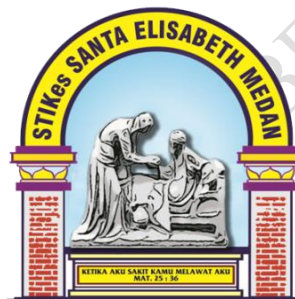


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
TN. R DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN:
DIABETES MELITUS TIPE II DIRUANGAN
ST. MARTA RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh :

Toni Marthin Lase
052025082

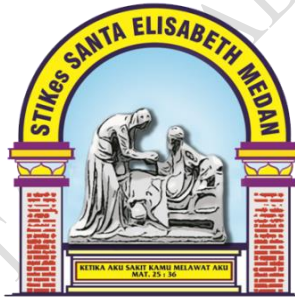
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
TN. R DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN:
DIABETES MELITUS TIPE II DIRUANGAN
ST. MARTA RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh :

Toni Marthin Lase
052025082

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 03 Februari 2026**

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 03 Februari 2026**

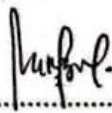
TIM PENGUJI

TANDA TANGAN


Ketua : Amnita A. Yanti Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep

.....


Anggota: Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep.,Ns.,M.Kep

.....


Samfriati Sinurat, S.Kep.,Ns.,MAN

.....




LEMBAR PERESETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:
Toni Marthin Lase

Medan, 03 Februari 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Amnita Anda Yanti Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep.,NS.,M.Kep)

(Samfriati Sinurat, S.Kep.,Ns.,MAN)



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Toni Marthin Lase, 052025082

“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Endokrin Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Diabetes melitus

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit metabolik kronik yang ditandai dengan keadaan hiperglikemia akibat abnormalitas kelenjar pankreas dalam menghasilkan hormon insulin ataupun tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan baik (retensi insulin). Hiperglikemia yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan komplikasi yang serius pada berbagai organ tubuh. Komplikasi tersebut diantaranya komplikasi pada jantung dan pembuluh darah seperti arteriosklerosis, penyakit jantung koroner dan kardiomyopati; pada mata (retinopati), pada saraf (neuropati) dan pada ginjal (nefropati). Salah satu aspek utama dalam mengelola diabetes mellitus (DM) adalah mengadopsi gaya hidup yang sehat dan seimbang, terutama dalam hal pola makan. Penerapan diet yang tepat dan konsisten merupakan komponen kunci dalam pengelolaan DM yang berhasil. Penerapan asuhan keperawatan yang intensif dapat mencegah timbulnya komplikasi pada pasien yang mengalami diabetes melitus.

Penelitian ini bertujuan agar mampu melaksanakan asuhan keperawatan diabetes melitus tipe II pada Tn. R di ruang Santa Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Karya ilmiah akhir ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus. Metode pengambilan data meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah yang diadopsi dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil pada pasien Ny. R 3 masalah keperawatan antara lain ketidakstabilan kadar gula darah, kerusakan integritas kulit/jaringan serta nyeri akut.

Adapun kesimpulan dari penerapan asuhan keperawatan ini masih ada beberapa tindakan yang harus dilanjutkan oleh perawat untuk mengatasi masalah yang belum teratasi atau masalah yang teratasi sebahagian meliputi memonitor kadar gula darah, pemberian insulin sesuai instruksi dokter, kolaborasi dengan bagian gizi untuk kepatuhan diet, aktivitas ringan senam kaki, perawatan luka, dan edukasi kesehatan tentang diabetes melitus.



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan kasih karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik dan tepat waktunya. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Endokrin Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang St. Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025” Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini penulis banyak mendapatkan bantuan arahan bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak. Penulis tidak lupa untuk mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah membantu peneliti dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dalam membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini



3. Amnita Anda Yanti Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji I saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Murni Sari Dewi Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II sekaligus dosen pembimbing akademik saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN selaku dosen penguji III saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu saya selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang berpartisipasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan dan bantuan dari semua yang berpartisipasi kepada penulis.

Medan,03 Desember 2025

Penulis,

Toni Marthin Lase



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
SINOPSIS.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan umum	4
1.2.2 Tujuan khusus	4
1.3Manfaat.....	5
1.3.1 Manfaat teoritis	5
1.3.2 Manfaat praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Medis	6
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus.....	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Klasifikasi.....	7
2.1.4. Anatomi dan Fisiologi.....	9
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Pathway	12
2.1.7 Manifestasi Klinis	13
2.1.8 Komplikasi Diabetes Melitus.....	14
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	16
2.1.10 Penatalaksanaan DM.....	16
2.2. Konsep Dasar Keperawatan.....	19
2.2.1 Pengkajian keperawatan.....	19
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	21
2.2.3 Intervensi keperawatan.....	21
2.2.4 Implementasi	22
2.2.5 Evaluasi	23
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	24
3.1 Pengkajian keperawatan.....	24
3.2 Analisa Data.....	41
3.3 Diagnosa keperawatan	43
3.4 Intervensi keperawatan	45
3.5 Implementasi keperawatan.....	48
3.6 Evaluasi keperawatan.....	51



BAB 4 PEMBAHASAN	57
4.1 Pengkajian keperawatan	57
4.2 Diagnosa keperawatan	57
4.3 Intervensi	60
4.4 Implementasi keperawatan	61
4.5 Evaluasi keperawatan	62
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	64
5.1 Simpulan.....	64
5.2 Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit metabolik kronik yang ditandai dengan keadaan hiperglikemia akibat abnormalitas kelenjar pankreas dalam menghasilkan hormon insulin ataupun tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan baik (retensi insulin). Penyakit ini dapat ditegakkan dengan pengukuran kadar glukosa di dalam darah. Hiperglikemia kronik pada DM berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi beberapa organ terutama mata, saraf, pembuluh darah, dan ginjal (Umayya & Wardani, 2023).

Hiperglikemia yang terjadi pada penyakit DM disebabkan karena rusaknya sel pankreas sehingga insulin tidak dapat diproduksi (defisiensi insulin) dan atau karena gangguan sensitivitas insulin di jaringan perifer (resistensi insulin) sehingga glukosa tidak dapat digunakan oleh sel. Hiperglikemia yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan komplikasi yang serius pada berbagai organ tubuh. Komplikasi tersebut diantaranya komplikasi pada jantung dan pembuluh darah seperti arteriosklerosis, penyakit jantung koroner dan kardiomyopati; pada mata (retinopati), pada saraf (neuropati) dan pada ginjal (nefropati). Hal tersebutlah yang tentunya meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien (Sholikah, Tri et al., 2021).

Penyebab penyakit DM T2 karena resistensi insulin dan disfungsi sel beta pankreas. Resistensi insulin terjadi ketika insulin tidak mampu direspon dengan baik oleh sel sehingga membuat sel beta pankreas terpaksa mengkompensasi



produksi insulin lebih banyak sehingga kadar glukosa dalam darah akan meningkat dan terjadi hiperglikemia kronik. Hiperglikemia kronik memperparah disfungsi sel beta pankreas karena apabila diagnosis DMT2 telah ditegakkan, maka sel beta pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang adekuat untuk mentoleransi peningkatan resistensi insulin sehingga fungsi sel beta pankreas hanya tinggal 50%. Bahkan pada tahap lanjut sel beta pankreas akan digantikan dengan jaringan amiloid yang berakibat produksi insulin mengalami penurunan signifikan, sehingga secara klinis DMT2 sudah menyerupai diabetes melitus tipe I, yakni kekurangan insulin secara mutlak (Andriani & Hasanah, 2023).

Pada tahun 2021, International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan terdapat 537 juta individu yang hidup dengan diabetes, yang merupakan 10,5% dari populasi global dan diperkirakan akan meningkat pada tahun 2030 sebanyak 643 juta dan 783 juta (12,2%) pada tahun 2045. Sedangkan Indonesia merupakan negara yang berada di urutan ke 5 dengan 19,5 juta jiwa (10,7%) dengan urutan ke-6 tentang kematian akibat penyakit diabetes mellitus pada usia <70 di seluruh dunia (Sinaga et al., 2024). Berdasarkan data riset Riskesdas yang diselenggarakan di Sumatera Utara saat 2018, terdapat 69,517 juta individu di seluruh dunia yang menderita diabetes. Sementara penderita DM di kota Medan tercatat sebanyak 10,928 juta jiwa. (Halawa et al., 2023).

Faktor risiko DM Tipe 2 dibedakan menjadi dua, yang pertama adalah faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik. Yang kedua adalah faktor risiko yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, aktivitas fisik, konsumsi alkohol, faktor stress, serta konsumsi kopi dan



kafein yang berlebihan. Selain itu faktor gaya hidup tidak sehat yang menjadi pemicu diabetes tipe 2, antara lain jumlah asupan energi yang berlebih, kebiasaan mengonsumsi jenis makanan dengan kepadatan energi yang tinggi (tinggi lemak dan gula, kurang serat), jadwal makan tidak teratur, tidak sarapan, kebiasaan mengemil, teknik pengolahan makanan yang salah (banyak menggunakan minyak, gula, dan santan kental), serta kurangnya aktivitas fisik yang diakibatkan kemajuan teknologi dan tersedianya berbagai fasilitas yang memberikan berbagai kemudahan bagi sebagian besar masyarakat (Pangestika et al., 2022)

Salah satu aspek utama dalam mengelola diabetes mellitus (DM) adalah mengadopsi gaya hidup yang sehat dan seimbang, terutama dalam hal pola makan. Penerapan diet yang tepat dan konsisten merupakan komponen kunci dalam pengelolaan DM yang berhasil. Pencegahan dan pengendalian DM membutuhkan perhatian semua pihak dan juga kebijakan nasional dengan pendekatan yang revolusioner. Peningkatan pengetahuan mengenai DM ini diharapkan akan dapat mengubah pola pikir dan perubahan perilaku dari pasien DM. dengan peningkatan pengetahuan mengenai DM ini juga pasien DM akan mampu untuk mengelola penyakitnya seperti mampu menjaga pola hidup yang sehat, mengetahui apa yang boleh dan tidak boleh untuk dilakukan, mampu untuk tetap rutin mengonsumsi obat-obatan, dan juga mampu mengetahui perubahan-perubahan pada diri pasien sehubungan dengan penyakitnya (Siregar & Batubara, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal



Bedah Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Diabetes Melitus tipe II di Ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan keperawatan pada Tn.r dengan gangguan sistem endokrin : Diabetes melitus di Ruang st.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.2.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.R yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn.R yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn.R yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.R yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025
5. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan Tn.R yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II di ruang St.Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025



1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi yang digunakan sebagai masukan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem endokrin : Diabetes Melitus Tipe II di ruang St. Marta Rumah Sakit santa elisabeth medan tahun 2025.

