insulin cenderung meningkat setelah usia 65 tahun.

3) Gestasional

Diabetes Melitus dengan kehamilan (Diabetes Melitus gestasional) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan lini, kondisi Diabetes dialami sementara selama masa kehamilan. Dengan kata lain, Diabetes atau toleransi glukosa yang berkurang pada awalnya berkembang saat seorang wanita hamil, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & Suddarth, 2015).

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi diabetes melitus tipe 1 terjadi akibat kekurangan insulin untuk mengantarkan glukosa menembus membran sel ke dalam sel. Molekul glukosa menumpuk dalam peredaran darah, mengakibatkan hiperglikemia. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas serum, yang menarik air dari ruang intraseluler ke dalam sirkulasi umum. Peningkatan volume darah meningkatkan aliran darah ke ginjal dan hiperglikemia bertindak sebagai diuretik osmosis. Diuretik osmosis yang dihasilkan meningkatkan haluaran urine. Kondisi ini disebut poliuria. Ketika kadar glukosa darah melebihi ambang batas glukosa-biasanya sekitar 180 mg/dl glukosa diekskresikan ke dalam urine, suatu kondisi yang disebut glukosuria. Penurunan volume intraseluler dan peningkatan haluaran urine menyebabkan dehidrasi, mulut menjadi kering dan sensor haus diaktifkan yang menyebabkan orang tersebut minum jumlah air yang banyak (polidipsi). (LeMone, Priscilla, 2016)

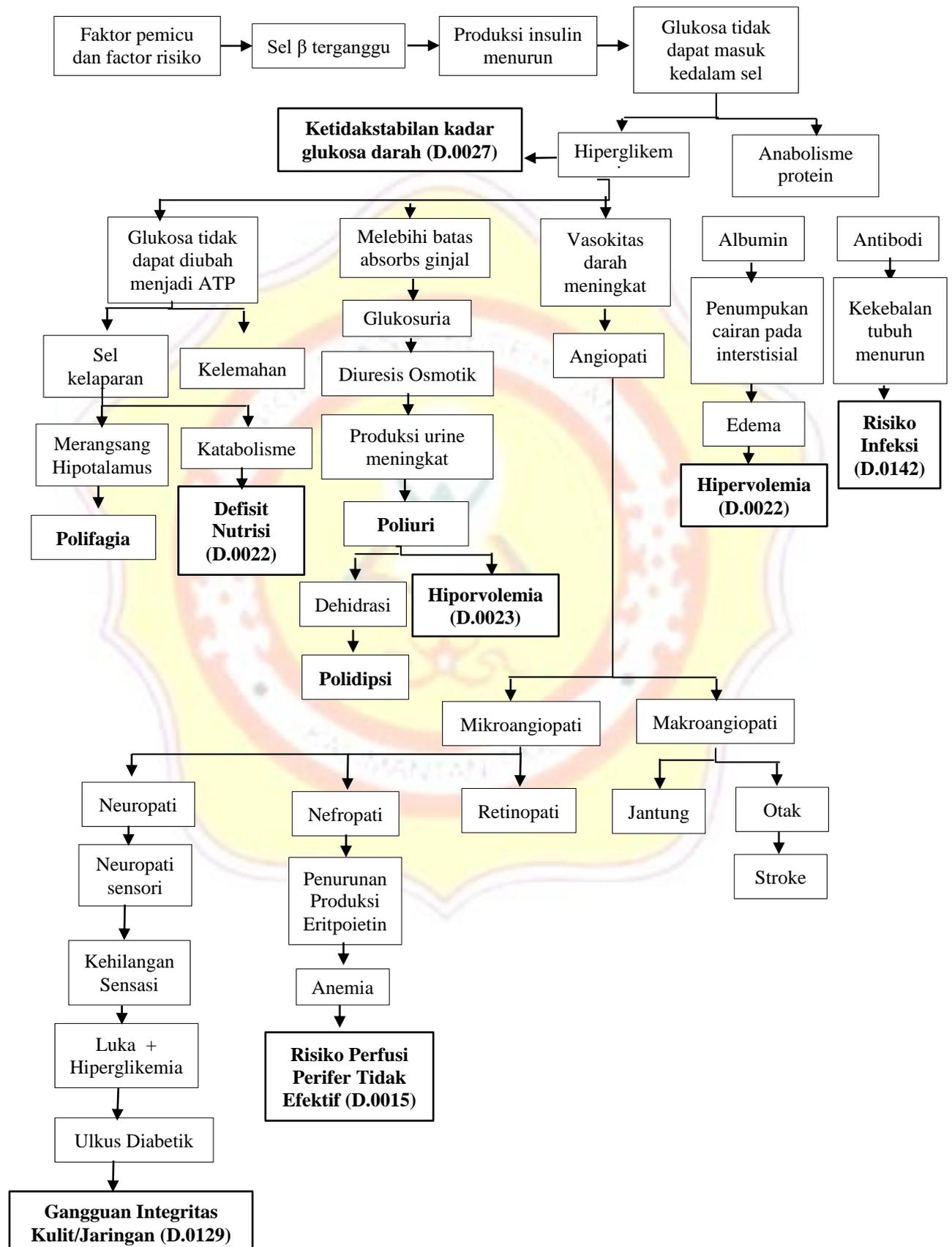
Patogenesis DM tipe 2 berbeda signifikan dari DM tipe 1, Respons terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespons peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai desensitiasi, dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Rasio proinsulin terhadap insulin tersekresi juga meningkat. DM tipe 2 adalah suatu kondisi hiperglikemia puasa yang terjadi meski tersedia insulin

endogen. Kadar insulin yang dihasilkan pada DM Tipe 2 berbeda –beda dan meski ada, Fungsinya dirusak oleh resistensi insulin di jaringan perifer. Hati memproduksi glukosa lebih normal, karbohidrat dalam makanan tidak dimetabolisme dengan baik, dan akhirnya pankreas mengeluarkan jumlah insulin yang kurang dari yang dibutuhkan. (LeMone, Priscilla, 2016).



2.1.4 Pathway

Sumber : Brunner & Suddart, 2015



2.1.5 Klasifikasi

Organisasi profesi yang berhubungan dengan Diabetes Melitus seperti American Diabetes Association (ADA) telah membagi jenis Diabetes Melitus berdasarkan penyebabnya. PERKENI dan IDAI sebagai organisasi yang sama di Indonesia menggunakan klasifikasi dengan dasar yang sama seperti klasifikasi yang dibuat oleh organisasi yang lainnya (Perkeni, 2015). Klasifikasi Diabetes Melitus berdasarkan etiologi menurut Perkeni (2015) adalah sebagai berikut :

- a. Diabetes Melitus (DM) tipe 1 Diabetes Melitus yang terjadi karena kerusakan atau destruksi sel beta di pancreas kerusakan ini berakibat pada keadaan defisiensi insulin yang terjadi secara absolut. Penyebab dari kerusakan sel beta antara lain autoimun dan idiopatik.
- b. Diabetes Melitus (DM) tipe 2 Penyebab Diabetes Melitus tipe 2 seperti yang diketahui adalah resistensi insulin. Insulin dalam jumlah yang cukup tetapi tidak dapat bekerja secara optimal sehingga menyebabkan kadar gula darah tinggi di dalam tubuh. Defisiensi insulin juga dapat terjadi secara relatif pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 dan sangat mungkin untuk menjadi defisiensi insulin absolut.
- c. Diabetes Melitus (DM) tipe lain Penyebab Diabetes Melitus tipe lain sangat bervariasi. DM tipe ini dapat disebabkan oleh efek genetik fungsi sel beta, efek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati pankreas, obat, zat kimia, infeksi, kelainan imunologi dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan Diabetes Melitus.

- d. Diabetes Melitus Gestasional adalah Diabetes yang muncul pada saat hamil. Keadaan ini terjadi karena pembentukan beberapa hormone pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin.

2.1.6 Manifestasi Klinis

Diabetes dapat memengaruhi berbagai sistem organ tubuh manusia dalam jangka waktu tertentu, yang disebut komplikasi. Komplikasi Diabetes dapat dibagi menjadi pembuluh darah mikrovaskular dan makrovaskuler. Komplikasi mikrovaskuler termasuk kerusakan sistem saraf (neuropati), kerusakan sistem ginjal (nefropati) dan kerusakan mata (retinopat) (Faktor risiko kejadian penyakit Diabetes Melitus tipe 2 antara lain usia, aktivitas fisik, terpapar asap, indeks massa tubuh (IMT), tekanan darah, stres, gaya hidup, adanya riwayat keluarga, kolesterol HDL, trigliserida, DM kehamilan, riwayat ketidaknormalan glukosa dan kelainan lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati menyatakan bahwa riwayat keluarga, aktivitas fisik, umur, stres, tekanan darah serta nilai kolesterol berhubungan dengan terjadinya DM tipe 2, dan orang yang memiliki berat badan dengan tingkat obesitas berisiko 7,14 kali terkena penyakit DM tipe dua jika dibandingkan dengan orang yang berada pada berat badan ideal atau normal. Gejala dari penyakit DM yaitu antara lain:

1. Poliuri (sering buang air kecil)

Buang air kecil lebih sering dari biasanya terutama pada malam hari (poliuria), hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi ambang ginjal ($>180\text{mg/dl}$), sehingga gula akan dikeluarkan melalui urine. Guna menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan menyerap air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil. Dalam keadaan normal, keluaran urine harian sekitar 1,5 liter, tetapi pada pasien DM yang tidak terkontrol, keluaran urine lima kali lipat dari jumlah ini. Sering merasa haus dan ingin minum air putih sebanyak mungkin (poliploidi). Dengan adanya ekskresi urine, tubuh akan mengalami dehidrasi atau dehidrasi. Untuk mengatasi masalah tersebut maka tubuh akan menghasilkan rasa haus sehingga penderita selalu ingin minum air terutama air dingin, manis, segar dan air dalam jumlah banyak.

2. Polifagi (cepat merasa lapar)

Nafsu makan meningkat (polifagi) dan merasa kurang tenaga. Insulin menjadi bermasalah pada penderita DM sehingga pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang dan energi yang dibentuk pun menjadi kurang. Ini adalah penyebab mengapa penderita merasa kurang tenaga. Selain itu, sel juga menjadi miskin gula sehingga otak juga berfikir bahwa kurang energi itu karena kurang makan, maka tubuh kemudian berusaha meningkatkan asupan makanan dengan menimbulkan alarm rasa lapar.

3. Berat badan menurun

Ketika tubuh tidak mampu mendapatkan energi yang cukup dari gula karena kekurangan insulin, tubuh akan bergegas mengolah lemak dan protein yang ada di dalam tubuh untuk diubah menjadi energi. Dalam sistem pembuangan urine, penderita DM yang tidak terkontrol bisa kehilangan sebanyak 500 gr glukosa dalam urine per 24 jam (setara dengan 2000 kalori perhari hilang dari tubuh).

Kemudian gejala lain atau gejala tambahanyang dapat timbul yang umumnya ditunjukkan karena komplikasi adalah kaki kesemutan, gatal-gatal, atau luka yang tidak kunjung sembuh, pada wanita kadang disertai gatal di daerah selangkangan (pruritus vulva) dan pada pria ujung penis terasa sakit (balanitis)

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2011) dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus ada empat pilar yang harus dilakukan dengan benar, yaitu:

1) Pendidikan/Pelatihan

Peran perawat sebagai guru dalam pembelajaran Ada pendidikan kesehatan yang terkait dengan semua tingkatan indeks kesehatan dan pencegahan. Perawat harus berkualitas memberikan pendidikan kesehatan untuk mencegah penyakit, pemulihan, komplikasi dan penyampaian program pendidikan kesehatan informasi kesehatan yang benar. Sehingga perawat dapat bertindak dalam perannya sebagai

pendidik pasien dan keluarga Perawat harus memahami prinsip-prinsip Belajar Mengajar (Bastable, 2014).

2) Terapi nutrisi medis

Pola makan penderita Diabetes terkontrol dengan baik penting. Tujuan dari manajemen nutrisi ini adalah untuk membantu pasien memperbaiki pola makannya dan mengontrol metabolisemenya yang lebih baik terlihat pada regulasi glukosa, lipid dan tekanan darah. penatalaksanaan diet bagi penderita Diabetes tipe 2 Ini adalah bagian dari penatalaksanaan Diabetes Melituskeseluruhan (Waspadji, 2010).