1.3.2 Manfaat praktis

1. Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat diaplikasikan dalam perawatan pasien diabetes melitus di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.
2. Hasil karya ilmiah ini akan menjadi salah satu data riset yang dapat dipergunakan dan dikembangkan menjadi referensi bagi penelitian terkait asuhan keperawatan diabetes melitus.



BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes melitus atau sering disebut dengan kencing manis merupakan suatu kelainan metabolisme yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa darah dalam jangka waktu yang lama akibat ketidakmampuan sel beta pankreas memproduksi hormon insulin, atau tubuh tidak mampu memanfaatkan insulin yang dihasilkan sehingga mengakibatkan gangguan metabolisme (Chloranyta & Sulistyaningrum, 2024).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Hasdiana dalam Harefa & Lingga, 2023) menyatakan bahwa etiologi penyakit DM adalah sebagai berikut:

1. Kelainan Genetik : Beberapa jenis diabetes, terutama Diabetes Mellitus Tipe 1 (DMT1) dan Diabetes Mellitus Tipe 2 (DMT2), memiliki komponen genetik. Faktor keturunan yang dapat meningkatkan risiko seseorang terkena diabetes. Gen tertentu dapat memengaruhi produksi insulin, sensitivitas sel- sel tubuh terhadap insulin, dan fungsi pankreas. Jika dalam keluarga memiliki riwayat penyakit diabetes maka risiko terkena penyakit diabetes lebih tinggi.
2. Usia : Usia merupakan faktor risiko yang signifikan untuk DMT2. Risiko terkena DMT2 meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia



45 tahun. Ini disebabkan oleh penurunan sensitivitas sel-sel tubuh terhadap insulin seiring bertambahnya usia.

3. Pola Hidup dan Pola makan : Gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat menjadi faktor risiko utama dalam perkembangan DM2. mengonsumsi makanan yang tinggi karbohidrat, gula dan lemak jenuh dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan resistensi insulin. Pola makan yang buruk seperti, yang kaya lemak dan gula tambahan, dapat meningkatkan risiko terjadinya DM2.
4. Obesitas : Obesitas merupakan faktor risiko yang kuat dalam perkembangan DM2.

2.1.3 Klasifikasi

1. Diabetes tipe 1 : Diabetes melitus tergantung insulin (insulin-dependent diabetes melitus (IDDM))

Diabetes tipe 1 ditandai dengan kerusakan sel beta pankreas. Faktor genetik, imunologi, dan mungkin lingkungan (misalnya, virus) yang dikombinasikan diduga berkontribusi terhadap kerusakan sel beta. Kerentanan genetik merupakan faktor dasar yang umum (Brunner & Suddarth, 2010).

2. Diabetes tipe II : Diabetes melitus tidak tergantung insulin (non-insulindependent diabetes melitus (NIDDM))

Penyakit ini lebih sering terjadi pada orang berusia lebih dari 30 tahun dan mengalami obesitas. Dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin pada diabetes tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan



sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Pada diabetes tipe 2, reaksi intraseluler berkurang, sehingga insulin menjadi kurang efektif dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan mengatur pelepasan glukosa oleh hati (Brunner & Suddarth, 2010).

3. Diabetes melitus gestasional (gestasional diabetes melitus (GDM))

Diabetes melitus gestasional terjadi pada wanita yang tidak menderita diabetes sebelum kehamilannya. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi plasenta. Semua wanita hamil harus menjalani skrining pada usia kehamilan 24 hingga 27 minggu untuk mendeteksi kemungkinan diabetes. Penatalaksanaan pendahuluan mencakup modifikasi diet dan pemantauan ke glukosa. Jika hiperglikemia tetap terjadi, preparat harus diresepkan. Obat hipoglikemia oral tidak digunakan selama kehamilan. Tujuan yang akan dicapai adalah kadar glukosa selama kehamilan yang berkisar dari 70 hingga 100 mg/dl sebelum makan (kadar gula puasa) dan kurang dari 165 mg/dl pada 2 jam sesudah makan (kadar gula 2 jam postprandial). Sesudah melahirkan bayi, kadar glukosa darah wanita yang menderita diabetes gestasional akan kembali normal. (Brunner & Suddarth, 2010).

4. Jenis diabetes spesifik lainnya

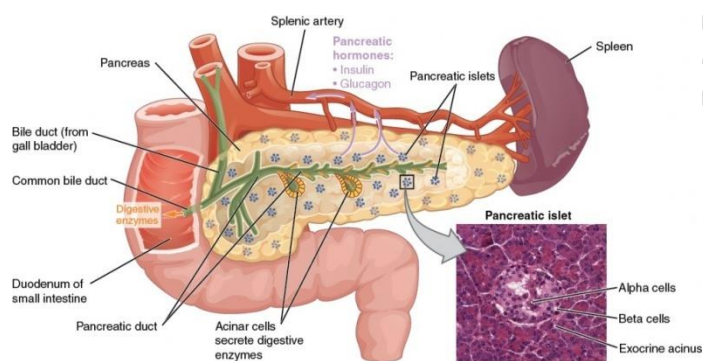
Diabetes ini terjadi pada beberapa orang karena kondisi medis lain atau pengobatan kondisi medis lain atau pengobatan medis lain yang menyebabkan kadar glukosa darah abnormal. Kondisi yang dapat



menyebabkan diabetes dapat disebabkan oleh cedera, gangguan, atau kerusakan fungsi sel- β di pankreas. Ini termasuk sindrom cushing, hipertiroidisme, pankreatitis berulang, fibrosis kistik, hemokromatosis, dan nutrisi parenteral (Lewis et al., 2020).

2.1.4 Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi



2. Fisiologi

Insulin disekresikan oleh sel beta, yang merupakan salah satu dari empat jenis sel dalam pulau Langerhans di pankreas. Insulin adalah hormon anabolik, atau penyimpanan. Ketika seseorang makan, sekresi insulin meningkat dan memindahkan glukosa dari darah ke dalam otot, hati, dan sel-sel lemak. Di dalam sel-sel tersebut, insulin:

- Mengangkut dan memetabolisme glukosa untuk energi
- Merangsang penyimpanan glukosa di hati dan otot (dalam bentuk glikogen)
- Memberi sinyal pada hati untuk menghentikan pelepasan glukosa
- Meningkatkan penyimpanan lemak makanan di jaringan adiposa



- e. Mempercepat pengangkutan asam amino (yang berasal dari protein makanan) ke dalam sel Insulin juga menghambat pemecahan glukosa yang tersimpan, protein, dan lemak.

Selama periode puasa (di antara waktu makan dan semalam), pankreas secara terus menerus melepaskan sejumlah kecil insulin (insulin basal); hormon pankreas lain yang disebut glukagon (disekresikan oleh sel alfa pulau Langerhans) dilepaskan saat kadar glukosa darah menurun dan merangsang hati untuk melepaskan glukosa yang tersimpan. Insulin dan glukagon bersama-sama mempertahankan tingkat glukosa yang konstan dalam darah dengan merangsang pelepasan glukosa dari hati. Pada awalnya, hati memproduksi glukosa melalui pemecahan glikogen (glikogenolisis). Setelah 8 hingga 12 jam tanpa makanan, hati membentuk glukosa dari pemecahan zat non-karbohidrat, termasuk asam amino (glukoneogenesis) (Suddarth's, 2018).

2.1.5 Patofisiologi

Produksi energi merupakan hasil proses kimia kompleks yang menggunakan makanan, khususnya glukosa. Insulin merupakan zat/hormon yang diproduksi oleh sel beta pankreas yang berperan penting dalam proses metabolisme dengan mengubah glukosa menjadi sel untuk digunakan sebagai bahan bakar.

Insulin merupakan kunci masuknya pintu yang dapat membuka glukosa ke dalam sel, kemudian dimetabolisir menjadi tenaga. Tidak adanya insulin maka glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel, akibat dari glukosa tetap berada di dalam pembuluh darah dan meningkatkan gula dalam darah. dikarenakan sumber energi dalam sel tidak ada, maka tubuh akan menjadi lemah proses ini terjadi pada

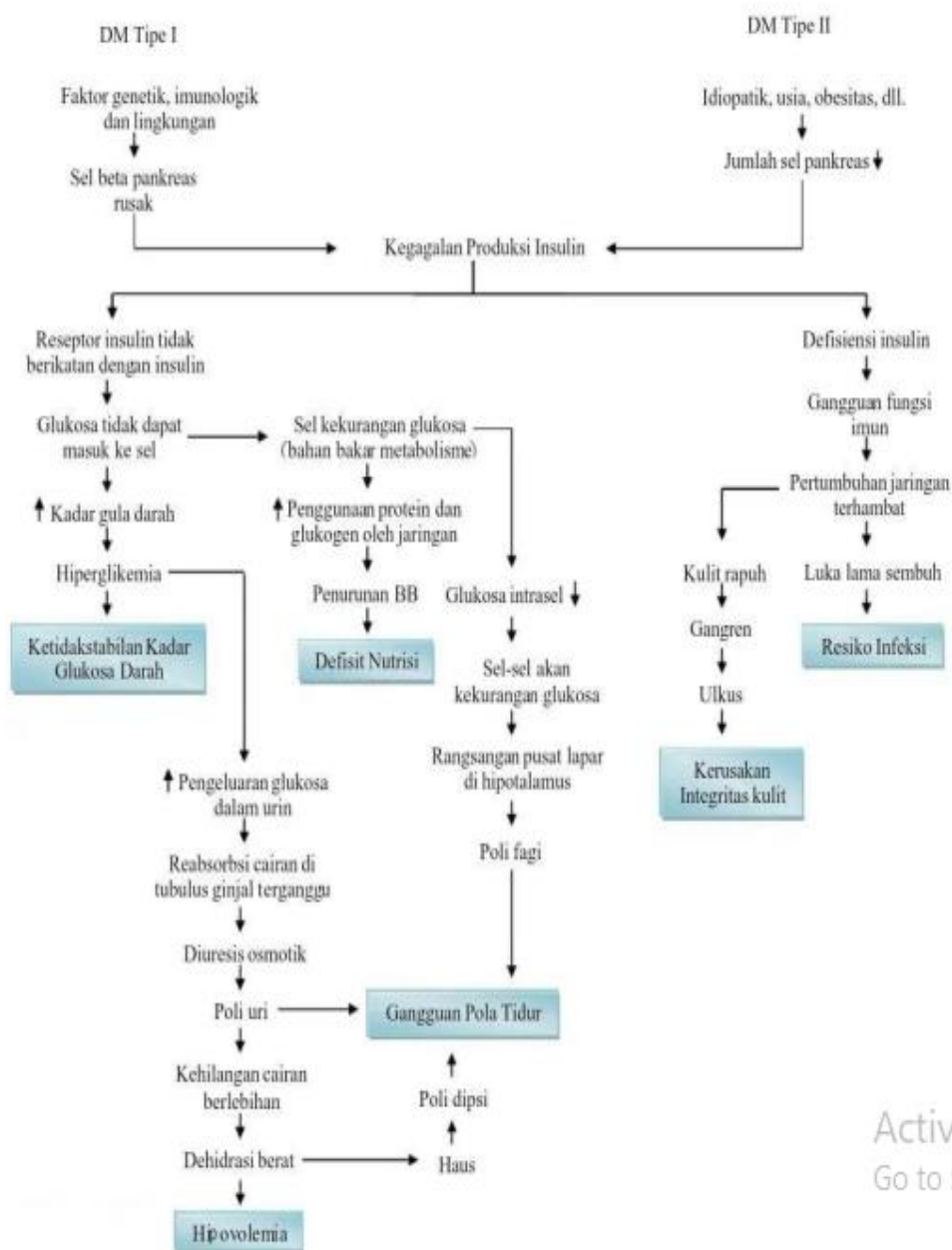


penyakit DM tipe I, sedangkan DM tipe II kadar insulin normal namun terjadi penurunan reseptor insulin pada permukaan sel. meskipun insulin banyak namun glukosa yang masuk kedalam sel sangat sedikit, sehingga jumlah reseptor berkurang, terjadi pengurangan bahan bakar (glukosa) didalam sel, dan glukosa di pembuluh darah meningkat. Sehingga DM tipe II disebut sebagai resistensi insulin (Alfaqih, et al 2022).

Diabetes tipe 2 ditandai dengan kombinasi sekresi insulin yang tidak memadai dan resistensi insulin. Pankreas biasanya menghasilkan insulin endogen (buatan sendiri). Namun, tubuh tidak menghasilkan cukup insulin atau tidak menggunakannya secara efektif, atau keduanya. Keberadaan insulin endogen merupakan perbedaan utama antara diabetes tipe 1 dan tipe 2. Pada diabetes tipe 1, tidak ada insulin endogen (Lewis et al, 2020).



2.1.6 Pathway



Activate V
Go to Setting



2.1.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada diabetes melitus dalam (Lenggogeni, 2023) yaitu sebagai berikut :

a. Poliuria

Poliuria terjadi akibat dari kadar gula darah melebihi nilai ambang ginjal (>180 mg/dl) maka gula akan keluar bersama dengan urine. Jika kadarnya lebih tinggi, maka ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan jumlah besar glukosa. Sehingga pasien akan sering buang air kecil dalam jumlah yang banyak karena akibat ginjal menghasilkan urine yang berlebihan

b. Polidipsia

Polidipsia terjadi akibat penurunan intraseluler dan peningkatan keluaran urine yang menyebabkan dehidrasi, sehingga mulut menjadi kering dan pasien akan terus merasakan haus

c. Polifagia

Polifagia terjadi karena glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel tanpa insulin (defisiensi insulin), sehingga produksi energi menurun. Penurunan energi ini merangsang peningkatan rasa lapar yang tidak normal, dan penderita diabetes melitus mengalami peningkatan nafsu makan, namun penurunan berat badan akan terus berlanjut. Penurunan berat badan terjadi ketika tubuh kehilangan air dan memecah protein serta lemak dalam tubuh untuk memulihkan energi.



2.1.8 Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut kemenkes (2019) dalam buku (Fitriani, dkk 2024) komplikasi diabetes melitus adalah :

1. Retinopati diabetik (gangguan mata/penglihatan), penyakit diabetes juga akan mengalami gangguan pada penglihatan, karena disebabkan tekanan darah tinggi pada saat naiknya kadar gula darah dan bagi Pasien diabetes melitus yang mengalami kelainan refraksi dapat menyebabkan kondisi penglihatan yang berubah-ubah. Dampak gangguan penglihatan dan penyakit mata terhadap kualitas hidup terkait penglihatan didapatkan kesimpulan bahwa semakin tinggi pengaruh dari penyakit gangguan yang diderita maka semakin rendah kualitas hidup pasiennya (Sumyati et al., 2021).
2. Penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung dan pembuluh darah), mekanisme terjadinya PJK pada pasien diabetes melitus sangat kompleks dan dikaitkan dengan adanya aterosklerosis yang dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain hipertensi, hiperglikemia, dyslipidemia, merokok riwayat keluarga dengan penyakit jantung coroner, dan obesitas. Pasien dengan diabetes sering memiliki level kolesterol tidak sehat termasuk didalamnya kadar kolesterol LDL dan trigliserida yang tinggi serta kadar kolesterol HDL yang rendah. Kondisi seperti ini sering terjadi pada pasien dengan penyakit jantung koroner. (Yuliani et al., 2014)
3. Nefropati diabetik (gangguan ginjal), Nefropati diabetik adalah komplikasi diabetes melitus pada ginjal yang dapat berakhir sebagai gagal ginjal.



Penyakit ginjal (nefropati) merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan pada DM. Perkembangan penyakit DM menjadi penyakit ginjal stadium diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terlibat, antara lain: faktor genetik, diet, dan kondisi medis yang lain seperti hipertensi serta kadar gula darah yang tinggi dan tidak terkontrol. Faktor resiko yang dihubungkan dengan terjadinya gagal ginjal tahap akhir nefropati diabetik antara lain peningkatan tekanan darah, kontrol gula darah yang buruk, dislipidemia, usia tua, resistensi insulin, merokok, jenis kelamin, ras dan asupan tinggi protein.

4. Neuropati diabetik (gangguan saraf yang menyebabkan luka amputasi pada kaki). Neuropati diabetik merupakan komplikasi neurologis yang paling umum dari diabetes, yang mempengaruhi ekstremitas bawah dan terkadang ekstremitas atas. Jika dilakukan pengobatan segera pada pasien diabetes dan mengalami diabetik neuropati dapat menyebabkan hilangnya sensasi atau mati rasa, jatuh, ulserasi kaki, infeksi kronis. Individu yang mengalami neuropati diabetik akan merasakan hilangnya sensasi pada kaki, sehingga mereka tidak akan menyadari apabila mengalami kerusakan jaringan atau infeksi. Jika masalah ini tidak ditangani dapat menyebabkan amputasi (Anstasi & Klug, 2021).



2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Lewis et al., 2020) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada diabetes melitus meliputi:

- Riwayat dan pemeriksaan fisik
- Tes darah, termasuk glukosa darah puasa, glukosa darah pasca makan, A1C, fruktosamin, profil lipid, BUN dan kreatinin serum, elektrolit, autoantibodi sel islet.
- Urine untuk urinalisis lengkap, albuminuria, dan aseton (jika diindikasikan) - Tekanan Darah
- EKG (jika diindikasikan)
- Pemeriksaan funduskopi (pemeriksaan mata dengan pembesaran pupil)
- Pemeriksaan gigi
- Pemeriksaan neurologis, termasuk uji monofilamen untuk sensasi pada ekstremitas bawah

2.1.10 Penatalaksanaan DM

Tujuan utama dari penatalaksanaan diabetes melitus yaitu mengurangi keluhan diabetes melitus, mengurangi resiko komplikasi akut dan meningkatkan kualitas hidup pasien, maka perlu dilakukan pengendalian kadar glukosa darah, berat badan, tekanan darah pasien secara komprehensif (PEKERNI dalam Lenggogeni, 2023).

Penatalaksanaan diabetes melitus dimulai dengan menerapkan pola hidup yang sehat (nutrisi dan aktivitas fisik), disertai dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral atau suntikan. Berdasarkan



perkumpulan endokrinologi indonesia (PEKERNi dalam Lenggogeni, 2023); langkah-langkah penatalaksanaan khusus diabetes melitus yaitu :

1. Edukasi

Edukasi bertujuan untuk promosi hidup sehat yang sangat perlu dilakukan untuk upaya pencegahan dan bagian yang penting dari pengelolaan diabetes melitus yang dapat mengubah perilaku untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman penyandang diabetes melitus terhadap penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal dan penyesuaian keadaan psikologis serta kualitas hidup yang baik. Edukasi merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan penyandang diabetes melitus (Nadarti & Supriatna, 2021; Suryati, 2021).

2. latihan fisik

Latihan fisik merupakan salah satu bagian dari pilar dalam pengelolaan penyakit diabetes melitus tipe 2, dalam program latihan fisik dilakukan sebanyak 3-5 hari/minggu secara teratur selama 30-40menit dengan jumlah 150 menit/minggu. Masalah utama pada penyakit diabetes melitus yaitu kurangnya respon reseptor terhadap insulin, sehingga insulin tidak dapat membantu glukosa ke dalam sel. Kontraksi otot memiliki sifat seperti insulin, olahraga dalam sel otot lebih banyak menggunakan untuk menjalankan aktivitas kontraktil. Laju transfer glukosa ke dalam otot yang sedang berolahraga dapat meningkat lebih dari 10 kali selama aktivitas fisik. Pada saat olahraga resistensi penyakit diabetes melitus dapat menyebabkan insulin pada penyakit diabetes melitus akan berkurang (Suryati, 2021).



3. Terapi farmakologi

1. Obat Hipoglikemia Oral (OHO)

Saran pengelolaan farmakologi diabetes melitus yaitu :

a) Sulfonilurea : cara kerja :Meningkatkan sekresi insulin

Efek samping : BB naik hioglikemia

b) Glinid : Cara kerja : Meningkatkan sekresi insulin

Efek samping : BB naik hipoglikemia

c) Metformin :cara kerja : Menekan produksi glukosa hati dan menambah sensitifitas terhadap insulin.

2. Insulin

insulin sangat diperlukan bagi penyandang diabetes melitus tipe 2 untuk mengendalikan kadar glukosa dalam darah. Penyandang diabetes melitus yang sudah tidak dapat dikendalikan kadar glukosa darahnya dengan kombinasi sulfonilurea dan metformin, langkah selanjutnya yang bisa diberikan yaitu insulin.