(1) Jumlah pakan

Pramono (2011) menyatakan bahwa jumlah kalori yang selama hari terbagi yang dihabiskan penderita Diabetes 3 besar dan 3 kecil, 20% kalori saat sarapan, camilan antara sarapan dan makan siang 10% kalori makan siang, makan siang 25% Hitung kalori, makan malam 25% dari jumlah kalori dan makanan ringan 10% dari total kalori sebelum tidur. Pada laki- laki yang tingginya <160 cm atauperempuan yang tingginya 150cm, berlaku rumus Untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita Diabetes Melitus dengan memperhatikan faktor-faktor sebagai berikut

sumber: (Perkeni, 2011)

$$\text{BB ideal} = (\text{TB dalam cm} - 100) - 10\% \text{ kg}$$

$$\text{BB ideal} = (\text{TB dalam cm} - 100) - 1 \text{ kg}$$

- a. Jenis kelamin
- b. Umur
- c. Aktifitas fisik/pekerjaan
- d. Berat badan (BB)

(2) Jenis makanan

Makanan yang perlu dihindari adalah makanan yang mengandung banyak karbohidrat sederhana, makanan yang mengandung banyak kolestrol, lemak trans, dan lemak jenuh serta tinggi natrium. Makanan yang mengandung karbohidrat mudah diserap seperti sirup, gula, dan sari buah harus dihindari. Sayuran dengan kandungan karbohidrat tinggi seperti buncis, kacang panjang, wortel, daun singkong dan bayam harus dibatasi tidak boleh dalam jumlah banyak.

Buah-buahan berkalori tinggi seperti nanas, anggur, manga, sirsak, pisang, alpukat, dan sawo sebaiknya dibatasi. Sayuran yang bebas dikonsumsi adalah sayuran dengan kandungan kalori rendah seperti oyong, ketimun, labu air, labu siam, lobak, selada air, jamur kuping, dan tomat (ADA, 2010).

Makanan yang diperbolehkan adalah sumber karbohidrat kompleks, makanan serat larut air, dan makanan yang diolah dengan sedikit minyak. Penggunaan gula murni diperbolehkan hanya sebatas sebagai bumbu (Waspadji dkk, 2010).

(3) Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani dilakukan secara teratur 3-4 kali seminggu dengan durasi 30 menit. Latihan jasmani yang dianjurkan adalah bersifat aerobik (jalan kaki, sepeda santai, jogging dan berenang). Latihan jasmani disesuaikan dengan usia serta memperbanyak aktifitas aktif. Latihan jasmani berguna untuk menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin sehingga memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan Diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler.

Latihan akan menurunkan glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan (resistance training) dapat meningkatkan lean body masa dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat (resting metabolic rate). Semua efek ini sangat bermanfaat pada Diabetes karena dapat menurunkan berat bada, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kesegaran tubuh.

(4) Terapi farmakologis

Diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri atas obat oral dan bentuk suntikan.

a. Tablet atau obat hipoglikemik oral (OHO)

Merupakan obat penurunan kadar glukosa pada darah yang diresepkan oleh dokter khusus bagi penderita Diabetes. Obat penurunan glukosa darah bukanlah hormon insulin yang diberikan secara oral. OHO bekerja melalui beberapa cara untuk menurunkan kadar glukosa darah (Perkeni,2011).

b. Insulin

Insulin yang ada dipasaran saat ini adalah insulin manusia dengan tingkat kemurnian yang relative baik, yakni hasil rekayasa genetik. Insulin tersebut merupakan suatu bahan sintesis dan bukan berasal dari hewan. Insulin bekerja melalui suatu reseptor insulin yang terutama terdapat di sel hati, sel otot, dan sel lemak. Insulin bekerja memasukkan glukosa dari dalam darah ke intra sel. Sekarang dikembangkan juga cara injeksi insulin yang baru, sangat mudah dan tidak terasa sakit, serta mudah dibawa kemana-mana karena bentuknya seperti pena. Penyandang Diabetes yang mendapat insulin secara mandiri. Dokter atau perawat akan mengajarkan cara dan tempat penyuntikan yang benar.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Priscilla LeMone, dkk, (2016) penyandang DM apapun tipenya, beresiko tinggi mengalami komplikasi yang melibatkan banyak sistem tubuh yang berbeda. Perubahan kadar glukosa darah, perubahan

sistem kardiovaskuler, neuropati, peningkatan kerentanan terhadap infeksi, dan penyakit periodontal umum terjadi. Selain itu, interaksi dari beberapa komplikasi dapat menyebabkan masalah kaki. Pembahasan tiap komplikasi adalah sebagai berikut:

1. Komplikasi akut

- a. Hipoglikemia adalah keadaan dimana seseorang dengan kadar glukosa darah dibawah normal (<60 mg/dl), gejala ini ditandai dengan munculnya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, berdebar-debar, pusing, gelisah, dan penderita bisa menjadi tidak sadar disertai kejang.
- b. Hiperglikemia di definisikan sebagai kadar glukosa darah yang tinggi pada rentang non puasa sekitar 140-160 mg/ml darah. Hiperglikemia mengakibatkan pertumbuhan berbagai mikroorganisme dengan cepat seperti jamur dan bakteri. Karena mikroorganisme tersebut sangat cocok dengan daerah yang kaya glukosa. Setiap kali timbul peradangan maka akan terjadi mekanisme peningkatan darah pada jaringan yang cidera. Kondisi itulah yang membuat mikroorganisme mendapatkan peningkatan nutrisi. Kondisi ini akan mengakibatkan penderita DM mudah mengalami infeksi oleh bakteri dan jamur.
- c. Ketoasidosis Diabetik (KAD) keadaan ini disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan pada metabolisme

karbohidrat, protein dan lemak. Pada tiga gambaran klinis yang penting pada Diabetes ketoasidosis dehidrasi, kehilangan elektrolit, dan asidosis. Apabila jumlah insulin berkurang, jumlah glukosa yang memasuki sel akan berkurang pula. Disamping itu produksi glukosa oleh hati tidak menjadi tidak terkendali. Kedua factor ini akan menimbulkan hiperglikemia.

2. Komplikasi Kronik/jangka Panjang

a. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskuler pada DM terjadi akibat aterosklerotik dari pembuluh darah besar. Khususnya arteri akibat timbunan plak atheroma. Makroangiopati tidak spesifik pada DM namun dapat timbul lebih cepat, lebih sering terjadi dan lebih serius. Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar antara lain adalah pembuluh darah jantung coroner, pembuluh darah otak atau stroke, dan penyakit pembuluh darah. Hyperinsulinemia juga dikenal sebagai faktor aterogenik dan diduga berperan penting dalam timbulnya komplikasi makrovaskuler (Smeltzer, 2015)

b. Komplikasi Mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler merupakan komplikasi unik yang terjadi pada Diabetes Melitus. Penyakit mikrovaskuler diabetik (mikroangiopati) ditandai oleh penebalan membrane basalis

pembuluh kapiler. Membran basalis mengelilingi sel-sel endotel kapiler.

b. Neuropati

Diabetes neuropati adalah kerusakan saraf sebagai komplikasi serius akibat DM. komplikasi yang sering dan paling penting adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal dan biasanya mengenai kaki terlebih dahulu, lalu ke bagian tangan. Neuropati beresiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki dan amputasi. Gejala yang dirasakan adalah:

- 1) Kaki terasa terbakar
- 2) Bergetar sendiri
- 3) Lebih terasa sakit di malam hari

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk penderita Diabetes Melitus adalah sebagai berikut: (LeMone, Burke dan Bauldoff, 2019).

- 1) Pemeriksaan kadar glukosa plasma kasual ≥ 200 mg/dl. Pemeriksaan ini dilakukan sewaktu-waktu tanpa mempertimbangkan waktu makan terakhir.
- 2) Pemeriksaan kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Pemeriksaan ini dilakukan saat pasien tidak mendapatkan asupan kalori selama 8 jam.
- 3) Pemeriksaan kadar glukosa plasma dua jam ≥ 200 mg/dl selama pemeriksaan toleransi glukosa oral. Pemeriksaan ini harus dilakukan dengan muatan glukosa yang isinya setara dengan 75 gram glukosa.

- 4) Pemeriksaan hemoglobin terglikolisisasi (A1C).
- 5) Jika didapatkan hasil dengan kadar 6,5% cukup untuk menegakkan diagnosis Diabetes Melitus. Jika didapatkan hasil dengan kadar 5,7%-6,49% mengindikasikan risiko tinggi terjadinya Diabetes dan penyakit kardiovaskular dan merupakan penanda praDiabetes.
- 6) Pemeriksaan glukosa darah puasa (fasting plasma glucose).
- 7) Pemeriksaan keton dan glukosa dalam urin.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut NANDA(2015),fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data,mengorganisasika data, dan mendokumentasikan data. pengmpulan data diataranya yaitu :

1. Identitas
 - a. Identitas pasien,(Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis).
 - b. Identitas penangung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).
2. Riwayat kesehatan pasien
 - a. Keluhan/ alasan masuk rumah sakit

Cemas, lemah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kssmaul, gangguan pada pola tidur, penglihatan yang kabur, kelemahan dan sakit kepala.

b. Riwayat penyakit sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit, penyebab terjadinya penyakit serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasnya.

c. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit Diabetes mlitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitanya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas,maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang bisa digunakan oleh penderita.

d. Riwayat penyakit keluarga

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

e. Riwayat psikososial

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

3. Pola aktivitas sehari-hari

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

4. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih dan sulit kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dan lain-lain), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih.

5. Pola Makan

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah/penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

6. Personal hygiene

Menggambarkan kebersihan dan merawat diri yang mencakup, mandi, bab, bak, dan lain-lain.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Meliputi keadaan penderita tampak lemah atau pucat. Tingkat kesadaran apakah sadar, koma, disorientasi.

b. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah tinggi jika disertai hipertensi. Pernapasan reguler ataukah ireguler, adanya bunyi napas tambahan, respiration rate (RR) normal 16-20 kali/menit, pernapasan dalam atau dangkal. Denyut nadi reguler atau ireguler, adanya takikardia, denyutan kuat atau lemah. Suhu tubuh meningkat apabila terjadi infeksi.

c. Pemeriksaan Kepala dan leher

- 1) Kepala : normal, kepala tegak lurus, tulang kepala umumnya bulat dengan tonjolan frontal di bagian anterior dan oksipital di bagian posterior
- 2) Rambut : biasanya tersebar merata, tidak terlalu kering, tidak terlalu berminyak.
- 3) Mata : simetris mata, refleks pupil terhadap cahaya, terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetik.
- 4) Telinga : fungsi pendengaran mungkin menurun.
- 5) Hidung : adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman saraf hidung menurun.
- 6) Mulut : mukosa bibir kering.
- 7) Leher : tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening.

d. Pemeriksaan Dada

- 1) Pernafasan : sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung ada/tidaknya infeksi, panastesia/paralise otot

pernafasan (jika kadar kalium menurun tajam), RR > 24 x/menit, nafas berbau aseton..