4. Terapi Nutrisi Medis/ Pola makan

Terapi nutrisi medis yaitu bagian penting dari penatalaksanaan diabetes melitus secara komprehensif. Prinsip pengatur makan pada pasien diabetes hampir sama dengan anjuran makan masyarakat umumnya yaitu makanan seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing. Pasien diabetes melitus sangat perlu dilakukan atau diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori terutama pada



mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1. Pengkajian keperawatan

Menurut (Lewis et al., 2020) Pengkajian yang dilakukan pada pasien diabetes melitus meliputi:

1. Data Subjektif

a. Informasi kesehatan yang penting

Riwayat kesehatan sebelumnya: Gondongan, rubella, virus coxsackie, atau infeksi virus lainnya. Trauma, infeksi, atau stres baru-baru ini. Kehamilan, Berat badan bayi baru lahir >4 kg. Pankreatitis kronis, sindrom Cushing, akromegali, riwayat keluarga diabetes tipe 1 atau tipe 2. Obat-obatan: Penggunaan insulin atau OA, kortikosteroid, diuretik, fenitoin (Dilantin), Operasi atau perawatan lain: Operasi atau perawatan lain yang baru dilakukan.

b. Pola Kesehatan Fungsional

- Persepsi kesehatan-manajemen kesehatan: Riwayat keluarga, malaise.
- Nutrisi-metabolik: Obesitas, penurunan berat badan (tipe 1), penambahan berat badan (tipe 2). Rasa haus, lapar, mual dan muntah. Penyembuhan yang buruk (terutama yang melibatkan kaki), kebiasaan makan
- Eliminasi: Konstipasi atau diare, sering buang air kecil, sering infeksi kandung kemih, nokturia, inkontinensia urin.



- Aktivitas-olahraga: Kelemahan otot, kelelahan .
- Persepsi kognitif: Sakit perut, sakit kepala, penglihatan kabur, mati rasa atau kesemutan pada ekstremitas, pruritus.
- Seksualitas-reproduksi: DE, sering terjadi infeksi vagina, vagina kering atau nyeri, libido menurun.
- Adaptasi: Depresi, mudah tersinggung, apatis.
- Nilai Keyakinan: Keyakinan kesehatan, komitmen terhadap perubahan gaya hidup yang melibatkan makanan, pengobatan, dan pola aktivitas.

2) Data Objektif

- Mata : Bola mata lunak dan cekung. Riwayat pendarahan vitreal, katarak.
- Kulit: Kulit kering, hangat, dan tidak elastis. Lesi berpigmen (pada kaki), bisul (terutama pada telapak kaki), bulu pada kaki rontok, akantosis nigricans.
- Pernafasan : Pernafasan cepat dan dalam (pernafasan Kussmaul)
- Kardiovaskular: Hipotensi. Denyut nadi lemah dan cepat.
- Saluran pencernaan: Mulut kering, muntah, dan napas berbau buah
- Neurologis: Refleks berubah, gelisah, bingung, pingsan, koma
- Muskuloskeletal: Otot mengecil.



2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Brunner & Suddarth (2018) beberapa diagnosa diabetes melitus yaitu:

1. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak cukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi.
3. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya ulkus/luka diabetes mellitus.
4. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi, perubahan kimia darah, insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi, infeksi dan hipermetabolik.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
7. Hipovolemia berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.
8. Defisit pengetahuan mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

2.1.3 Intervensi keperawatan

Menurut Brunner & suddarth (2018) ada beberapa rencana keperawatan perdiagnosa pada kasus diabetes melitus yaitu :

1. Berikan edukasi kepada pasien tentang Penyakit dan pentingnya mempertahankan kadar glukosa normal.
2. Mendemonstrasikan pemantauan glukosa darah.



3. Diet dan pilihan makanan, termasuk ukuran porsi.
4. Doronglah pasien untuk berolahraga.
5. Diskusikan keterampilan mengatasi stres untuk mengurangi stres.
6. Ajarkan penyuntikan insulin secara mandiri (Tipe 2).
7. Anjurkan untuk berhenti merokok.
8. Perawatan diri.
9. Manajemen akut.
10. Pencegahan komplikasi, seperti hiperglikemia dan hipoglikemia.
11. Ajarkan pentingnya pengobatan harian.
12. Jelaskan tanda dan gejala hipoglikemia serta intervensinya.

2.1.4 Implementasi

Promosi Kesehatan, Peran Anda dalam promosi kesehatan adalah mengidentifikasi, memantau, dan mengajari pasien yang berisiko terkena diabetes. Obesitas adalah faktor risiko utama untuk diabetes tipe 2. Temuan dari Program Pencegahan Diabetes menunjukkan bahwa penurunan berat badan yang sederhana sebesar 5% hingga 7% dari berat badan dan olahraga teratur selama 30 menit lima kali seminggu menurunkan risiko terkena diabetes tipe 2 hingga 58%.¹⁸

Menurut Lewis et al (2004), merekomendasikan skrining rutin untuk diabetes tipe 2 untuk semua orang dewasa yang kelebihan berat badan atau obesitas (BMI lebih besar dari atau sama dengan 25 kg/m²) atau memiliki satu atau lebih faktor risiko. Untuk orang-orang yang tidak memiliki faktor risiko diabetes, skrining harus Mulailah pada usia 45 tahun. Tabel 49-13 memberikan



kriteria untuk menguji pradiabetes dan diabetes. Jika hasilnya normal, ulangi pengujian pada 3 tahun interval.

2.1.5 Evaluasi

Menurut Brunner & suddarth (2018) Hasil yang diharapkan pada pasien

Diabetes Melitus yaitu sebagai berikut :

Faktor	Diabetes Mellitus Tipe 1	Diabetes Mellitus Tipe 2
Usia saat onset	Lebih umum di anak muda tapi dapat terjadi pada usia berapa pun	Biasanya usia 35 tahun atau lebih tapi dapat terjadi pada usia berapa pun
Jenis onset	Tanda dan gejala biasanya tiba-tiba, tapi proses penyakit mungkin ada untuk beberapa tahun	Insidious, mungkin pergi tidak terdiagnosis selama bertahun-tahun
Prevalensi	Akun untuk 5%–10% dari semua jenis diabetes	Menyumbang 90%–95% dari semua jenis diabetes
Faktor lingkungan Cacat primer	Virus, racun Tidak ada atau minimal produksi insulin	Obesitas, kurang olahraga Resistensi insulin, penurunan produksi insulin dari waktu ke waktu, dan perubahan dalam produksi adipokin
Sel islet	Sering hadir di serangan	Tidak hadir
Antibodi	Sering hadir	Tidak hadir
Endogen insulin	Tidak hadir	Awalnya meningkat di respons terhadap resistansi insulin, sekresi berkurang seiring waktunya
Keadaan gizi	Kurus, normal, atau gemuk	Sering kelebihan berat badan atau gemuk; mungkin normal
Gejala	Polidipsia, poliuria, polifagia, kelelahan, penurunan berat badan	Seringkali tidak ada; kelelahan, infeksi berulang; mungkin juga mengalami poliuria, polidipsia, dan polifagia
Ketosis	Rawan saat onset atau selama insulin kekurangan	Tahan kecuali selama infeksi atau stres
Terapi gizi Insulin	Penting Diperlukan untuk semua	Penting Diperlukan untuk beberapa; penyakit itu progresif dan pengobatan insulin mungkin perlu ditambahkan ke regimen pengobatan
Komplikasi vaskular dan neurologis	Sering	Sering



BAB 3

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Toni M. Lase NIM: 052025082

Unit : Rawat inap Tgl. Pengkajian : 25 Nov 2025
Ruang/Kamar : St. Marta Waktu Pengkajian :
Tgl. Masuk RS : 22 November 2025 Auto Anamnese :
Allo Anamnese :

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn.R
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 09 Agustus 1968 (57 Tahun)
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah Anak : 1
Agama/Suku : Protestan/Batak karo
Warga Negara : Indonesia Asing
Bahasa yang Digunakan : Indonesia
 rah.....
 ng

Pendidikan : S1
Pekerjaan : PNS
Alamat Rumah : Jl. Pembangunan No. 94-A, Medan selayang

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. E
Alamat : Jl. Pembangunan No. 94-A
Hubungan dengan klien : Istri



2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh : UGD
 Dokter praktek
- b. Diagnosa Medik :

DM Tipe 2

- b.1. Saat Masuk : DM Tipe 2
- b.2. Saat Pengkajian : DM Tipe 2

3. KEADAAN UMUM

- a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan* / **sedang*** / berat*
 (*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / **baring lemah*** / duduk* / aktif* / gelisah* /
 posisitubuh* / pucat* / Cyanosis */ sesak napas* /
 penggunaan alat medik yang digunakan
 Lain-lain :
 (*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Pasien mengatakan badan terasa lemah sering haus, sering BAK
 ada luka di telapak kaki kanan terasa sakit dan sulit sembuh.

2). Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien mengatakan badan lemas, mudah lelah, sering merasa
 ngantuk dan sering BAK, sering mengalami kesemutan dan kram
 pada kaki, terdapat luka di kaki sebelah kanan tampak kemerahan
 dan bernanah pasien mengatakan luka terasa nyeri dengan skala
 nyeri 5 tajam seperti tertusuk tusuk.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan memiliki riwayat DM 2 tahun yang lalu Tn.r
 tidak rutin melakukan kontrol kesehatan.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

- 1). **Kualitatif** : pos mentis Sc olens Coma
 Apatis Soporocomatous


2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :
 > Respon Motorik : 4
 > Respon Bicara : 5
 > Respon Membuka Mata: 6
 > Jumlah : 15

3). Kesimpulan :Compos Mentis

b. Flapping Tremor / Asterixis : positif negatif

c. Tekanan darah : 100/60 mm Hg

MAP : 80 mm Hg

Kesimpulan : MAP Normal

d. Suhu : 36,5°C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20X/menit

1). Irama : Teratur Kusmuall ynes-Stokes

2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 170 cm

Berat Badan : 80 kg

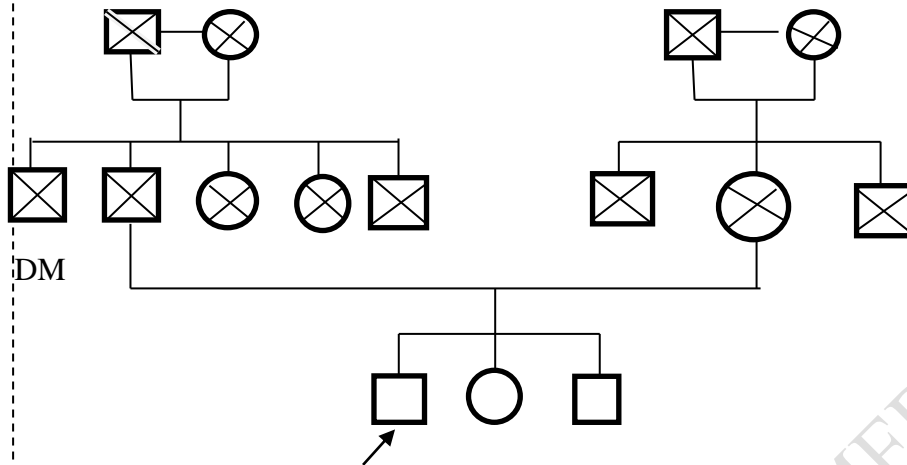
IMT : 27,7

Kesimpulan : Berat badan lebih

Catatan :



6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan

X = Meninggal

↗ = Pasien

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

Kapan Catatan

DM 2023 keluarga mengatakan Tn.r memiliki DM sudah 2 tahun

Kapan Catatan

2). Data Subyektif

Pasien tampak terbaring lemas di tempat tidur

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Hitam lebat dan tidak berminyak
- Kulit kepala : Tidak ada ketombe



- Kebersihan ulit : Kulit tampak kering
- Kebersihan rongga mulut: Bersih tidak ada jamur
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.r mengatakan makan 3x 1 hari, 1 porsi habis, makan dengan buah, minum banyak karena sering haus dan pasien suka minum kopi dengan gula terutama pada malam hari.

b. Keadaan sejak sakit

Tn.r mengatakan makan 3x 1 hari, terkadang habis dan terkadang tidak tetapi sering minum air putih minum 10-12 gelas/hari karena merasa haus.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Rambut agak lebat dan berwarna hitam

- Hidrasi kulit : Kulit kering

- Palpebrae : Tidak ada mata panda

- Conjunctiva : Anemis

- Sclera : Tidak ikterik

- Rongga mulut : Bersih tidak berjamur

- Gusi : Berwarna merah muda

- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah



- Gigi palsu :

Tidak ada

Adagigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah

- Lidah : Bersih, merah muda

- Tonsil : Ada pembesaran T

Tidak ada pembesaran

- Pharing :

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk Simetris

= Auskultasi : Peristaltik 10X / menit

= Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada

* Massa tidak ada

* Hidrasi kulit : Lembab pada kedua tangan

* Nyeri tekan: R. Epigastrica

Titik Mc. Burney

R. Suprapubica

R. Illiaca

= Perkusi

* Ascites Negatif

Positif gkar perut .../.../...Cm

- Kelenjar limfe inguinal Teraba ada pembesaran

Tidak teraba besaran



IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.r mengatakan sebelum sakit ia seorang PNS yang masih aktif dan masih sanggup melakukan pekerjaannya di kantor, kadang tn.r sesekali berolahraga seperti bermain tenis.

b. Keadaan sejak sakit

TN.r mengatakan sudah tidak bekerja lagi dikarenakan sakit yang dialaminya dan tn.r cepat merasa lelah ketika beraktivitas seperti saat bangun dari tempat tidur dan jalan ke kamar mandi.

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| - Makan | <input type="text" value="0"/> | 0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan orang dan alat
4 : bantuan penuh |
| - Mandi | <input type="text" value="2"/> | |
| - Berpakaian | <input type="text" value="0"/> | |
| - Kerapian | <input type="text" value="0"/> | |
| - Buang air besar | <input type="text" value="0"/> | |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="0"/> | |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="0"/> | |
| - Ambulansi | <input type="text" value="2"/> | |
| - Postur tubuh /gaya jalan : Tn.r tampak sedikit tegak/pincang karna luka pada telapak kaki kanan | | |
| - Anggota gerak yang cacat : Tidak ada | | |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : <2 detik
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : Simetris

* Stridor Negatif ositif



* Dyspnea d'effort Negatif Pos

* Sianosis Ne f Pd f

= Palpasi : VocalFremitus teraba

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 dekstra

Kesimpulan : Normal

= Auskultasi :

Suara Napas : normal

Suara Ucapan : jelas

Suara Tambahan : tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis: Tidak terlihat

= Palpasi : Ictus Cordis: Tidak teraba

Thrill:Negatif Pd if

= Perkusi(dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung

Batas atas jang : ICS III Linea parasternalis

Batas kanan jantung : ICS III, ICSS V linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS III linea parasternalis sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : LUP

Bunyi Jantung II P : LUP

Bunyi Jantung I T : DUP

Bunyi Jantung I M : DUP

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif

Positif

Murmur : Negatif

sitif : Tempat :

Grade :

HR : 98 X



- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :

= Rentang gerak : Normal

* Mati sendi : Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi ditemukan

Tidakditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	<u>5</u>
---	---	---	---	----------

Kanan

1	2	3	4	<u>5</u>
---	---	---	---	----------

= Reflex Fisiologik : Tidak ada kelainan

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

Columna Vertebralis

= Inspeksi: Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : Negatif Positif

* N. VIII Rombeng Test :

Negatif

Positif

Tidakdiperiksa, alasannya :

* Kaku duduk :


V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT
1). Data Subyektif
a. Keadaan sebelum sakit

Tn.r mengatakan tidur malam 22.00 WIB dan bangun jam 06.00 WIB, siang hari tidur hanya 1 jam saja pada jam 14.00 WIB

b. Keadaan sejak sakit

Tn.r mengatakan sejak sakit tidur malam sering terganggu. Pasien mengatakan tidur malam mulai pukul 22.00 wib. Namua sering terbangun 3-4 kali pada malam hari karena sering BAK, sehingga total tidur malam hanya \pm 4-5jam, tidur siang \pm 2-.3 jam.

2). Data Obyektif
a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif
 Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif
 Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL
1). Data Subyektif
a. Keadaan sebelum sakit

Tn.r mengatakan sudah mengidap diabetes melitus selama 2 tahun dantidak rutin untuk kontrol.

b. Keadaan sejak sakit

Tn.r mengatakan setelah dirawat, akan meminum obat rutin dan menjaga pola makan.

2). Data Obyektif
a). Observasi

Tn.r tampak terbaring lemas dan terlihat mengantuk

b). Pemeriksaan Fisik
- Penglihatan

- = Cornea : Normal
- = Visus : Normal
- = Pupil : Isokor



= Lensa Mata : Isokor

= Tekanan Intra Ocular (TIO): tidak diuji

- **Pendengaran**

= Pina : Simetris

= Canalis : Bersih

= Membran Tympani: Normal

= Tes Pendengaran : Normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :
Tn.r mampu mengenali rangsangan nyeri.

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan akan cemas bila harus dirawat dirumah sakit.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa pulang kerumah dan memulai pekerjaan sehari-hari.

2). Data Obyektif

a). Observasi

- Kontak mata saat bicara : Fokus

- Rentang perhatian : Perhatian penuh/ fokus

: Mudah teralihkan

: Tidak ada perhatian/tidak fokus

- Suara dan cara bicara : Jelas

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan

- Penggunaan protesa : Tidak ada

- Bila ada pada organ : Hidung Payudara

Lengan Tungkai



VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia menjalin hubungan yang baik dengan keluarga, tetangga dan teman sekantornya.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya sebagaimana biasanya.

2). Data Obyektif Observasi

Pasien tampak dijaga anak dan istrinya

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

- Pasien mengatakan sebelum menderita diabetes melitus, fungsi seksual normal dan reproduksinya normal

b. Keadaan sejak sakit

- Pasien mengatakan mengalami gangguan pola reproduksi berupa penurunan aktivitas seksual, dipengaruhi oleh kondisi sering kencing.

2). Data Obyektif

a. Observasi

- pasien tampak lemah dan cepat lelah

b. Pemeriksaan Fisik

- luka diabetik/ulkus tampak mengganggu mobilitas pasien

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit



Pasien mengatakan jika ada masalah, selalu diberitahu atau diceritakan kepada istrinya

b. Keadaan sejak sakit

Tn.r mengatakan pasien selalu menceritakan apa saja yang ia pikirkan dan selalu berbagi cerita, karena pasien selalu cemas.

2). Data Obyektif

a). Observasi

Pasien tampak cemas atas kondisinya yang terbaring lemas ditempat tidur

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada
= Basah : Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan setiap hari minggu kebaktian, sebelum sebelum dan sesudah tidur berdoa terlebih dahulu, sebelum dan sesudah makan juga berdoa

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa ke gereja lagi setiap hari minggu karena dirawat di rumah sakit, dan hanya bisa berdoa di tempat tidur saja.

2). Data Obyektif

Observasi

Pasien berdoa di tempat tidur sebelum dan sesudah tidur, sebelum dan sesudah makan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Toni Marthin Lase)

**SISTEMATIKA PENULISAN ASUHAN KEPERAWATAN****1. LAPORAN PENDAHULUAN (LP)**

1.1 BAB 1 Pendahuluan

1.2 BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

1.2.1 Konsep dasar medik

- a. Pengertian
- b. Etiologi
- c. Patofisiologi/ Pathway
- d. Manifestasi Klinik
- e. Komplikasi
- f. Prognosis
- g. Pemeriksaan Diagnostik
- h. Penatalaksanaan

1.2.2 Konsep dasar keperawatan

- a. Pengkajian keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Rencana keperawatan
- d. Implementasi
- e. Evaluasi
- f. Discharge planning

2. BAB 3. TINJAUAN KASUS

2.1. Pengkajian keperawatan

2.2. Daftar terapi

2.3. Pemeriksaan diagnostik

2.4. Analisa data

2.5. Daftar diagnose keperawatan

2.6. Rencana keperawatan

2.7. Pelaksanaan keperawatan

2.8. Evaluasi keperawatan

3. BAB 4 PEMBAHASAN

4. BAB 5 KESIMPULAN

5. DAFTAR PUSTAKA


Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Tanggal
D.Dimer	2534.40	ng/mL	0.00-500.00	23-11-2025
Natrium	132	mmol/L	130-145	23-11-2025
Kalium	4.7	mmol/L	3.3-5.2	23-11-2025
Klorida	101	mmol/L	90-105	23-11-2025
HbA1c	10.0	%	4.0-5.7	23-11-2025
KGD	333	mg/dl	80-200	25-11-2025
KGD	212	mg/dl	80-200	26-11-2025
KGD	180	mg/dl	80-200	27-11-2025