2) Kardiovaskuler : takikardia/nadi menurun, perubahan TD postural, hipertensi disritmia dan krekel

e. Pemeriksaan Abdomen

Adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang meningkat.

f. Pemeriksaan Reproduksi

Rabbas vagina (jika terjadi infeksi), keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.

g. Pemeriksaan Integumen

Biasanya a terdapat lesi atau luka pada kulit yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, luka yang tidak kunjung sembuh. Adanya akral dingin, capillary refill kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.

h. Pemeriksaan Ekstremitas

Kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetic.

i. Pemeriksaan Status Mental

Biasanya penderita akan mengalami stres, menolak kenyataan, dan keputus asaan.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam Batasan wewenang perawat. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027)
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (sel kekurangan glukosa) (D.0019).
- d. Hipevolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)

- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - a. (D.0080)
 - h. Risiko infeksi (D.0142)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah serangkaian proses pengambilan keputusan. Tahapan pemecahan masalah dan prioritas, perumusan tujuan, rencana kegiatan keperawatan berbasis analitik dan penilaian untuk pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Intervensi keperawatan adalah segala sesuatu yang diurus oleh seorang perawat pada pengetahuan klinis dan penilaian untuk mencapai hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

Hasil keperawatan dapat diartikan sebagai berikut hasil akhir dari pekerjaan keperawatan, yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil untuk Pemecahan Masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang perawat harapkan sebagai respons terhadap asuhan keperawatan (PPNI, 2019).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017) (SIKI PPNI, 2017)

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Ketidakstabilan kadar Glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (D.0027) Gejala dan tanda mayor : Hiperglikemia Subjektif 1. Lelah atau lesu Objektif 1. kadar gula dalam darah tinggi/urin tinggi Gejala dan tanda minor : Hiperglikemia Subjektif 1. Mulut kering 2. Haus meningkat Objektif 1. jumlah urin meningkat	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 2. kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia I.03115 observasi 1.1 Identifikas kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 1.3 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 1.4 Monitor tanda dan gejala, hiperglikemia 1.5 Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1.6 Berikan asupan cairan Oral Edukasi 1.7 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 1.8 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 1.9 Anjurkan kepatuhan Terhadap diet dan olahraga 1.10 Anjurkan Pengelolaan Diabetes Kolaborasi 1.11 Kolaborasi pemberian insulin
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009) Gejala dan tanda mayor : Subjektif (tidak tersedia) Objektif	Setelah tindakan Keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :	Perawatan Sirkulasi I.02079 Observasi 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Gejala dan tanda minor : Subjektif 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas Objektif 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks anklebrachial <0,90 4. Bruit femoral	1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik	2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 2.4 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi 2.5 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 2.6 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient (sel kekurangan glukosa) (D.0019) Gejala dan tanda mayor : Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. berat badan menurun menurun 10% dibawah rentang ideal Gejala tanda minor : Subjektif 1. Cepat kenyang setelah makan 2. kram/nyeri abdomen 3. nafsu makan menurun Objektif 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot penguyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok Berlebihan 8. Diare	Setelah tindakan keperawatanselama 3 x 24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Berat badan membaik 2. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi I.03119 Observasi 3.1 Identifikasi status Nutrisi 3.2 Identifikasi alergi danIntoleransi makan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai 3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.5 Monitor asupan makanan 3.6 Monitor berat badan 3.7 Monitor hasil Pemeriksaan Laboratorium Terapeutik 3.8 Lakukan oral hygiene Sebelum makan 3.9 Fasilitasi menentukan pedoman diet Edukasi 3.10 Anjurkan posisi Duduk, jika mampu 3.11 Anjurkan diet yang di programkan Kolaborasi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			3.12 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
4.	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. dyspnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urinmeningkat 2. Edema menurun 3. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia I.03114</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa tanda dan gejala ihipervolemia 4.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 4.3 Monitor status hemodinamik 4.4 Monitor intake danOutput cairan 4.5 Monitor kecepatan infus secara ketat 4.6 Monitor efek samping diuretik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 Batasi asupan cairan dan garam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.8 Ajarkan cara membatasi cairan 4.9 Kolaborasi pemberian Diuretik
5.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 	<p>Perawatan Luka I.14564</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor karakteristik Luka 5.2 Monitor tanda-tanda Infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 lepaskan balutan dan Plester secara perlahan 5.4 Bersihkan dengan NaCl atau pembersih Nontoksik 5.5 Bersihkan jaringan Nekrotik 5.6 Berikan salep yang

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		3. Nyeri menurun	Sesuai 5.7 Pasang balutan sesuai Jenis luka 5.8 Jadwalkan perubahan Posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi Pasien Edukasi 5.9 Jelaskan tanda dan
6.	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi Gejala dan tanda mayor : Subjektif 1. menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 1. menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor : Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. menunjukkan perilaku yang berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi Kesehatan I.12383 Observasi 6.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 6.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 6.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6.4 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6.5 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6.6 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi Gejala dan tanda mayor : Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif 1. Tampak gelisah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi KebingunganMenurun 2. Verbalisasi Khawatir	Reduksi Ansietas I.09314 Observasi 7.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 7.2 Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 7.3 Ciptakan suasana Terpeutik untuk menumbuhkan Kepercayaan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Gejala dan tanda minor : Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Muka tampak pucat 5. Suara bergetar	terhadap kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	7.4 Pahami situasi yang membuat ansietas 7.5 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 7.6 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 7.7 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 7.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 7.9 Latih teknik relaksasi Kolaborasi 7.10 Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika Perlu
8.	Risiko infeksi (D.0142) Kategori : Lingkungan Subkategori :Keamanan dan Proteksi Faktor risiko 1. Penyakit kronis 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan 5. ketida adekuatan pertahanan tubuh primer 6. ketidakadekuatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun	Manajemen Energi I.05178 Observasi 8.1 Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 8.2 Batasi jumlah pengunjung 8.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 8.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8.5 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh pemberi asuhan untuk implementasi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang timbul menjadi sehat yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses implementasi perawatan harus fokus pada kebutuhan pasien, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implementasi perawatan dan fungsi komunikasi (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Asuhan pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 dengan gula darah tidak

stabil berdasarkan intervensi utama dan tindakan penunjang sesuai standar intervensi asuhan Indonesia yaitu sebagai ukuran utama kontrol hiperglikemik. Edukasi gizi, edukasi pengobatan dan edukasi tindakan sebagai tindakan penunjang (PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam rangkaian proses asuhan keperawatan, berguna untuk menilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau memerlukan pendekatan yang berbeda (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria luaran yang tercantum dalam fase perencanaan. Menurut Hidayat (2021), evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi:

a. Evaluasi formatif:

Hasil observasi keperawatan dan analisis tindakan segera selama dan setelah pekerjaan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif:

Rangkuman dan kesimpulan dari temuan dan analisis status kesehatan selama tujuan dicatat dalam catatan perkembangan. Komponen format yang sering digunakan dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP yang terdiri dari: (Budiono, 2016).

S: Artinya subjektif, menunjukkan informasi subjektif, yaitu Informasi diperoleh dari pernyataan atau keluhan pasien setelah tindakan medis.

Penderita Diabetes tipe 2 dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil diharapkan mampu melakukan hal tersebut dan tidak mengeluh lelah atau lesu.

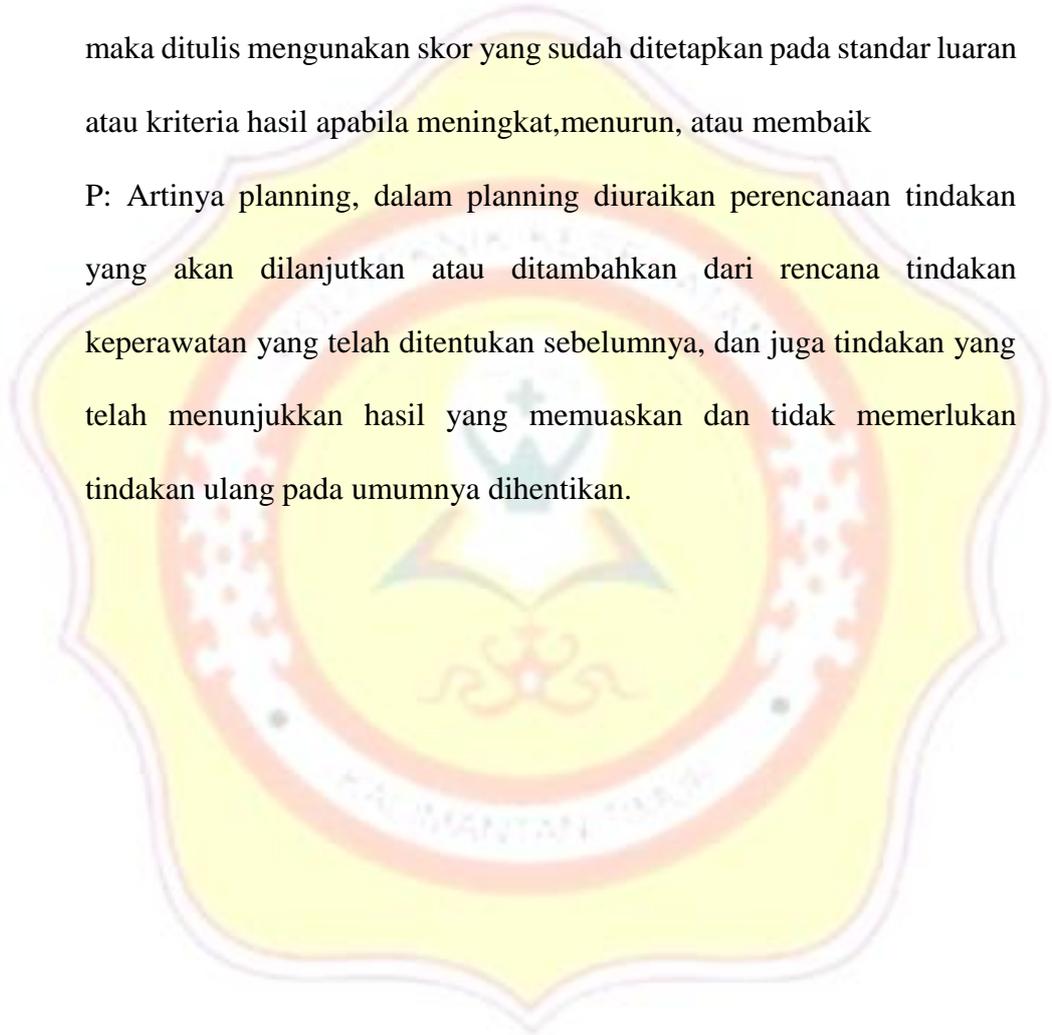
O: Artinya objektif, menunjukkan informasi subjektif, yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien setelah tindakan medis. Penderita Diabetes tipe 2 dengan kadar glukosa darah yang tidak stabil diharapkan mampu melakukan hal tersebut dan tidak mengeluh lelah atau lesu.

- 1) Lelah atau lesu menurun.
- 2) Kadar glukosa dalam darah membaik.
- 3) Mulut kering menurun.
- 4) Rasa haus menurun.

5) Jumlah urine membaik.

A: Artinya Analisis, Interpretasi informasi subjektif dan objektif. Analisis ditulis dalam bentuk masalah yang dihadapi atau diagnosis keperawatan. Evaluasi hasil yang ditulis dalam analisis dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu untuk mengukur skala analisa sudah tercapai, maka ditulis menggunakan skor yang sudah ditetapkan pada standar luaran atau kriteria hasil apabila meningkat, menurun, atau membaik

P: Artinya planning, dalam planning diuraikan perencanaan tindakan yang akan dilanjutkan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, dan juga tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplor masalah asuhan keperawatan pasien dengan Diabetes Melitus tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun pendekatan yang digunakan pada saat penelitian adalah dengan Asuhan Keperawatan.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosis Diabetes Melitus tipe II sebanyak dua responden yang dirawat di RSUD Abdul Wahap Sjahranie. Adapun subjek yang akan diteliti dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Pasien dengan umur 30-60 tahun
- 2) Pasien dengan masa perawatan minimal 3 hari
- 3) Terdiagnosis Diabetes Melitus tipe 2

3.3 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien secara langsung, diberikan dengan berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dan berkesinambungan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan (UU No. 38, 2014 ; Tentang Keperawatan).

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang memerlukan pengelolaan berkelanjutan khususnya dalam pengendalian kadar glukosa untuk mencegah atau memperlambat terjadinya komplikasi. Diabetes Melitus merupakan suatu hal baru bagi masyarakat Indonesia.

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda selama 3-6 hari perawatan yang dilakukan pada tanggal 2 Mei 2023

3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan Teknik Wawancara, Observasi, dan pemeriksaan fisik, serta dokumentasi

1) Wawancara

Wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden, misalnya mengenai biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat kesehatan keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2) Pengamatan (Observasi)

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indra seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan dan cinta rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris (Hasanah, 2016). selama

metode observasi berlangsung perawat melibatkan semua panca indra baik untuk melihat atau mendengar apa yang dikatakan pasien.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien, pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien

4) Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan penilaian tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan. Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien.

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.6 Keabsahan Data

Sumber data yang diperoleh secara langsung dari klien dengan penyakit Diabetes Melitus, sehingga didapat data yang valid. Selanjutnya dilakukan

observasi untuk mengetahui kecocokan apakah data yang diberikan lansia sesuai dengan data hasil observasi yang dilakukan oleh penulis.

3.7 Analisis Data

Setelah pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Analisis data dilakukan sejak peneliti dilahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Intervensi dilakukan dengan membandingkan dua pasien yang memiliki keluhan dan diberikan perencanaan yang sama. kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan peneliti.

Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat psuatu situasi atau kejadian. sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indra (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambar lokasi penelitian

Penulisan ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Sidodadi Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 1974 dikenal dengan Rumah sakit umum segiri. Pada 12 November 1977 diresmikan oleh Gubernur Kalimantan Timur yaitu Bapak H.A Wahab Sjahranie untuk pelayanan rawat jalan. Pada 12 Juli 1984, seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan dari rumah sakit lama (Selili) ke lokasi rumah sakit baru yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia. Pada tahun 1987 nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan.

Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Rawat Jalan , Instalasi Rawat Inap (976 tempat tidur), Laboratorium, Radiologi, Radioterapi, Instalasi Penunjang Medik, Farmasi, Hemodialisa, Rehabilitasi Medik, Intensive Care Unit, Kamar Operasi, Stroke Center. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Ruang Flamboyan dari tanggal 02 – 06 mei 2022 Ruang Flamboyan terdiri dari 2 tim yaitu tim 1 dari kamar 1 – 11 tambahan ruang 27 dan tim 2 dari kamar 14 – 47 26 masing - masing kamar terdapat 1 pasien dan 1 toilet, 1 ruang edukasi,1 ruang obat, 1 ruang perawat, 1 ruang kepala ruangan,1 ruang mahasiswa, 1 ruang alat

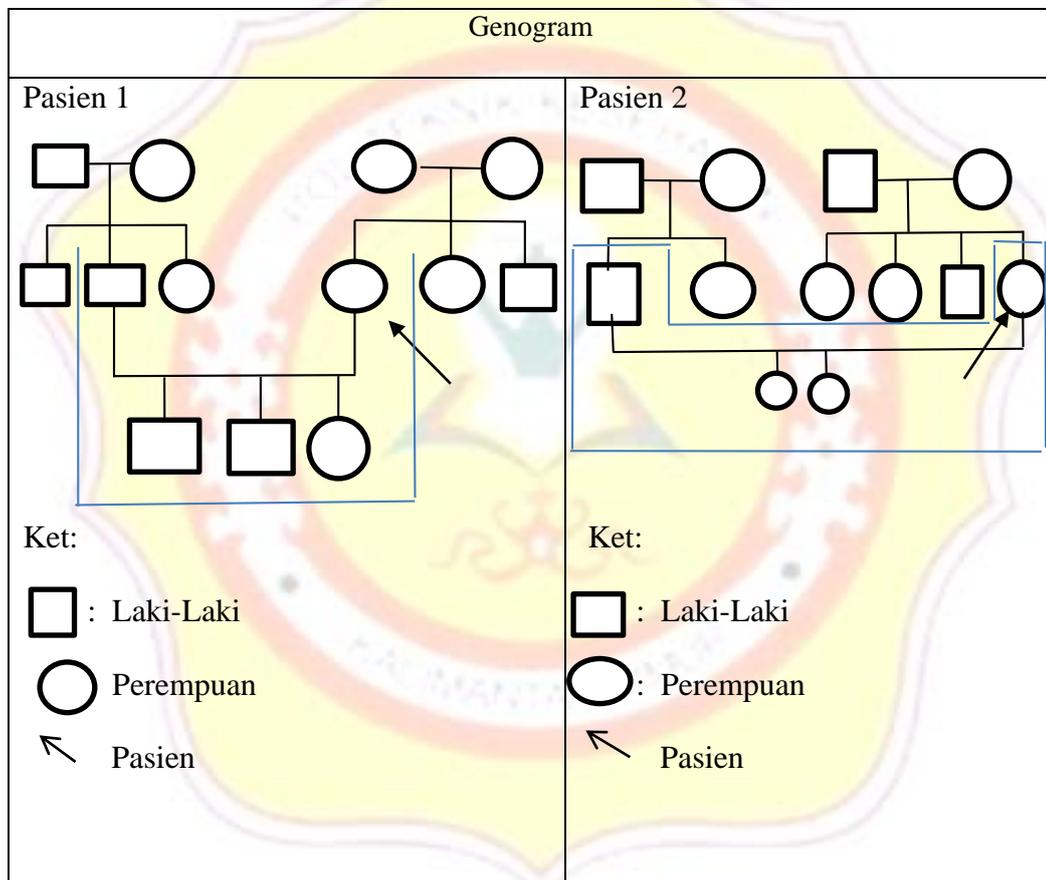
4.1.2 Data asuhan keperawatan

A. Pengkajian

Table 4.1 Pengkajian keperawatan pasien 1 (Ny.N) Pasien 2 (Ny.M)

NO.	Data Anamnesis	Pasien 1 Ny.N	Pasien 2 Ny.M
1.	Identitas pasien	Pasien bernama Ny.N berjenis kelamin perempuan dengan tanggal lahir 05 Agustus 1968 dengan usia 54 tahun, bersuku Jawa dan pasien beragama Islam, pendidikan terakhir SD, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan beralamat di Jln Kemakmuran 43 pasien dirawat selama 4 hari, pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Mei 2023, No Register 01.90.30.xx	Pasien bernama Ny. M berjenis kelamin perempuan dengan tanggal lahir 30 Juli 1970 dengan usia 52 tahun, bersuku Banjar dan pasien beragama Islam, pendidikan terakhir S1, Pasien bekerja sebagai PNS, dan beralamat di Jln Sempaja, pasien dirawat selama 3 hari pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2023, No Register 62.95.49.xx
2.	Keluhan Utama	Pasien mengeluh lemas dan nyeri pada kaki kanan	Pasien mengeluh sesak nafas
3.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada tanggal 30 April 2023 pukul 10.00 merasa ngeluh karena kaki bengkak dan terasa nyeri dan ketika dikaji pasien mengatakan 2 minggu lalu tertusuk kayu dikaki kanan, pasien mengatakan sering merasa haus, dan sering buang kencing di malam hari. Pasien kooperatif dengan tanda-tanda vital : TD : 135/70 mmHg, Nadi: 80x/menit Suhu Tubuh: 36,5	Pasien datang ke IGD pada tanggal 28 April 2023 pukul 03.00 pasien mengeluh sesak nafas dan tubuh bengkak ditangan dan kaki, pasien mengatakan kaki kiri sulit digerakan dan nyeri ditangan kiri dengan skala nyeri 3. pasien mengatakan sering merasa haus, dan malas makan serta sering kencing pada malam hari. Pasien kooperatif dengan Tanda-tanda vital : TD : 150/70 Nadi : 85 x/menit

			Suhu : 36
4.	Riwayat Penyakit Dahulu	Tidak ada	Tidak ada
5.	Riwayat penyakit keluarga	Tidak ada	Pasien mengatakan keluarganya menderita penyakit hipertensi



Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik pada Pasien 1 dan Pasien 2 dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
Kesadaran Umum	Posisi pasien semi-fowler, terpasang infus, keadaan umum sedang	Posisi pasien saat ini semifowler, terpasang infus venflon, syringe pump, DC kateter ukuran 18 dan oksigen nasal kanul 5 lpm, keadaan umum sedang
Kesadaran	Compos Mentis E4M6V5	Compos Mentis E4M6V5
Tanda-Tanda Vital	TD : 135/70 mmhg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,5 RR : 19x/menit	TD : 150/70 mmhg Nadi : 85 x/menit Suhu : 36 RR : 28 x/menit
Kenyamanan/ nyeri	Pasien mengeluh nyeri pada bagian kaki kanan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 3 dan terus menerus	pasien mengeluh nyeri pada tangan kiri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 3 dan terus menerus
Status Fungsional Barthel Index	Total skor : 10 Dengan tingkat ketergantungan sedang	Total skor : 9 Dengan kategori tingkat ketergantungan sedang
Pemeriksaan Fisik kepala	<p>Kepala: Kulit kepala bersih tidak ada lesi, penyebaran merata, warna rambut hitam, rambut rontik tidak bercabang, warna rambut sedikit kusam dan tidak ada kelainan</p> <p>Mata : mata lengkap dan simetris, sklera tidak ikterik, kongjuntiva anemis, palpebra tidak edema, kornea keruh, refleksi cahaya positif, pupil isokor, tidak ada kelainan</p> <p>Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga mulut dan lidah: warna bibir pasien merah muda, gusi tidak ada lesi, keadaan lidah bersih</p>	<p>Kepala: Kulit kepala bersih tidak ada lesi, penyebaran merata, warna rambut hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang rambut sedikit kusam dan tidak ada kelainan</p> <p>Mata : Mata lengkap dan simetris, sklera tidak ikterik, kongjuntiva anemis, kornea keruh, refleksi cahaya positif, pupil isokor, tidak ada kelainan</p> <p>Hidung: Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi seputum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga mulut dan lidah: Warna bibir pasien merah muda gusi tidak ada lesi bersih berwarna pink pucat,</p>

	<p>berwarna pink pucat, dan tidak ada peradangan.</p> <p>Telinga: bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik Leher: kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah, teraba denyutan nadi karotis</p>	<p>dan tidak ada peradangan.</p> <p>Telinga: bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik Leher: kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah, teraba denyutan nadi karotis</p>
Pemeriksaan Thorax	<p>Tidak terdapat sesak atau nyeri pada saat bernapas, batuk tidak produktif</p> <p>Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi 18 x/menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan dan tidak ada penggunaan WSD Palpasi: vocal premitus, getaran paru kanan dan kiri sama Perkusi: terdengar suara sonor</p> <p>Auskultasi: Pada saat melakukan auskultasi Terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara</p>	<p>Terdapat sesak saat bernapas, batuk tidak produktif</p> <p>Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi 25 x/menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan ada dan tidak ada penggunaan WSD Palpasi: vocal premitus, getaran paru kanan dan kiri sama Perkusi: terdengar suara sonor</p> <p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara</p>
Pemeriksaan jantung	<p>Inspeksi: pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi, CRT >2 detik, tidak ada sianosis, tidak ada jari tabuh</p> <p>Perkusi: perkusi batas jantung berada di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sterna kanan</p>	<p>Inspeksi: pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi, CRT >2 detik, tidak ada sianosis, tidak ada jari tabuh</p> <p>Perkusi: perkusi batas jantung berada di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks</p>

	<p>Auskultasi: saat melakukan auskultasi bunyi jantung I bunyi tunggal, irama reguler, terdengar keras dan bunyi jantung II saat diauskultasi terdengar bunyi tunggal, irama reguler, terdengar keras, tidak ada bunyi jantung tambahan</p>	<p>jantung berada di ICS IV line sterna kanan</p> <p>Auskultasi: saat melakukan auskultasi bunyi jantung I bunyi tunggal, irama reguler, terdengar keras dan bunyi jantung II saat diauskultasi terdengar bunyi tunggal, irama reguler, terdengar keras, tidak ada bunyi jantung tambahan</p>
<p>Pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi</p>	<p>Berat badan 57 kg, tinggi badan 160 cm, IMT: 22 Kg/m³ (kategori normal). Pasien tidak mengalami penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. Jenis diet pasien adalah bubur, Pasien buang air besar terakhir tanggal 01 Mei 2023 dengan konsistensi feses lunak</p> <p>Pemeriksaan abdomen: Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa pada abdomen, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, dan tidak ada luka operasi</p> <p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus : 15 x/menit</p> <p>Palpasi : pada saat melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan/masa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</p> <p>Perkusi: nyeri ketuk ginjal tidak ada</p>	<p>Berat badan 70 kg, tinggi badan 174 cm, IMT: 23 Kg/m³ (kategori normal). Pasien tidak mengalami penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. Jenis diet pasien adalah bubur, Pasien buang air besar terakhir tanggal 03 Mei 2023 dengan konsistensi feses lunak</p> <p>Pemeriksaan abdomen: Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa pada abdomen, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, dan tidak ada luka operasi</p> <p>Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus: 16 x/menit</p> <p>Palpasi : pada saat melakukan palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan/masa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal</p> <p>Perkusi: nyeri ketuk ginjal tidak ada</p>
<p>Pemeriksaan sistem</p>	<p>Pasien dapat berkomunikasi</p>	<p>Pasien dapat</p>

<p>persyarafan</p>	<p>dengan baik, Memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognis baik, orientasi(orang,tempat, waktu) baik,saraf sensori (nyeri tusuk, suhu,sentuhan)baik,saraf kondisi baik.</p> <p>Refleks fisiologi: patella (2) normal reflak achilles (2) normal reflek bisep (2) normal reflek trisep (2) normal reflekbrankioradialis(2) normal.</p> <p>Tidak ada keluhan pusing, istirahat 7-8jam/hari, gangguan tidur tidak ada.</p> <p>Pemeriksaan saraf kranial N1 : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih N2 : Pasien dapat membaca dan dapat melihat orang yang berjarak 30 cm N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata N4 : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke atas N5:Pasien mampu mengunyah N6:pasien dapat mengerjakan mata kesamping kanan dan kiri N7 : Pasien dapat merasakan makanan asin manis dan pahit N8 : Pasien dapat mendengar suara N9 :Pasien dapat menelan dengan baik N10 : Pasien dapat berbicara dengan baik N11 :pasien dapat mengerjakan kepala N12 :pasien dapat menjulrkan lidah kana dan kiri</p>	<p>berkomunikasi dengan baik, Memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, kognis baik, orientasi(orang,tempat, waktu) baik,saraf sensori (nyeri tusuk, suhu,sentuhan)baik,saraf kondisi baik.</p> <p>Refleks fisiologi: patella (2) normal reflak achilles (2) normal reflek bisep (2) normal reflek trisep (2) normal reflekbrankioradialis(2) normal.</p> <p>Tidak ada keluhan pusing, istirahat7-8jam/hari, gangguan tidur tidak ada.</p> <p>Pemeriksaan saraf kranial N1 : Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih N2 : Pasien dapat membaca dan dapat melihat orang yang berjarak 30 cm N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata N4 : Pasien dapat melihat ke bawah dan ke atas N5:Pasien mampu mengunyah N6:pasien dapat mengerjakan mata kesamping kanan dan kiri N7 : Pasien dapat merasakan makanan asin manis dan pahit N8 : Pasien dapat mendengar suara N9 :Pasien dapat menelan dengan baik N10 : Pasien dapat berbicara dengan baik N11 :pasien dapat mengerjakan kepala N12 :pasien dapat menjulrkan lidah kana dan kiri</p>
--------------------	---	--

Pemeriksaan sistem perkemihan	Kebersihan : bersih Keluhan kencing :tidak ada Kemampuan berkemih: menggunakan alat bantu - Jenis : pampers - Ukuran : L - Hari ke : 7 - Produksi urine : +1200 ml/hari - Warna : kuning, bau khas urine - Tidak ada distensi kandung kemih - Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemi	Kebersihan : bersih Keluhan kencing :tidak ada Kemampuan berkemih: menggunakan alat bantu - Jenis : Folley Cateter - Ukuran : 18 - Hari ke : 9 - Produksi urine : +200 ml/hari - Warna : kuning, bau khas urine - Tidak ada distensi kandung kemih - Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemi												
Balance cairan	- Selasa, 02 Mei 2023 Intake : 976 Output : 671 BC : + 305 - Rabu, 03 Mei 2023 Intake : 1155 Ouput : 771 BC : +384 - Kamis, 4 Mei 2023 Intake : 1165 Output : 771 BC : +394	- Selasa, 02 Mei 2023 Intake : 1650 Output : 757 BC : +893 - Rabu, 03 Mei 2023 Intake : 1570 Ouput :6877 BC : +693 - Kamis, 4 Mei 2023 Intake : 1140 Output : 678 BC : + 462												
PemeriksaanSistem Muskuloskeletal dan Integumen	- Pergerakan sendi terbatas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">x</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> - Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang spalk/traksi/gips, tidak ada kompartemen syndrome, tidak ada luka - Turgor kulit baik -Tidak terdapat edema ekstremitas -Perawatan luka setiap 3 hari sekali	5	5			x	5	- Pergerakan sendi bebas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> - Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak terpasang spalk/traksi/gips, tidak ada kompartemen syndrome, tidak ada luka - Turgor kulit baik - Tidak terdapat luka -Terdapat edema pada ekstremitas dengan piting edema:Ekstremitas atas RU : +2 RL : +2 LU : +2	4	4			4	4
5	5													
x	5													
4	4													
4	4													

		LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +2 RL : +2 LU : +2 LL : +2
Pemeriksaan sistem endokrin	Pada pemeriksaan endokrin Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid Tidak ada pembesaran kelenjar getah benin, GDS: 300 mg/dl Tidak terdapat luka gangrene	Pada pemeriksaan endokrin Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid Tidak ada pembesaran kelenjar getah benin, GDS: 297mg/dl Tidak terdapat luka gangren
Seksualitas dan reproduksi	Tidak ada benjolan pada payudara dan tidak Prolaps Uteri	Tidak ada benjolan pada payudara, dan tidak adaprolaps uteri
Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian resiko pasien jatuh dengan skala morse 10 kategori tidak ada resiko	Total skor penilaian resiko pasien jatuh dengan skala morse 25 kategori tidak ada resiko rendah
Pengkajian Psikososial	Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif. Tidak mengalami gangguan konsep diri.	Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah cobaan tuhan. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif. Tidak mengalami gangguan konsep diri.
Pengkajian Spiritual	Sebelum sakit pasien sering beribadah. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang dan pasien hanya berdzikir	Sebelum sakit pasien sering beribadah. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang-kadang dan pasien hanya berdzikir
Personal Hygiene	Mandi 2x sehari (seka). Keramas 3 hari sekali. Memotong kuku setiap 2 minggu sekali. Ganti pakaian sekali sehari	Mandi 2x sehari (seka). Keramas 3 hari sekali. Memotong kuku setiap 2 minggu sekali. Ganti pakaian sekali sehari
Pemeriksaan penunjang	Hasil lab (tgl 03/05/2023) Leukosit: 15.77 10 ³ /ul Eritrosit: 3.18 10 ³ /ul Hemoglobin: 9.0 g/dl Hemakrit: 27.4 %	Hasil lab (tgl 02/05/2023) albumin: 1.9 g/dL Hasil lab (tgl 18/05/2022) Ureum: 107.8mg/dL Kreatinin: 3.2 mg/dl
Penatalaksanaan Terapi Farmakologis	1) Santagesik 2x1 2) Ceftriaxon 1 mg 3) Vit C 3x4 Metmorfin 3x500 mg	1) Furosemid 40 mg dalam spuit 40 cc melalui syringe pump (4 cc/jam) 2) Novorapid 10cc iu

		(insulin) 3) Amoldipin 1 x 5 mg 4) Spirola 2x25 mg (tablet)
--	--	---

Tabel 4.3 laporan pemeriksaan gula darah pasien pada pasien 1 Ny.N

NO	Tanggal	Jam	Hasil
	Selasa 02, Mei 2023	07:00	300 mg/dl
		15:00	275 mg/dl
		22:00	290 mg/dl
	Rabu 03, Mei 2023	07:00	200 mg/dl
		15:00	250 mg/dl
		22:00	280 mg/dl
	Kamis 04, 2023	07:00	179mg/dl
		15:00	200 mg/dl
		22:00	180 mg/dl

Tabel 4.4 laporan pemeriksaan gula darah pada pasien 2 Ny. M

No	Tanggal	Jam	Hasil
	Rabu 03, Mei 2023	07.00	297 mg/dl
		15.00	188 mg/dl
		22.00	200 mg/dl
	Kamis 04, Mei 2023	07.00	179 mg/dl
		15.00	183 mg/dl
		22.00	208 mg/dl
	Jumat 05, Mei 2023	07.00	254 mg/dl
		15.00	188mg/dl
		22.00	198mg/dl

2) . Diagnosis Keperawatan

Tabel 2.5 Diagnosis keperawatan pada pasien I dan Pasien II dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pasien 1(Ny.N)			Pasien 2 (Ny.M)	
NO	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan
1.	Kamis 04, Mei 2023	<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengeluh lelah dan lesu</p> <p>b. Pasien mengeluh haus terus-menerus</p> <p>c. Pasien mengatakan sebelum dirawat di RS sering buang air kecil pada malam hari</p> <p>d. Pasien mengatakan tidak tahu jika menderita DM</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Kadar glukosa darah 300mg/dL</p> <p>b. Kulit pasien terlihat kering</p>	Kamis 04, Mei 2023	<p>(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengeluh lelah dan lesu</p> <p>b. Pasien mengeluh haus terus menerus</p> <p>c. Pasien mengatakan sering merasa lapar</p> <p>d. Pasien mengatakan sering buang air kecil pada malam hari</p> <p>e. Pasien mengatakan menderita DM sejak 2020</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Kadar glukosa darah 297 mg/dL</p>
2.	Kamis 04, Mei 2023	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a. P : luka post op</p> <p>b. Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>c. R : kaki kanan</p> <p>d. S : skala 3</p> <p>e. T : hilang timbul</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Pasien terlihat gelisah</p> <p>c. Pasien terlihat memegang daerah yang terasa sakit</p>	Kamis 04, Mei 2023	<p>(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengeluh sesak napas</p> <p>b. Ekstremitas atas</p> <p>RU : +2</p> <p>RL : +2</p> <p>LU : +2</p> <p>LL : +2 □</p> <p>Ekstremitas bawah</p> <p>RU : +2</p> <p>RL : +2</p> <p>LU : +2</p> <p>LL : +2</p> <p>a. Balance cairan +757</p> <p>b. BB pasien meningkat ± 4</p>

Pasien 1 (Ny.N)			Pasien 2 (Ny.M)	
NO	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan
				kg selama dirawat di rumah sakit
3,	Kamis 04,Mei 2023	(D.01229)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer Data Subjektif - pasien mengeluh nyeri Data Objektif a. Terdapat luka post op amputasi below knee hari ke 1 pada kaki kanan b. Leukosit 15.77	Kamis 04,Mei 2023	(D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya pernafasan Data Subjektif a. Pasien mengeluh sesak napas sejak 4 hari yang lalu Data Objektif a. Pola napas dispnea b.Frekuensi napas 25x/menit c. Menggunakan oksigen nasal kanul 4 lpm d.SpO2 99%
4.	Kamis 04, Mei 2023	(D.0080)Ansientas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri Data Subjektif a. Pasien mengatakan merasa khawatir terhadap penyakit yang diderita sekarang b. Pasien mengatakan takut tidak bisa beraktifitas seperti biasa lagi Data Objektif a. Pasien terlihat gelisah b. Pasien terlihat murung c. Skala HARS 17 Tanda-tandaVital TD : 135/70 mmHg Nadi : 86 x/menit RR : 19 x/menit Suhu : 36.5°C	Kamis 04, Mei 2023	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap Konsep diri Data Subjektif a. Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan takut penyakitnya akan semakin bertambah buruk Data Objektif a. Pasien terlihat gelisah b. b. Pasien terlihat murung c. Skala HARS 18 Tanda-tanda TD : 150/70 mmHg Nadi : 85x/menit RR : 25x/menit Suhu : 36°C
5.	Kamis 04, Mei 2023	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Data Subjektif a. pasien mengatakan terdapat luka tertusuk	Kamis 04, Mei 2023	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal Data Subjektif a. Pasien mengatakan sulit untuk bergerak Data Objektif

Pasien 1 (Ny.N)			Pasien 2 (Ny.M)	
NO	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan
		<p>kayu dikaki kanan yang membuat sulit untuk berjalan</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat selama di RS</p> <p>b. Pasien menggunakan diapers</p> <p>c. untuk kebutuhan toilet menggunakan diapers d.</p> <p>Skor barthel indeks 10</p> <p>d. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline X & 5 \end{array}$		<p>a. Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat selama di RS</p> <p>b.Pasien menggunakan catheter</p> <p>c. Pasien menggunakan diapers</p> <p>d.Pasien untuk kebutuhan toilet menggunakan diapers</p> <p>e. Skor barthel indeks 9</p> <p>f. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{r l} 4 & 4 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$
		<p>D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak tahu jika menderita DM</p> <p>b. Pasien bertanya mengenai kondisi penyakitnya</p> <p>c. Pasien mengatakan kurang paham mengenai penyakit DM yang diderita</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Pasien terlihat bingung saat ditanya</p> <p>b. Pasien terlihat tidak tenang</p>		

3) . Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan pada Pasien I dan Pasien II dengan Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Kamis,04 Mei 2023 (Pasien 1 dan pasien 2)	(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah atau lesu menurun 2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa dalam darah menurun	(I.03115)Manajemen Hiperglikemia Observasi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Terapeutik 1.4 Berikan asupan cairan oral Edukasi 1.5 Anjurkan monitor kadar glukosa secara mandiri 1.6 Ajarkan pengelolaan Diabetes kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
2.	Kamis,04 Mei 2023 (Pasien 1 dan pasien 2)	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	(I.08238) Manajemen Nyeri Observasi 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri Terapeutik 2.3 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2.4 Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 2.5 Ajarkan teknik non