Daftar terapi yang diberikan

Nama Obat	Golongan	Waktu Pemberian	Tujuan / Manfaat
Ranitidine (Inj)	Antagonis reseptor H ₂	2x1	Menurunkan produksi asam lambung, mencegah gastritis/ulkus
Furosemide (Inj)	Diuretik loop	1x1	Mengurangi kelebihan cairan (edema, gagal jantung)
Ondansetron (Inj)	Antiemetik (antagonis 5-HT ₃)	2x1	Mengatasi mual dan muntah
Novorapid	Insulin kerja cepat	3x10 unit	Mengontrol gula darah setelah makan
Levemir (Insulin detemir)	Insulin kerja panjang (basal)	1x10 unit	Mengontrol gula darah basal/puasa
KSR (Kalium Slow Release)	Suplemen kalium	1x1 (19.00)	Mencegah / mengatasi hipokalemia
Alprazolam	Benzodiazepine	1x1 (malam)	Mengurangi kecemasan, membantu tidur
Ranitidine (Tablet)	Antagonis reseptor H ₂	2x1	Menurunkan asam lambung
Furosemide (Tablet)	Diuretik loop	3x1	Mengurangi kelebihan cairan
Atorvastatin	Statin	1x20 mg	Menurunkan kolesterol
Allopurinol	Antihiperurisemia	2x1	Menurunkan kadar asam urat



ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
1. Pasien mengeluh badan lemas 2. Pasien mengatakan sering merasakan haus dan mulut terasa kering 3. Pasien mengatakan mempunyai riwayat DM 2 tahun 4. Pasien mengatakan sering BAK	1. KGD : 333 mg/dl 2. HBA1C: 10.1%	Gangguan tolerasi gula darah	Ketidakstabilan Kadar Gula Darah (D.0027)
1. Pasien mengatakan kaki sering kebas, sering kesemutan pada kaki. 2. Pasien memiliki riwayat DM 2 tahun 3. Pasien mengatakan tidak menyadari adanya luka di kaki	1. Tampak ada luka pada telapak kaki 2. Ukuran luka \pm 3cm x 2 cm, kedalaman \pm 1 cm 3. Terdapat sedikit pus	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit (D.0129)



<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian kaki sebelah kanan , nyeri berada pada skala 5 2. Pasien mengatakan nyerinya tajam (seperti tertusuk-tusuk) 3. Nyeri muncul (3-5 menit) hilang timbul tampak kemerahan disekitar luka 4. Nyeri memberat saat kaki di gerakan. <p>P : Nyeri dirasakan pada saat digerakan, berjalan.</p> <p>Q : Nyeri tajam seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada telapak kaki bagian bawah</p> <p>S : Nyeri dirasakan skala 5</p> <p>T : Nyeri dirasakan hilang timbul 3-5 menit</p> <p>.-Nyeri meningkat saat beraktivitas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan Skala nyeri 2. Tampak ada kemerahan disekitar luka 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>
---	---	----------------------------------	----------------------------



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1.	Ketidak stabilan kadar gula darah berhubungan dengan Gangguan toleransi gula darah ditandai dengan pasien mengeluh badan merasa lesu,lemas, sering haus, dan sering BAK, mengatakan memiliki riwayat DM 2 tahun,KGD 333 mg/dl , HBA1C 10.1%, IMT 27,7.	Toni
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan Pasien mengatakan terdapat luka di bagian telapak kaki sebelah kanan, riwayat DM 2 Tahun yang lalu, kadang kaki terasa kebas, kram,kesemutan, tampak luka di telapak kaki kanan 3cm lebar 2 cm kedalaman 1 cm sedikit bepus, pasien kesakitan, Obs vital sign 100/60 mmhg, p ; 86 x/i.	Toni
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan Tn. r mengatakan nyeri dengan skala 5 dan gatal pada ulkus kaki kanan, Tn.r tampak meringis, Nyeri hilang timbul (3-5menit) dirasakan saat kaki digerakan , tampak ada kemerahan daerah sekitar luka. Panjang luka 3cm lebar 2cm.	Toni



PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1.	25 November 2025	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan Gangguan toleransi gula darah ditandai dengan pasien mengeluh badan merasa lesu,lemas, sering haus, dan sering BAK, mengatakan memiliki riwayat DM 2 tahun, KGD 333 mg/dl , HBA1C 10.1%, IMT 27,7.	Toni Toni
2	25 November 2025	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer ditandai dengan Pasien mengatakan terdapat luka di bagian telapak kaki sebelah kanan, riwayat DM 2 Tahun yang lalu, kadang kaki terasa kebas, kram, kesemutan, tampak luka di telapak kaki kanan panjang 3cm lebar 2 cm kedalaman 1 cm sedikit bepus, pasien kesakitan, Obs vital sign 100/60 mmhg, p ; 86 x/i.	Toni
3.	25 November 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologisTn. r mengatakan nyeri dengan skala 5 dan gatal pada ulkus kaki kanan, Tn.r tampak meringis, Nyeri hilang timbul (3-5menit) dirasakan saat kaki digerakan , tampak ada kemerahan daerah sekitar luka. Panjang luka 3cm lebar 2cm.	



RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan Gangguan toleransi gula darah	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil: - KGD normal (normalnya < 200 mg/dl) - Lesu menurun	Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi : - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. - Monitor kadar glukosa darah. - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Terapeutik: - Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi : - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. - Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaanin sulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional Kesehatan) Kolaborasi : - Kolaborasi	



			pemberian insulin	
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer.	SLKI (L.14125) Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan membaik dengan kriteria hasil : - Kerusakan jaringan menurun. - Nyeri menurun. - Kemerahan menurun.	Perawatan Luka (I.14564) Observasi: - Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau) - Monitor tanda – tanda infeksi. Terapeutik : - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka. - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Kolaborasi: - Kolaborasi prosedur debridement - Kolaborasi pemberian antibiotik	
3.	Nyeriakut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.	SLKI (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, maka Tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri	SIKI Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat	



	<p>menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif membaik 4. Gelisah menurun</p> <p>Frekuensi nadi membaik</p>	<p>dan memperingannyeri</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. kompres hangat/dingin) <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik 	
--	--	--	--



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
25/11/ 2025	1,2,3	14.00	- Melakukan pengkajian pada Tn.r	Toni
	1	15.00	- Mengontrol cairan infus pasien	
	1,2	16.00	- Menyiapkan terapi injeksi pasien - Memberikan terapi intravena Ranitine 1 amp dan Ondasentron 1 amp pada Tn.r, ceftriaxone	
	1	18.00	- Memberikan obat insulin novorapid 10 unit kepada pasien Tn.r	
	1	19.00	- Mengontrol makan Tn.r makan yang di berikan 1 porsi	
26/11/ 2025	1,2,3	07.00	- Mengontrol keadaan pasien, pasien tampak lemah. Terpasang infus RI 20 tpm berjalan dengan lancar	Toni
	1	08.30	- Menyiapkan obat injeksi Tn.r	
	1	09.00	- Memberikan terpi IV dengan nama obat nj.ondansentron 1 amp, ranitidine 1 amp.	
	2	10.00	- Mengkaji kerusakan kulit dan - melakukan perawatan luka pada	



	1	12.30	- telapak kaki kanan - Memberikan obat insulin (Novorapid) 10 unit	
	1	13.00	- Mengontrol makan siang pasien, habis 1 porsi	
27/11/2025	1,2,3	08.00	- Menyiapkan obat injeksi Tn.r	
	1	09.30	- Memberikan terapi intravena ondansentron 1amp, ranitidine 1 amp.	
	3	11.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, intensitas nyeri : P : Nyeri dirasakan pada saat digerakan, berjalan. Q : Nyeri tajam seperti ditusuk tusuk R : Nyeri dirasakan pada telapak kaki bagian bawah S : Nyeri dirasakan skala 5 T : Nyeri dirasakan hilang timbul 3-5 menit. -Nyeri meningkat saat beraktivitas	Toni



	2,3	11.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kerusakan kulit pada luka, kulit tampak ada kemerahan luas luka panjang 3m lebar 2 cm - Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut 	
	1	12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat insulin (Novorapid) 10 unit 	
	1		<ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol makan Tn.r dengan porsi sedang 	
	1,2		<ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol cairan infus pasien 	
	1,2,3		<ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol waktu istirahat pasien 	



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.r/ 57 tahun

Ruang/Kamar : St. Marta/411-1

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
25/11/2025	<p>DP1 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatn badan terasa lemah, lesu, kaki kram, mudahlapar dan sering BAK <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang - Kes: cm - KGD: 333 mg/dl (sebelum makan) - BAK : 10 kali Assesment: <p>Assesment :</p> <p>Masalah ketidakstabilan gula darah b/d gangguan toleransi gula darah belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Monitoring tanda gejala hiperglikemia - Anjurkan pasien mematuhi diet - Memonitoring pemberian kebutuhan insulin <p>DP. 2 :Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjektive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. R mengatakan luka pada daera luka terasa gatal <p>Objektive :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : sedang - Kes : cm - Luas luka dengan panjang 3cm dan lebar 2 cm berpus <p>Assesment :</p>	Toni



- Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planning :

- Intervensi dilanjutkan
- Monitor kerusakan kulit
- Edukasi perawatan kulit

DP. 3 : Nyeri akut

Subjektive :

- Tn. r mengatakan nyeri pada kaki kiri dengan skala 5
nyeri muncul 3-5 menit hilang timbul, tajam seperti
ditusuk tusuk

Objective:

- Ku: sedang
- Kes: cm
- P : Nyeri dirasakan pada saat digerakan, berjalan.
- Q : Nyeri tajam seperti ditusuk tusuk
- R : Nyeri dirasakan pada telapak kaki bagian
bawah
- S : Nyeri dirasakan skala 5
- T : Nyeri dirasakan hilang timbul 3-5 menit.
- Nyeri meningkat saat beraktivitas

Assesment :

Masalah nyeri belum teratasi

Planning:

- Lanjutkan intervensi
- Pantau tanda-tanda vital
- Pantau skala nyeri
- Jelaskan strategi mengurangi nyeri
- Kolaborasi pemberian terapi analgetik



26/11/2025	<p>DP1 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih terasa lemah, lesu, kaki kram, mudahlapar dan sering BAK <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang - Kes: cm - KGD: 212 mg/dl (sebelum makan) - BAK : 10 kali <p>Assessment :</p> <p>Masalah ketidakstabilan gula darah b/d gangguan toleransi gula darah belum teratasi</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Anjurkan pasien mematuhi diet - Memonitoring pemberian kebutuhan insulin <p>DP2 : Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terdapat luka di bagian telapak kaki sebelah kanan dan terasa nyeri dengan skala nyeri 5 <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang - Kes: cm - Terdapat luka di telapak kaki kanan - Luka tampak berpus <p>Assessment :</p> <p>Gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p>	Toni
------------	--	------



Planning:

- Lanjutkan intervensi
- Monitoring tanda gejala infeksi
- Monitor perubahan warna dan luas lesi
- Edukasi perawatan kulit, menjaga kebersihan area

DP3: Nyeri Akut

Subjective:

- Pasien mengatakan nyeri di area luka dengan sakala 5, pasien tampak meringis kesakitan, tampak kemerahan diarea sekitar luka.