No	Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 2.6 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Kamis,04 Mei 2023 (pasien 2)	(D.0022)Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanise regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan menurun 2. Haluruan urin meningkat 3. Edema menurun 4. Tekanan darah membaik	(I.03114)Manajemen Hipervolemia Observasi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia Edukasi 3.3 Anjurkan cara membatasi cairan Kolaborasi 3.4 Pemberian diuretik berupa furosemide, jika perlu
4.	Kamis,04 Mei 2023 (Pasien 1)	(D.01229) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1.Kerusakan jaringan meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun	(I.) 11353) Perawatan luka 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 4.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.3 Bersihkan dengan NaCL 4.4 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.5 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi 4.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi 4.7 kolaborasi pemberian antibiotik
5.	Kamis,04 Mei 2023 (pasien 2)	(D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka	(I.010111) Manajemen Jalan Napas Observasi

No	Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		hambatan upaya pernafasan	diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Frekuensi napas membaik	5.1 Monitor pola napas 5.2 Monitor bunyi napas tambahan Terapeutik 5.3 Posisikan semi-fowler atau fowler 5.4 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 5.5 Anjurkan asupan cairan 2000/ml hari, jika perlu Kolaborasi 5.6 kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektoran, mukolitik, jika perlu
6.	Kamis,04 Mei 2023 (Pasien 1 dan pasien 2)	(D.0080)Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Frekuensi pernafasan membaik 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik	(I.09314) Reduksi Ansietas Observasi 6.1 Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 6.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menmbuhkan kepercayaan 6.3 Dengarkan dengan penuh perhatian Edukasi 6.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 6.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6.6 Latih teknik relaksasi
7.	Kamis,04 Mei 2023 (Pasien 1 dan pasien 2)	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan ke toilet	(I.11348) Dukungan perawatan diri Observasi 7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan

No	Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			(BAK/BAB) meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	makan Terapeutik 7.2 Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana yang rileks dan menjaga privasi) 7.3 Siapkan alat keperluan pribadi 7.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai Edukasi 7.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
8.	Kamis, 04 Mei 2023 (Pasien 1)	(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	(I.12383) Edukasi Kesehatan Observasi 8.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 8.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 8.3 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 8.4 Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan

4) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan pada Pasien I (Ny.S) dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan
Selasa 02, Mei 2023 08. 00	2.1 Menanyakan , karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada pasien	P: luka arna tertusuk kayu Q : seperti ditusuk-tusuk R : kaki kiri S : skala 3 T : hilang timbul	
08. 20	7.4 Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai selesai	Pasien merasa segar setelah diseka	
08. 30	2.5 Mengajarkan teknik tarik nafas dalam	Pasien mengerti cara teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri	
09. 15	2.6Memberikan analgetik, (santagesik dengan rute pemberian vemplon dan dosis 2x1) kepda pasien	Pasien mengatakan nyeri berkurang	
09. 50	1.5 mengedukasi pasien tentang pengelolaan diabetes	Pasien mengatakan paham tentang Diabetes	
10. 15	4.1 Memeriksa tanda-tanda infeksi	Area sekitar luka masih terlihat kemerahan dan belum mengerig	
10. 30	4.2 & 4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan kemudian bersihkan menggunakan NaCL	Luka pasien sudah terlihat bersih dan perban sudah diganti	
11. 15	4.4 & 4.5 Memasang balutan sesuai jenis luka dan mempertahankan tektik steril saat melakukan perawatan luka	Balutan yang dipasang sudah sesuai dan melakukan teknik steril	
12. 00	2.3 Menaruh bantal dibawah kaki pasien	Pasien merasa nyaman	

Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan
14.00	2.4 Membrikan selimut kepada pasien	Pasie merasa nyaman untuk istirahat dan tidur 7- 8 jam/hari Pasien tampak tenang	
14.15	1.2 Dan 1.3 Melakukan pemeriksaan glukosa darah	GDS pukul 07.00 : 300 mg/dL GDS pukul 15.00: 275 mg/dL	
15.30	6.3 Mendengarkan dengan penuh perhatian 6.4 & 6.6 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dan latih teknik relaksasi	Pasien nampak menceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang diderita Pasien tampak ditemani oleh keluarga dan pasien memahami teknik relaksasi	
16.10			
Rabu 03, Mei 2023 08.20	3.1 Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	P : luka post op Q : seperti ditusuk-tusuk R : kaki kiri S : skala 2 T : hilang timbul	
08.30	7.1 mengidentifikasi kebutuhan kebersihan pasien	Pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas sendiri	
08.50	2.6 Memberikan analgetik, (santagesik dengan rute pemberian vemplon dan dosis 2x1)	Pasien mengatakan nyeri berkurang	
09.07	2.5 Mengajarkan teknik nafas dalam mengurangi rasa nyeri	Pasien mengerti cara teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri	
09.10	4.2 & 4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan kemudian bersihkan menggunakan NaCL	Luka pasien sudah terlihat bersih dan perban sudah diganti	
10.15	2.4 Membrikan selimut kepada pasien	Pasie mengatakan istirahat dan tidur 7- 8 jam/hari Pasien tampak tenang	
10.40	1.4 Menaruh bantal dibawah kaki pasien	Pasien merasa nyaman	
12.20	3.2 Dan 3.4 melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah 3.3	GDS pukul 07.00 : 200mg/dL GDS pukul 15.00 : 250 mg/dL	

14.00	1.3 Mengedukasi pengelolaan diabetes	Pasien mengatakan memahami tentang diabetes	
14.15	6.2 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Pasien terlihat nyaman saat berkomunikasi	
14.50	6.3 Mendengarkan dengan penuh perhatian	Pasien nampak menceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang diderita	
15.15	6.4 & 6.6 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dan latih teknik relaksasi	Pasien tampak ditemani oleh keluarga dan pasien memahami teknik relaksasi	
Kamis 04, Mei 2023			
08.15	7.4 Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai selesai	Menyeka pasien dipagi hari	
08.30	1.5 Memberikan teknik untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien mengerti cara teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri	
09.00	1.4 Memberikan analgetik, (santagesik dengan rute pemberian vemplon dan dosis 2x1)	Pasien mengatakan nyeri berkurang	
09.15	4.1 Melakukan monitor tanda-tanda infeksi	Area sekitar luka masih terlihat kemerahan dan belum mengerig	
09.30	4.4 & 4.5 Memasang balutan sesuai jenis luka dan mempertahankan tektik steril saat melakukan perawatan luka	Pasien memahami tanda dan gejala infeksi dan cara mencuci tangan dengan benar	
09.45	1.5 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan terasa gatal pada bagian luka yang tertusuk kayu hari ke 3	
10.30	2.4 Membrikan selimut kepada pasien	Pasie merasa nyaman mengatakan istirahat dan tidur 7-8 jam/hari	
10.40	Melakukan monitor kadar glukosa darah	Pasien tampak tenang GDS pukul 07.00 : 179mg/dL	
10.50	1.2 Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengatakan sering merasa lesu, dan sering merasa haus	
11.30	8.2 Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien	Pasien bisa mengulang apa yang sudah dijelaskan	

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan pada Pasien II (Ny.S) dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan
Selasa 02, Mei 2023 08. 10	5.2 Mengukur saturasi oksigen pasien	Pasien mengatakan sesak napas	
08. 30	5.3 Membantu dudukan pasien ke posisi semi-fowler	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi-fowler atau posisi setengah duduk	
09. 00	5.4 Memberikan oksigen nasal kanul 4 lpm	Pasien mengatakan nafasnya terasa lega setelah diberikan oksigen	
09. 15	1. Menanyakan kepada pasien apa yang menyebabkan gula darahnya tinggi	Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis	
09. 20	6.4 & 6.6 Mengajarkan kepada pasien untuk teknik relaksasi nafas dalam	pasien mengatakan paham teknik relaksasi	
10. 15	1.2 Melakukan pemeriksaan GDS	GDS 07.00: 297mg/dl	
11. 20	3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Kedalaman edema : +2 Edema kembali dalam 4 detik	
11. 40	3.2 Mengajarkan cara membatasi cairan	Pasien mengatakan paham cara membatasi cairan	
11. 45	6.2 Menanyakan kepada pasien apakah pasien merasa cemas	Pasien mengatakan merasa khawatir terhadap penyakit yang dialami	
13. 00	6.3 & 6.4 Mendengarkan dan berbicara padapasiendengan penuh perhatian	Pasien terlihat nyaman saat berkomunikasi Pasien menceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang diderita	

Rabu 03, Mei 2023 08.00	1.1 Melakukan identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis	
08.30	7.4 Membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sampai selesai (menyeka)	Menyeka pasien dipagi hari	
09.00	5.1 Melakukan monitor pola napas	Pasien mengatakan sesak napas	
09.15	5.3 Memberikan posisi semifowler	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi-fowler	
09.35	5.4 Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm	Hari ke 2 perawatan nasal kanul dihentikan, RR = 21 x/menit	
10.00	6.1 & 6.6 mengajarkan pasien teknik relaksasi	Pasien mengatakan paham teknik relaksasi	
10.15	1.2 Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengatakan merasa sering merasa haus	
10.45	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Kedalaman edema : +2 Edema kembali dalam 4 detik	
11.30	2.6 Menganjurkan cara membatasi cairan	Pasien mengatakan paham cara membatasi cairan	
11.20	1.4 Memberikan insulin novorapid sebanyak 10 iu melalui subcutan	Insulin telah diberikan dilengan kiri	
12.00	6.2 Melakukan monitor tandatanda ansietas	Pasien mengatakan khawatir berkurang terhadap penyakit yang dialami	
13.30	6.3 Menciptakan suasana terapeuti Untu menumbuhkan kepercayaan	Pasien terlihat nyaman saat berkomunikasi	
14.00	1.2 monitor kadar glukosa darah	GDS pukul 07.00 : 170 mg/dL GDS pukul 15.00 : 183 mg/dL	

14. 10	3.4 Memberikan diuretik berupa furosemide	Urin tamping pasien sebanyak 600ml
Kamis 04, Mei 2023 08. 05	5.1 Melakukan monitor pola napas	Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang, RR = 20 x/menit
08. 35	5.3Membantu memberikan posisi semifowler	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk/semi-fowler Insulin telah diberikan dilengan kiri
11. 20	1.7Memberikan insulin novorapid sebanyak 10 iu melalui subcutan	
14. 10	1.3 Melakukan monitor kadar glukosa darah	GDS pukul 07.00 : 254 mg/dL GDS pukul 15.00 : 188 mg/dL
14. 15	1.4 Melakukan monitor tanda dan gejala hiperglikemia	Pasien mengatakan merasa sering merasa haus
14. 40	3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Kedalaman edema : +2 Edema kembali dalam 4 detik
15. 00	3.3 Memberikan diuretik berupa furosemide	Urin tampung sebanyak 600 ml
15. 10	3.3 Menganjurkan cara membatasi cairan	Pasien mengatakan paham cara membatasi cairan

4. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan pada Pasien I (Ny.N) dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
Hari ke 1	Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	S : Pasien mengatakan terasa lesu dan sering haus Pasien mengatakan belum memahami cara pengelolaan Diabetes O : GDS jam 07.00 = 300 mg/dL, GDS jam 15.00 = 275 mg/dL A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor kadar glukosa darah 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.5 Ajarkan pengelolaan Diabetes
2	Diagnosis 2 (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : Pasien mengatakan nyeri dikaki kiri karena post op hari pertama, nyeri hilang timbul, dirasa sakit saat bergerak, skala nyeri 3 O : Pasien tampak meringis dan gelisah Pasien belum memahami teknik napas dalam A : Tingkat nyeri cukup menurun P : Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.4 Fasilitasi istirahat dan tidur 2.6 Kolaborasi pemberian

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
3	(D.01229) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>analgetik, jika perlu</p> <p>S : pasien mengatakan bagian luka pasca oprasi masih terasa nyeri</p> <p>O:Masih terlihat kemerahan di area luka</p> <p>A : gangguan integritas kulit belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda-Tanda infeksi</p> <p>4.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.3 Bersihkan dengan NaCL</p> <p>4.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>
4	Diagnosis 4 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<p>S : Pasien mengatakan merasa khawatir terhadap penyakit yang diderita sekarang Pasien mengatakan takut tidak bisa beraktifitas seperti biasa lagi</p> <p>O : Pasien terlihat murung Skala HARS 17 Pasien belum memahami teknik relaksasi</p> <p>A : Tingkat ansietas belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p>6.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>6.3 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>6.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>6.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan perasaan dan persepsi</p> <p>6.6 Latih teknik relaksasi</p>
5	Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S : Pasien mengatakan terdapat luka post op hari 1 dikakikanan yang membuat sulit untuk berjalan</p> <p>O :Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene</p>

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
		<p>dibantu oleh perawat Pasien menggunakan diapers Skor barthel indeks 10 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang</p> <p>A : Perawatan Diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>7.4Dampingi dalam perawatan diri sampai selesai</p>
6	<p>Diagnosis 6 (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengerti mengenai penyakit DM</p> <p>O : Pasien tampak bingung</p> <p>A:Tingkat pengetahuan belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>8.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>8.4 Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>
Hari ke 2	<p>Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin</p>	<p>S : Pasien mengatakan sering merasa haus Pasien mengatakan memahami cara pengelolaan Diabetes</p> <p>O : GDS</p> <p>pukul 06.00 : 200mg/dL</p> <p>GDS</p> <p>pukul 14.00 : 250mg/dL</p> <p>A : Kestabilan Kadar glukosa darah belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor kadar glukosa darah</p> <p>1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>1.6 Ajarkan pengelolaan Diabetes</p>
	<p>Diagnosis 2 (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>S : Pasien mengeluh nyeri berkurang karena luka tertusuk kayu di kaki kanan, nyeri hilang timbul, skala</p>

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
		<p>nyeri 2 Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan santagesik O : Meringis berkurang Pasien mengerti cara teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri A : Tingkat nyeri menurun P : Hentikan intervensi</p>
	<p>Diagnosis 3 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<p>S : pasien mengatakan bagian luka pasca operasi masih terasa nyeri O: Masih terlihat kemerahan di area luka A : Gangguan integritas kulit bedah belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor tanda-Tanda infeksi 4.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.3 Bersihkan dengan NaCL 4.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>
	<p>Diagnosis 4 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<p>S : Pasien mengatakan rasa khawatir terhadap penyakitnya mulai berkurang O : Pasien terlihat lebih tenang Skala HARS 12 Pasien memahami teknik relaksasi A : Masalah ansietas teratasi</p>
	<p>Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S : Pasien mengatakan mampu untuk melakukan aktivitas seperti makan sendiri O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat Pasien memakai diapers Skor barthel indeks 10 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang A : Perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 7.4 Dampingi dalam</p>

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
		melakukan perawatan diri sampai selesai
	Diagnosis 6 (D.0 111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>S : Pasien mengatakan mulai memahami mengenai penyakit DM</p> <p>O : Pasien tampak paham mengenai apa yang sudah dijelaskan</p> <p>A : Tingkat pengetahuan belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>8.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>8.4 Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>
Hari ke 3	Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	<p>S : Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>O : Pasien dan keluarga mengatakan memahami pengelolaan Diabetes GDS pukul 06.00 : 101 mg/dL GDS pukul 14.00 : 135 mg/dL</p> <p>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
	Diagnosis 3 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>S : pasien mengatakan bagian luka pasca operasi masih terasa nyeri</p> <p>O:Masih terlihat kemerahan di area luka</p> <p>A : Gangguan integritas kulit belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda-Tanda infeksi</p> <p>4.2 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.3 Bersihkan dengan NaCL</p> <p>4.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p>
	Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S : Pasien mengatakan mampu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan mengancing baju sendiri</p> <p>O: Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat Pasien</p>

Hari ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi SOAP
		memakai diapers Pasien dan keluarga mampu mempertahankan kebersihan diri dan lingkungan sekitar pasien Skor barthel indeks 10 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang A : Masalah defisit perawatan teratasi P : Hentikan intervensi
	Diagnosis 6 (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	S : Pasien mengatakan paham tentang penyakit DM yang dijelaskan O : Pasien terlihat bisa mengulang tentang penyakit DM sudah dijelaskan A : Masalah defisit pengetahuan teratasi P : Hentikan intervensi

Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan pada Pasien II (Ny.M) dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
Hari 1	Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	S : Pasien mengeluh lelah dan lesu Pasien mengeluh haus terus menerus Pasien mengatakan belum memahami cara pengelolaan Diabetes O : GDS jam 07.00 = 297 mg/dL, GDS jam 15.00 = 217 mg/dL, terapi insulin (nov orapid 10 iu) A : Kestabilan kadar glukosa darah belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah 1.6 Ajarkan pengelolaan Diabetes 1.7 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
	Diagnosis 2 (D.0022) Hipervolemia berhubungan	S : Pasien merasa sesak napas dan bengkak pada

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
	dengan gangguan mekanisme regulasi	kaki dan tangan O : Edema pada kedua ekstremitas, urin tampung = 6 00 ml A : Keseimbangan cairan belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.4 Pemberian diuretik berupa furosemide, jika perlu
	Diagnosis 3 (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan	S : Pasien mengeluh sesak napas O : RR : 25x/menit, SpO2 : 99% Terpasang nasal kanul 3 lpm Posisi pasien semi-fowler A : Pola napas belum membaik P : Lanjutkan intervensi 5.1 Monitor pola napas 5.2 Posisikan semi-fowler atau fowler 5.4 Berikan oksigen, jika perlu
	Diagnosis 4 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	S : Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan takut penyakitnya akan semakin bertambah buruk O : Pasien terlihat gelisah dan murung Skala HARS 18 Pasien belum memahami teknik relaksasi A : Tingkat ansietas belum menurun P : Lanjutkan intervensi 6.1 Monitor tanda-tanda ansietas 6.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 6.4 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6.6 Latih teknik relaksasi

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
	Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	S : Pasien mengatakan sulit untuk bergerak O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat dan keluarga Pasien menggunakan catheter Skor barthel indeks 9 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang A : Defisit perawatan diri belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 7.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai
Hari ke 2	Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	S : Pasien mengeluh lelah dan lesu Pasien mengeluh haus terus menerus Pasien mengatakan memahami cara pengelolaan Diabetes O : GDS jam 06.00 = 126 mg/dL, GDS jam 14.00 = 183 mg/dL, terapi insulin (novorapid 10 iu) A : Kestabilan kadar glukosa darah cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah
	Diagnosis 2 (D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S : Pasien merasa sesak napas dan bengkak pada kaki dan tangan O : Edema pada kedua ekstremitas, urin tampung = 700 ml A : Keseimbangan cairan belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 3.1 Periksa tanda dan

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
		gejala hipervolemia 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.4 Pemberian diuretik berupa furosemide, jika perlu
	Diagnosis 3 (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan	S : Pasien mengatakan sesak berkurang, tidak terpasang nasal kanul O : RR : 21 x/menit, SpO2 : 98%, posisi semi-fowler A : pola napas cukup membaik P : Lanjutkan intervensi 5.1 Monitor pola napas 5.2 Posisikan semi-fowler atau fowler
	Diagnosis 4 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	S : Pasien mengatakan rasa khawatir terhadap penyakitnya mulai berkurang O : Pasien tenang Skala HARS 13 Pasien memahami teknik relaksasi A : Tingkat ansietas menurun P : Hentikan intervensi
	Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	S : Pasien mengatakan mampu untuk melakukan aktivitas seperti makan dan mengancing baju sendiri O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat Pasien memakai catheter Skor barthel indeks 9 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang A : Perawatan diri cukup meningkat P : Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 7.2 Sediakan lingkungan yang terapeutik

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
		7.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai
Hari Ke 3	Diagnosis 1 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resisten insulin	S : Pasien mengeluh lelah Pasien mengeluh haus terus menerus Pasien mengatakan memahami cara pengelolaan Diabetes O : GDS jam 15.00 = 230 mg/dL, terapi insulin (novorapid 10 iu) A : Kestabilan kadar glukosa darah belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Monitor kadar glukosa darah
	Diagnosis 2 (D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S : Pasien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan O : Edema pada kedua ekstremitas, urin tampung = 600 ml A : Keseimbangan cairan belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.4 Pemberian diuretik berupa furosemide, jika perlu
	Diagnosis 3 (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan	S : Pasien mengatakan sesak sudah tidak ada O : RR : 20 x/menit, SpO2 : 99%, posisi semi-fowler A : Pola nafas membaik P : Hentikan intervensi
	Diagnosis 5 (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	S : Pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas seperti makan dan mengancing baju sendiri O : Pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dibantu

Hari Ke	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
		oleh perawat dan keluarga Pasien memakai catheter Skor barthel indeks 9 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang A : Defisit perawata diri belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 7.1 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 7.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai

4.2 Pembahasan

4.2.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi (D.0027)

Hasil pengkajian pada kedua pasien dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan adanya keluhan lelah atau lesu, GDS tinggi. Pada pasien I, didapatkan GDS jam 07.00 = 300 mg/dL, GDS jam 15.00 = 275 mg/dL, keluhan mudah lelah, sering merasa haus, sedangkan pasien II didapatkan GDS jam 07.00 = 297mg/dL, GDS jam 15.00 = 217 mg/dL, HbA1C = 8.8 %, keluhan mudah lelah, banyak makan, banyak minum, dan sering kencing.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan In donesia (SDKI, 2017), ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) memiliki definisi variasi kadar glukosa darah naik dari rentang normal yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengeluh lelah atau lesu dan kadar glukosa dalam darah atau urin

tinggi.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah variasi dimana kadar glukosa darah mengalami kenaikan atau penurunan dari rentang normal yaitu mengalami hiperglikemia atau hipoglikemia (PPNI, 2016). Hiperglikemia merupakan keadaan dimana kadar glukosa darah meningkat atau berlebihan. Keadaan ini disebabkan karena stres, infeksi, dan konsumsi obat-obat tertentu. (Naby, 2009)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa pada pasien I dilakukan memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, dan mengajarkan cara pengelolaan Diabetes. Pada pasien II dilakukan memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, dan mengajarkan cara pengelolaan Diabetes serta berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian insulin selama 3 hari. Pada pasien I didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan GDS jam 07.00 = 200 mg/dL, pasien mengatakan masih sering merasa haus, serta 85 pasien dan keluarga mengatakan memahami pengelolaan Diabetes. Pada pasien II didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan GDS jam 06.00 = 126 mg/dL, GDS jam 14.00 = 280mg/dL, menunjukkan bahwa kadar glukosa darah mulai menurun tapi belum stabil, pasien juga masih diberi edukasi cara pengelolaan Diabetes

Menurut asumsi penulis, penyebab terjadinya hiperglikemia pada pasien 1 dan pasien 2 Diabetes Melitus tipe 2 dikarenakan pasien tidak mengontrol pola makan dan sering mengonsumsi makanan-makanan yang tinggi gula. dan masalah teratasi sebagian karena dilakukan tindakan keperawatan pemberian obat untuk menurunkan kadar glukosa darah pada pasien 1 diberikan obat Metmorfin dan

untuk pasien 2 diberikan insulin Novorapid.

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

Hasil pengkajian pada pasien I dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya nyeri akut ditandai dengan keluhan nyeri karena luka amputasi post op amputasi below knee hari ke 1 dikaki kiri, nyeri hilang timbul, dirasa sakit saat bergerak, skala nyeri 3, serta pasien meringis dan gelisah.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 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 ditandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan 86 menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.

Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala ekspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Mubarak et al, 2015).

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien I adalah farmakologis dan non farmakologis, untuk farmakologis ada pemberian analgetik sesuai anjuran dokter, sedangkan non farmakologis mengajarkan pasien I untuk melakukan relaksasi

napas dalam dan memfasilitasi pasien I untuk istirahat dan tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari berupa mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik farmakologis dan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, berkolaborasi pemberian analgetik selama 3 hari pada pasien I didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan pasien masih mengeluh nyeri hilang timbul, dan skala nyeri yang dirasakan ada pada skala 2.

Menurut asumsi penulis, pada pasien yang luka post op mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dikarenakan pada pasien terdapat luka post op yang baru sekitar dua hari dan luka masih tampak kemerahan masalah pada pasien ini teratasi karena dilakukan tindakan keperawatan memberikan analgetik santagesik 2x1.

4.2.3 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

Hasil pengkajian pada pasien II dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya hipervolemia ditandai dengan keluhan sesak sesak napas, terdapat edema pada kaki dan tangan, dan balance cairan menunjukkan hipervolemia, BB pasien meningkat ± 5 kg selama dirawat di rs.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), hipervolemia memiliki definisi peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler ditandai dengan gejala dan tanda mayor, yaitu ortopenia,

dispnea, PDN, edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP/CVP meningkat, dan refleks hepatojugular positif.

Pada kelebihan volume cairan atau hipervolemia, rongga intravascular dan interstisial mengalami peningkatan kandungan air dan natrium. Kelebihan cairan interstisial dikenal sebagai edema (Mubarak, 2015).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, serta berkolaborasi pemberian obat diuretik berupa furosemid selama 3 hari didapatkan hasil masalah teratasi sebagian dengan masih terdapatnya edema pada kaki dan tangan tetapi dalam kondisi yang sudah menurun, hari pertama pitting edema +2 menjadi +1 pada hari ke terakhir perawatan.