Objective:

- Ku: sedang , Kes: cm
- Masalah nyeri akut belum teratasi
- Tampak kemerahan di daerah sekitar luka
- P : Nyeri dirasakan pada saat digerakan, berjalan.
- Q : Nyeri tajam seperti ditusuk tusuk
- R : Nyeri dirasakan pada telapak kaki bagian bawah
- S : Nyeri dirasakan skala 5
- T : Nyeri dirasakan hilang timbul 3-5 menit.
- Nyeri meningkat saat beraktivitas

Assessment :

Nyeri akut b/d pencedera fisiologis belum teratasi

Planning:

- Lanjutkan intervensi manajemen nyeri
- Ajarkan teknik relaksasi
- Kolaborasi pemberian analgetik
- Evaluasi nyeri secara berkala



27/11/2025	<p>DP 1: Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas, pola makan sudah teratur dan terkadang sering mengantuk sering kencing mulai berkurang <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang - Kes: cm - KGD: 180 mg/dl <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakstabilan gula darah sudah teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Memonitoring pemberian kebutuhan insulin - Pertahankan pemantauan rutin dan edukasi diet <p>DP2: Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. C mengatakan kulit pada daerah luka masih memerah dan sudah tidak terasa gatal <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ku: sedang - Kes: cm - Luas luka Panjang 3 cm lebar 2 cm <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan - Monitor kerusakan kulit - Monitor pergerakan klien 	
------------	---	--



	<p>DP3: Nyeri Akut</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di area luka sediki berkurang <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang - Kes: cm <p>Assessment :</p> <p>Nyeri akut b/d pencedera fisiologis teratasi sebagian</p> <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi manajemen nyeri - Evaluasi kembali kebutuhan analgetik -Pertahankan mobilisasi mandiri 	
--	--	--



BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa DM didapatkan data seperti terasa lemah, letih, sering mengantuk, sering BAK, sering merasa lapar dan sering haus, terdapat luka ditelapak kaki kanan, dan mengatakan penyakit DM tipe 2 sudah 2 tahun.

Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan tidak ada perbedaan antara teori karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami pasien dengan masalah diabetes terdapat pada teori.

Pengkajian ini sejalan dengan penelitian (Fitria Hasanuddin et., al 2022) dimana dalam pengkajian yang dilakukan terdapat gejala yang ditimbulkan oleh pasien diabetes melitus terdapat gejala seperti sering berkemih, sering merasa haus, cepat merasa lelah, kaki terasa kram dan terdapat luka yang sulit sembuh.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis berasumsi bahwa tanda dan gejala tersebut dikarenakan kadar gula yang tinggi dalam darah yang menyebabkan gangguan metabolisme penurunan sirkulasi darah, dan kerusakan saraf perifer.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini, penulis menegakkan diagnosa berdasarkan dari hasil pengkajian dan analisa data yang di temukan pada kasus pasien diabetes melitus tipe 2, terdapat 3 diagnosa yang ditemukan pada kasus DM yaitu :



1. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan gangguan toleransi gula darah
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
3. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik.

Sedangkan berdasarkan teori terdapat beberapa diagnosa yang ditemukan pada penderita diabetes melitus yaitu Resiko defisit nutrisi, Resiko infeksi, Nyeri kronis, Ketidakstabilan glukosa darah, Gangguan mobilitas fisik, Defisit perawatan diri, Hipovolemia, Defisit pengetahuan. Penulis berasumsi bahwa ketiga diagnosa yang di dapatkan pada pengkajian sesuai dengan teori yang dimana pasien dengan keluhan badan lemas, sering merasa haus, sering buang air kecil (BAK), dan mudah mengantuk mengalami ketidakstabilan kadar gula darah yang berhubungan dengan gangguan toleransi gula darah. Hal ini sejalan dengan penelitian (Wahyuni et al., 2022) Pada penderita Diabetes Mellitus keluhan umum yang biasanya dirasakan adalah sering buang air kecil atau poliuria, sering merasa haus atau polidipsia, sering merasa lapar atau polifagia, Parastesia Ekstermitas Bawah atau sensasi seperti tertusuk jarum atau mati rasa pada bagian tubuh tertentu. Parastesia bisa terjadi pada bagian tubuh manapun tetapi paling sering terjadi ditangan, kaki dan kepala, Kehilangan berat badan (BB) dan rasa lemah. Selain itu masalah keperawatan yang timbul pada kasus Diabetes Mellitus yaitu: Ketidakstabilan kadar gula darah, perfusi perifer tidak efektif, kelelahan, hipovolemia, resiko infeksi, resiko syok, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit/jaringan.



Penulis berasumsi bahwa pasien Diabetes Mellitus berisiko mengalami gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan neuropati perifer. Asumsi ini didasarkan pada hasil pengkajian di lapangan serta didukung oleh teori yang menyatakan bahwa hiperglikemia kronik pada pasien diabetes dapat menyebabkan kerusakan saraf perifer (neuropati), penurunan sensasi nyeri, serta gangguan sirkulasi darah perifer. Kondisi tersebut menyebabkan pasien tidak menyadari adanya trauma ringan pada kulit sehingga meningkatkan risiko terjadinya luka kronis atau ulkus diabetikum. Perawatan luka secara tepat dapat membantu proses penyembuhan luka secara cepat, dan mengurangi risiko amputasi.

Penulis berasumsi bahwa pada pengkajian yang dilakukan dengan masalah diabetes melitus sesuai berdasarkan teori dan hasil pengkajian peneliti di lapangan, maka penulis mengangkat diagnosa gangguan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Akbar & Yulianti, 2025) Gejala dari nyeri diabetik neuropatik dideskripsikan bermacam-macam, yaitu termasuk rasa terbakar yang intermiten atau kontinyu, tertusuk, kesemutan, dan mati rasa, sensasi panas, dingin, atau gatal. Nyeri akut pada pasien diabetes melitus dapat terjadi salah satunya karena adanya neuropati diabetik. Kasus diabetes melitus terus menerus mengalami peningkatan jika tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan komplikasi. Komplikasi yang paling sering ditemukan pada penyandang diabetes melitus yaitu neuropati yang menyebabkan kesemutan, nyeri, mati rasa, atau kelemahan pada kaki dan tangan.



4.3 Intervensi

Intervensi keperawatan antara tinjauan dengan kasus pasien kelolaan (tidak terdapat kesenjangan) yang diamati dengan buku panduan SDKI,SLKI,SIKI sesuai dengan diagnosa (masalah) yang di temui. Intervensi keperawatan yang digunakan dalam kasus pasien dengan diabetes melitus ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dengan rencana tindakan observasi,terapeutik,edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah dengan intervensi keperawatan Manajemen hiperglikemia (I.03115) dimana pada perencanaan ini ada beberapa yang menjadi strategi pelaksanaan yaitu : Monitor kadar glukosa, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes. Perencanaan ini bertujuan agar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil : KGD normal (<200 mg/dl), lemas, lesu menurun.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, dengan intervensi keperawatan Perawatan Luka (I.14564) dimana pada perencanaan ini ada beberapa yang menjadi strategis perencanaan yaitu : Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau). Perencanaan ini bertujuan agar integritas kulit/jaringan membaik dengan kriteria hasil : Kerusakan jaringan menurun, kemerahan menurun.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dengan intervensi Manajemen nyeri (I.08238) dimana pada perencanaan ini terdapat beberapa yang menjadi strategis perencanaan yaitu: Identifikasi skala nyeri, identifikasi



faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. yang bertujuan agar tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap proses implementasi penulis semaksimal mungkin melakukan asuhan keperawatan sesuai kondisi yang telah disusun. Beberapa implementasi penulis yang efektif dalam mengatasi masalah ketidak stabilan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus meliputi : pemantauan kadar gula darah, memonitor karakteristik luka, pendidikan kesehatan mengenai DM.

Dalam pelaksanaanya penulis memberikan edukasi tentang diabetes melitus, agar pasien memahami pentingnya; pemantauan kadar gula darah, kepatuhan pada pengobatan, melakukan aktifitas fisik seperti, dan perubahan gaya hidup. Hal ini didukung oleh penelitian (Zakia Rahman et al., 2023) Self care yang baik dan benar pada pasien DM tipe 2 sangat diperlukan dalam upaya pencegahan terjadinya komplikasi. Keberhasilan self care diperoleh dari partisipasi pasien, keluarga dan masyarakat melalui informasi pendidikan kesehatan/edukasi. Perubahan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat tetap karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri bukan paksaan. Self care yang dilakukan penderita diabetes melitus meliputi pengaturan pola makan/ diet, aktivitas fisik/ olahraga, perawatan kaki, minum obat diabetes, dan monitoring gula darah. Pengaturan pola makan pada penderita DM merupakan pengaturan makanan seimbang dengan tujuan mendapatkan kontrol metabolik yang baik. Prinsip diet penderita DM harus memperhatikan jadwal, jumlah dan jenis makanan. Yang



berkaitan erat dengan kadar gula darah. Monitoring gula darah dilakukan oleh penderita DM untuk mencegah terjadinya hipoglikemia, hiperglikemia, dan ketosis berat. Monitoring yang dilakukan secara rutin merupakan tindakan deteksi dini dalam mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang. Aktivitas fisik/olahraga merupakan komponen penting dalam self care. Sedangkan Minum obat diabetes merupakan bentuk terapi farmakologi pada penderita DM. Kelompok obat untuk penderita diabetes dibagi menjadi 2 yaitu memperbaiki kerja insulin dan meningkatkan kerja insulin. Pengobatan berpengaruh secara langsung terhadap pengendalian kadar gula darah. Hal yang diperlukan dalam pengendalian diabetes melitus adalah dengan pedoman 4 pilar pengendalian DM yang terdiri atas edukasi atau pendidikan kesehatan, diet atau pengaturan makan, olahraga, serta kepatuhan pengobatan.

Menurut asumsi penulis bahwa tidak terdapat perbedaan perencanaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan masalah yang dimiliki pasien, strategi yang dilakukan untuk memantau kondisi pasien serta evaluasi secara terus menerus agar dapat mendukung keberhasilan perkembangan pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai (PPNI, 2018).