Menurut asumsi penulis, pembengkakan akibat penimbunan cairan ini disebabkan oleh karna pasien yang kesulitan bekemih dimana Balance Cairan pasien masih +462. Masalah ini belum teratasi karna jumlah intake pasien masih melebihi batas yang ditentukan sehingga pada hari ke 3 masih terjadi pembengkakan.

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

Hasil pengkajian pada pasien I dengan diagnosis diabetes melitus tipe 2 menunjukkan adanya luka pasca bedah yang berhubungan dengan neuropati perifer, yang ditandai pada pasien I leukosit $15.77 \cdot 10^3$ ul, tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 86x/menit, pernafasan 18 x/menit dan suhu $36,6^{\circ}\text{C}$,

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa perawatan luka, masalah integritas kulit/jaringan berhubungan neuropati perifer dengan teratasi

sebagian.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia gangguan integritas kulit/jaringan didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago sendi dan/atau ligament) dengan gejala kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, seperti menganjurkan menggunakan minyak pada kulit yang kering, menganjurkan menggunakan lotion dan menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem.

Pada penderita Diabetes Melitus dengan gangguan integritas kulit/jaringan disebabkan karena terjadi perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan dan kekurangan), kekurangan atau kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. Penekanan pada penonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiametri, energy listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan integritas kulit. Penyebab terjadinya integritas kulit pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 karena adanya neuropati perifer.

Menurut asumsi mengasumsikan pada klien 1 penderita Diabetes Melitus mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan dikarenakan terdapat luka pasca operasi yang menyebabkan kerusakan pada saraf perifer atau saraf tepi, Masalah belum teratasi dikarenakan luka pasien masih tampak

kemerahan dan terasa nyeri.

4.2.5 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan (D.0005)

Hasil pengkajian pada pasien I dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya pola napas tidak efektif yang ditandai dengan adanya sesak napas, pola pernafasan dispnea, dan frekuensi napas >24x/menit. Pada pasien I ditemukan keluhan sesak napas, frekuensi napas 25 x/menit, pola pernafasan dispnea dan menggunakan oksigen nasal kanul 3 lpm SpO₂ 99% .

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), pola napas tidak efektif memiliki definisi inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor yaitu, dispnea, penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, dan pola napas abnormal. Pola napas tidak efektif adalah ventilasi atau pertukaran udara inspirasi atau ekspirasi tidak adekuat (Santoso, 2006).

Pola napas tidak efektif suatu keadaan dimana inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi tidak adekuat (PPNI, 2006).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi napas, frekuensi nadi, suhu tubuh), memberikan posisi semi-fowler. 91 Memberikan oksigen nasal kanul 4 lpm selama 1 hari, didapatkan hasil masalah teratasi yaitu sesak napas berkurang, frekuensi napas menjadi 20 x/menit, dan tidak bergantung pada oksigen nasal kanul

Menurut asumsi pada pasien 2 mengalami pola nafas tidak efektif dikarenakan

pasien mengalami edema pada paru-paru sehingga pasien mengalami hambatan upaya nafas. Masalah ini teratasi sebagian karena dilakukan pemberian oksigen dengan nasal kanul 4 Lpm.

4.2.6 Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)

Hasil pengkajian pada pasien I dan II dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya ansietas yang ditandai pada I mengatakan Pasien mengatakan merasa khawatir terhadap penyakit yang diderita sekarang. Pasien mengatakan takut tidak bisa beraktifitas seperti biasa lagi dan terlihat gelisah dan murung sedangkan pada pasien II mengatakan Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan takut penyakitnya akan semakin bertambah buruk dan terlihat gelisah dan murung. Penilaian skala HARS pada pasien I menunjukkan skor 17 dan skala HARS pada pasien II menunjukkan skor 18 yang menandakan kedua pasien mengalami kecemasan ringan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), ansietas memiliki definisi kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi 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.

Ansietas merupakan perasaan tidak tenang yang samarsamar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu (Yusuf, Fitriyarsari, & Tristiana, 2019). Perasaan takut dan tidak menentu dapat mendatangkan sinyal peringatan tentang

bahaya yang akan datang dan membuat individu untuk siap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Adanya tuntutan, persaingan, serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologi. Salah satu dampak kesehatan psikologi yaitu ansietas atau kecemasan (Sutejo, 2019).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari pada pasien I dan pasien II dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam, memonitor tanda-tanda ansietas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mendengarkan dengan penuh perhatian didapatkan hasil pada hari ke dua masalah ansietas teratasi dengan skala HARS pasien I adalah 12 dan skala HARS pada pasien II adalah 13.

Menurut asumsi penulis pada pasien 1 dan pasien 2 mengalami ansietas dikarenakan pasien tampak khawatir dengan kondisi yang dihadapi dan takut penyakitnya semakin tambah buruk. Masalah teratasi sebagian dikarenakan pasien masih terus merasa khawatir.

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

Hasil pengkajian pada pasien I dan Pasien II dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya masalah defisit perawatan diri pada pasien I ditandai dengan kebutuhan personal hygiene pasien dibantu oleh perawat, pasien tidak mampu 93 ke toilet sehingga menggunakan diapers, skor barthel indeks 10 dengan tingkat kategori ketergantungan sedang sedangkan pada pasien II ditandai dengan kebutuhan personal hygiene dibantu oleh perawat, pasien tidak mampu

ketoilet sehingga menggunakan diapers dan catheter, skor barthel indeks 9 dengan kategori tingkat ketergantungan sedang.

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. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan seorang untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi, berhias/berdandan, makan dan ditoileting.

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Nurjannah & Dermawan, 2013). Perawatan diri adalah suatu kemampuan manusia dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari guna mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien bisa melakukan perawatan diri sendiri (Depkes, 200 dalam Direja, 2011).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai didapatkan hasil masalah teratasi sebagian dengan terdapat peningkatan kemampuan pasien I dan pasien II untuk melakukan perawatan diri secara mandiri untuk beberapa kegiatan seperti makan dan memakai baju walaupun terbatas ditempat tidur. 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.

Menurut asumsi penulis pada pasien 1 dan pasien 2 mengalami defisit perawatan diri dikarenakan pasien tidak dapat membersihkan diri secara mandiri sampai tuntas. Belum teratasi dikarenakan pada hari ketiga pasien masih tidak dapat mempertahankan kebersihan diri walaupun sudah dibantu oleh perawat.

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

Hasil pengkajian pada pasien I dengan diagnosis Diabetes Melitus tipe 2 menunjukkan adanya masalah defisit pengetahuan yang ditandai pada pasien I mengatakan tidak tahu jika menderita DM, pasien bertanya mengenai kondisi penyakitnya, serta pasien mengatakan kurang paham mengenai penyakit DM yang diderita, pasien terlihat bingung saat ditanya dan terlihat tidak tenang.

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respon, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respons (PPNI, 2016).

Tingginya jumlah penderita Diabetes Melitus antara lain disebabkan oleh perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan rendah, kesadaran untuk melakukan deteksi dini penyakit Diabetes Melitus yang kurang, minimnya aktivitas fisik dan pengaturan pola makan tradisional yang mengandung banyak karbohidrat dan serat dari sayuran, dengan komposisi makanan yang terlalu banyak mengandung protein, lemak, gula, garam, dan sedikit mengandung serat (Sudoyo, 2006).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, Serta menjelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan didapatkan masalah defisit pengetahuan teratasi, yaitu pasien dapat memahami mengenai penyakit Diabetes yang diderita.

Menurut asumsi penulis pada pasien 1 mengalami defisit pengetahuan dikarenakan pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya. dan Masalah keperawatan teratasi, karna mengedukasi pasien tentang pengelolaan diabetes

4.3 Keterbatasan Penulisan

Dalam studi kasus pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menemui beberapa hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini. Beberapa keterbatasannya antara lain:

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

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien II dengan Diabetes Melitus tipe 2 di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menarik kesimpulan sebagai berikut.

5.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian kedua pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 ditemukan ketidakstabilan kadar glukosa darah yang ditandai dengan glukosa darah pasien I adalah 300 mg/dL dan glukosa darah pada pasien II adalah 297 mg/dL, disertai keluhan lelah atau lesu. Pada pasien I terdapat nyeri akut dikarenakan adanya akibat tertusuk kayu hari ke 1. Pada pasien II terdapat hipervolemia dikarenakan adanya edema pada kaki dan tangan.

5.1.2 Diagnosis Keperawatan

Pada pasien I terdapat masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, nyeri akut, risiko infeksi, ansietas, defisit perawatan diri, dan defisit pengetahuan. Sedangkan pada pasien II terdapat masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, hipervolemia, pola napas tidak efektif, ansietas dan defisit perawatan diri.

5.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang digunakan sama pada kedua pasien, seperti monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, dan ajarkan cara pengelolaan Diabetes. Selain itu, perencanaan keperawatan yang sama lainnya adalah monitor tanda-tanda ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, dan latih teknik relaksasi. Serta identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, dan dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai selesai.

Perencanaan keperawatan yang digunakan berbeda pada kedua pasien seperti, pada pasien I diberikan pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan pada pasien II diberikan obat diuretik berupa furosemid.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

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

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada kedua pasien penetapan masalah keperawatan memiliki masalah yang berbeda anatar kedua pasien tersebut. Untuk pasien I ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, nyeri akut teratasi , risiko infeksi teratasi, ansietas teratasi , defisit perawatan diri teratasi, dan defisit pengetahuan teratasi. Sedangkan pada pasien II ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian, hipervolemia teratasi

sebagian, pola napas tidak efektif teratasi, ansietas teratasi, dan defisit perawatan diri teratasi sebagian.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk Penulis

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan menjadi acuan dan dapat meningkatkan wawasan dalam asuhan keperawatan serta menjadi bahan pembandingan pada penelitian selanjutnya pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2, terutama dalam memotivasi pasien untuk dapat mengelola Diabetes Melitus, dan monitoring gula darah.

5.2.2 Untuk Instalasi Rumah Sakit

Sebaiknya pihak rumah sakit dapat lebih meningkatkan edukasi cara pengelolaan Diabetes pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2, dan memotivasi pasien agar mematuhi cara tersebut.

5.2.3 Untuk Mengembangkan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 serta menjadi acuan dan bahan pembandingan dalam melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, C. M., & Setiarini, A. (2013). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengendalian Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSJ Prof.Dr.Soerojo Magelang Tahun 2013*. Program Studi Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Aru W.Sudoyo, B. S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. (2 ed., Vol. III).
- Irawan dkk. (2022). *Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Kadar HbA1c pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II di Rumah Sakit Abdoel Wahab Sjahrane*. *Formosa Journal of Science and Technology (FJST)*Vol.1,No.5,459-468
- Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam.
- Jennifer Brier and lia dwi jayanti, , 2020, XXI
- Lestari, Zulkarnain, and ST Aisyah Sijid, 'Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan Dan Cara Pencegahan', UIN Alauddin Makassar, November, 2021, 237–41
- Meilianingsih, L., & Setiawan, R. (2016). *PELAYANAN HOME CARE TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN*, 9–12.
- Melisa Enni Fitriyanti, Henni Febriawati, and Lussyefrida Yanti, 'Diabetes Melitus', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 07 (2017), 597–603.
- PERKENI. (2020). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia (1st ed.)*. PB. PERKENI.
- Price, Wilson. 2006. *Patofisiologi Vol 2 ; Konsep Kllinis Proses-proses Penyakit*.
- Paduch, Andrea. (2017). *Hambatan psikososial untuk penggunaan layanan kesehatan di antara individu dengan diabetes mellitus : Tinjauan sistematis*
- SIKI PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. *Dpp Ppni*.

- Smeltzer & Bare . (2015). Keperawatan Medical Bedah. Jakarta : EGC.
- Smeltzer & Bare, S. C. (2015). Keperawatan Medikal Bedah Volume 2, Edisi 8. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2).
- Tim Riskesdas, 2018. (2018). *hasil riskesdas 2018*. 1–23.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. *Nyeri Akut*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *DPP PPNI*.
- WHO (2018). Diabetes : *Key facts*. *World Health Organization*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes) Diakses 26 April 2023.
- Wijaya, A. K., & Padila, P. (2019). *Hubungan Dukungan Keluarga, Tingkat Pendidikan dan Usia dengan Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Cairan pada Klien ESRD yang Menjalani Terapi Hemodialisa*. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 393-404. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.883>