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Pada evaluasi yang dilakukan dapat di dapatkan pada pasien T.n.R tujuan yang di



tentukan belum tercapai sepenuhnya. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar gula darah masalah belum teratasi karena kadar gula darah ≥ 200 mg/dl. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan masalah teratasi sebagian karena pus berkurang, kemerahan pada sekitar luka berkurang. Pada diagnosa nyeri akut masalah teratasi sebagian karena pasien mengetahui apa itu pengertian diabetes melitus, diet DM, dan komplikasinya. Sehingga perlu pemantauan lebih lanjut terhadap kasus pasien dengan diabetes melitus terkait dengan diagnosa keperawatan yang masih belum teratasi. Dapat disimpulkan bahwa hasil evaluasi keperawatan tidak adanya masalah yang teratasi sepenuhnya. Pada kondisi ini penulis berasumsi ketidakberhasilan disebabkan oleh kurangnya waktu dalam melakukan perawatan. Maka perlu dilakukan nya kembali intervensi - intervensi keperawatan yang penulis buat seperti mengevaluasi kepatuhan diet serta perawatan luka.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.ri dengan gangguan sistem endokrin : Diabetes Melitus diruangan Santa Marta Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 Dapat Disimpulkan Bahwa :

1. Pengkajian keperawatan pada kasus diabetes melitus didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah data fokus berupa data subjektif dan objektif. Pasien memiliki riwayat diabetes selama ini jarang mengontrol kadar gula darah, terdapat luka di telapak kaki kanan, tampak kemerahan pada sekitar luka, sedikit berpus.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan gangguan toleransi gula darah, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 yang penulis susun diambil dari buku SIKI yaitu diagnosa ketidakstabilan kadar gula darah dengan manajemen hiperglikemia, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan dengan perawatan luka, dan diagnosa nyeri akut dengan Manajemen nyeri.
4. Implementasi keperawatan pada pasien diabetes melitus yang dilakukan penulis dengan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi seperti



memonitor kadar gula darah dan pemberian insulin, melakukan perawatan luka, dan edukasi mengenai diabetes melitus

5. Evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus yaitu perlunya pemantauan kadar gula darah setiap hari, teknik perawatan luka.

5.2 Saran

1. Bagi profesi keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dalam bidang keperawatan medikal bedah agar dapat saat menentukan perencanaan serta pelaksanaan dalam pemberian asuhan keperawatan lebih tepat dan lebih spesifik dengan melihat respon pasien dan keluarga pasien.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dapat menjadi bahan acuan, referensi atau data tambahan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan, khususnya pada penderita diabetes melitus.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi sehingga dapat lebih dikembangkan lagi.



DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. F., & Yulianti, S. (2025). Implementasi Pemberian SPA Kaki Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Klinik Rizky *Wound Care Centre Implementation Of Foot Spd Provision In Type II Diabetes Mellitus Patients With Acute Pain Nursing Problems At The.* 8(3), 1671–1685. <https://doi.org/10.56338/Jks.V8i3.6559>
- Alfaqih, M. R. (2022). *Manajemen Penatalaksanaan Diabetes Melitus* (Guepedia/B). Guepedia.
- Andriani, W. R., & Hasanah, D. R. N. (2023). Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2). *Tirtayasa Medical Journal*, 2(2), 77. <https://doi.org/10.62870/Tmj.V2i2.19529>
- Chloranyta, S., & Sulistyaningrum, D. P. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Diabetes Melitus Dengan Pendekatan Sdki, Slki Dan Siki (D. P. Sulistyaningrum (Ed.)). CV Cendekia Press.
- Fitriani. (2024). *Mengenal Penyakit Degenratif* (M. Nasrudin (Ed.)). Nasya Expanding Management.
- Halawa, A., Gea, N. H., & Bestheida, M. (2023). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidakpatuhan Diet Pada Pasien DM Tipe 2 Di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(5), 1328–1338. <https://doi.org/10.33024/Mahesa.V3i5.10333>
- Harefa, E. M., & Lingga, R. T. (2023). Fkator Resiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II (Yogi (Ed.)). Uwais Inspirasi Indonesia
- Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher. (2020). *Medical-Surgical Nursing*. In M. M. Harding (Ed.), Elsevier Mosby (Ninth Edit). <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000921784.61168.1f>.
- Lenggogeni, D. P. (2023). *Burger Allen Exercise Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2* (B. Hernowo (Ed.)). CV. Mitra Edukasi Negri.
- Pangestika, H., Ekawati, D., & Murni, N. S. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(1), 132–150.



- Sholikah, Tri, A., Febrinasari, Ratih, P., & Pakha, Dyonisa, N. (2021). Edukasi Penyakit Diabetes Melitus Dan Cara Pemeriksaan Glukosa Darah Secara Mandiri. *Smart Society Empowerment Journal*, 1(2), 49–55.
- Suddarth's, B. &. (2010). Textbook of Medical and Surgical Nursing. In H. Surrena (Ed.), Wolters Kluwer Health (12th editi). <https://doi.org/10.5005/jp/books/10916>
- Sinaga, H., Hasibuan, R., & Susanti, N. (2024). *No Title*. 4(0), 1–23.
- Siregar, J. H., & Batubara, S. (2021). Upaya Peningkatan Pengetahuan Pasien Diabetes Tentang Pengobatan Diabetes Melitus Di Poliklinik Penyakit Dalam RS Citra Medika Tembung Deli Serdang. *Jurnal Pegabdian Masyarakat*, 1 (1)(1), 1–6. <https://doi.org/10.47709/Cnappc.Xxxx>
- Umayya, L. I., & Wardani, I. S. (2023). Hubungan Antara Diabetes Melitus Dengan Glaukoma. *Jurnal Medika Utama*, 04(01), 402–406.
- Wahyuni, S., Sari, N. P., Kurniawan, Y., Sapta, S., & Bengkulu, B. (2022). Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Terapi Walking Exercise (Jalan Kaki). *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(2), 36–44. <https://journal-mandiracendikia.com/jbmc>

**OPTIMALISASI PERAWATAN KAKI PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS MELALUI EDUKASI BERBASIS EVIDENCE-BASED PRACTICE**

Suswani & Asri (2025)

Hasil Telaah:

Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis tidak menular yang prevalensinya semakin meningkat secara signifikan di seluruh dunia. Salah satu komplikasi kronis DM yang paling ditakuti adalah masalah kaki diabetik (diabetic foot problems), yang meliputi neuropati perifer, penyakit arteri perifer, ulkus kaki diabetik, infeksi, hingga amputasi. Pencegahan komplikasi kaki diabetik melalui perawatan kaki yang tepat merupakan salah satu strategi paling efektif dan efisien dalam manajemen DM.

Sebagian besar pasien tidak melakukan pemeriksaan kaki harian, tidak menggunakan alas kaki yang tepat, serta kurang memperhatikan kebersihan dan kelembapan kulit. Penerapan EBP dalam edukasi perawatan kaki akan lebih berdampak pada perubahan perilaku pasien dalam jangka Panjang. Edukasi tidak hanya diberikan dalam bentuk ceramah, tetapi juga disertai demonstrasi langsung, praktik mandiri oleh peserta, serta penggunaan media edukasi seperti leaflet, poster, dan checklist harian.



EDUKASI PERAWATAN KAKI BAGI PENDERITA DM

NO	EDUKASI PERAWATAN KAKI DIBERIKAN SECARA RINCI PADA SEMUA ORANG DENGAN ULKUS MAUPUN NEUROPATI PERIFER DAN PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE (PAD)
1	TIDAK BOLEH BERJALAN TANPA ALAS KAKI, TERMASUK DIPASIR DAN AIR
2	PERIKSA KAKI SETIAP HARI DAN DILAPORKAN PADA DOKTER APABILA KULIT TERKELUPAS, KEMERAHAN ATAU LUKA
3	PERIKSA ALAS KAKI DARI BENDA ASING SEBELUM MEMAKAINYA
4	SELALU MENJAGA KAKI DALAM KEADAAN BERSIH, TIDAK BASAH DAN MENGOLESKAN KRIM PELEMBAB PADA KULIT KAKI YANG KERING
5	POTONG KUKU SECARA TERATUR
6	KERINGKAN KAKI DAN SELA-SELA JARI KAKI SECARA TERATUR SETELAH DARI KAMAR MANDI
7	GUNAKAN KAOS KAKI DARI BAHAN KATUN YANG TIDAK MENYEBABKAN LIPATAN PADA UJUNG JARI KAKI
8	KALAU ADA KALUS ATAU MATA IKAN, TIPISKAN SECARA TERATUR
9	JIKA SUDAH KELAINAN BENTUK KAKI, GUNAKAN ALAS KAKI YANG DIBUAT KHUSUS
10	SEPATU TIDAK BOLEH TERLALU SEMPIT ATAU LONGGAR, JANGAN GUNAKAN HAK TINGGI
11	HINDARI PENGGUNAAN BANTAL ATAU BOTOL BERISI AIR PANAS/BATU UNTUK MENGHANGATKAN KAKI

SUMBER : PERKENI 2021

PTOFESI NERS 2025



BukuBimbinganKarya Ilmiah Akhir Prodi Ners TahapProfesiSTIKes Santa Elisabeth Medan



Nama Mahasiswa : Toni Martin Lase
 NIM : 05203002
 Judul : Asuhan keperawatan kesehatan bedah..
pada Tn.k Dengan gangguan Sistem
endokrin : Diabetes melitus Tipe II.Dx
kegangan St. Aneta Runchi Sekel Santa Elisabeth Medan
Tahun 2024
 Nama Pembimbing I : Annita Andia Yanti Ginting, Skep, Ns, M.kep
 Nama Pembimbing II : Kurni Sari Dewi Simanullang, Sikep, Ns, M.kep
 Nama Pembimbing III : Sampriah Sinurat, Skep., Ns., K.AAH

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEMB 1	PEMB 2	PEMB 3
	09/02/2026	Kurni Sari Dewi Simanullang	-Perbaikan Rencana - Penambahan Aspek kefarmasi - Hasil Lab		kg	
	11/02/2026	Kurni Sari Dewi Simanullang	-Perbaikan Analisa data -Perbaikan Rencana kep - Perbaikan Intervensi		kg	



Buku Pembinaan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan



	02/07/2026	Faurni Sani Dewi Simandjaya	Acc			K9
	03/07/2026	Sampriah Sinurat	Acc			AS
	07/07/2026	Annita A-yanti Rahmy	Implementasi			
	04/07/2026	Annita A. Yanti Rahmy	Acc			