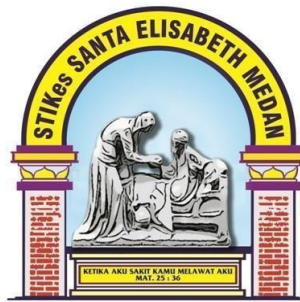


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN: DIABETES MELITUS
TIPE II PADA NY. R DIRUANG RAWAT INAP SANTO
FRANSISKUS RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Ade Rotua Suryani
NIM. 052024001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**

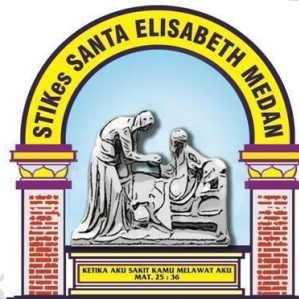


STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN
SISTEM ENDOKRIN: DIABETES MELITUS
TIPE II PADA NY. R DIRUANG RAWAT INAP SANTO FRANSISKUS
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN**

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:

Ade Rotua Suryani
NIM. 052024001

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN
2024/2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 07 MEI 2025

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 DIDEPAN
TIM PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 07 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

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

Anggota I : Jagentar Pane, S. Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota II : Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Oleh:

Ade Rotua Suryani
NIM. 052024001

Medan, 07 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

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

Anggota

Jagentar Pane, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep



RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR

Ade rotua suryani, 052024001

“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Diabetes Melitus Tipe II Pada Ny.R Di Ruang Santo Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025”

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata kunci: Asuhan keperawatan , Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit multisistem kronis yang ditandai dengan hiperglikemia akibat produksi insulin yang tidak normal, penggunaan insulin, atau keduanya. Penyakit diabetes melitus merupakan penyakit tertinggi ke-3 di rumah sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024. Salah satu komplikasi dari penyakit diabetes melitus antara lain dapat menyebabkan gangguan pada ginjal, mata, otak dan jantung. 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 Ny.R di ruangan Santo Fransiskus 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 defisit pengetahuan. Adapun masalah keperawatan yang belum teratasi yaitu ketidakstabilan kadar gula darah karena hasil 231 mg/dl, sedangkan masalah keperawatan yang sudah teratasi sebahagian adalah gangguan integritas kulit/jaringan karena hasil luka dibetis kiri mulai membaik, pus berkurang, kemerahan pada sekitar luka berkurang, bengkak



berkurang, skala nyeri 3, kemudian pada defisit pengetahuan masalah keperawatan teratasi sebahagian karena pasien sudah mulai mampu mengetahui tentang penyakitnya tapi masih sulit mengontrol pola makannya, dan pasien masih dalam perawatan.

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 Dengan Gangguan Sistem Endokrin Diabetes Melitus Tipe II Pada Ny.R Di Ruang Santo Fransiskus 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 bimbingan dan 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.



STIKes Santa Elisabeth Medan

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. Jagentar. P. Pane, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Imelda Derang, S.Kep., Ns., M.Kep 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 dan tenaga pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dan membantu peneliti selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
7. Seluruh rekan kerja terkhusus di ruangan Santo Fransiskus yang telah memberi dukungan kepada penulis selama menjalani proses Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
8. Teristimewa kepada orang tua saya Bapak P. Pakpahan dan almarhum ibu saya O. Br Simbolon, dan yang tercinta suami dan anak saya yang telah mendampingi saya dengan penuh cinta dan kasih sayang serta seluruh saudara saya yang saya cintai yang telah memberikan dukungan kepada saya baik dari segi motivasi, doa dan materi untuk memenuhi segala kebutuhan yang saya perlukan selama pendidikan hingga saat ini.



9. Seluruh teman seperjuangan Program Studi Profesi Ners angkatan XI stambuk 2024 yang telah memberi memotivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya pada profesi keperawatan.

Medan , 07 Mei 2025

Ade Rotua Suryani

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	5
1.2.1 Tujuan umum	5
1.2.2 Tujuan khusus	5
1.3 Manfaat	6
1.3.1 Manfaat teoritis	6
1.3.2 Manfaat praktis.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
2.1 Konsep Dasar Medis	7
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus.....	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	7
2.1.3 Klasifikasi.....	9
2.1.4 Etiologi	11
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Pathway	15
2.1.7 Manifestasi Klinis	15
2.1.8 Komplikasi	16
2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik.....	20
2.1.10 Penatalaksanaan	21
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	23
2.2.1. Pengkajian keperawatan.....	23
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	25
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	25
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	26
2.2.5. Evaluasi Keperawatan	28

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN.....	30
3.1 Pengkajian	30
3.2 Analisa Data	50
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	52
3.4 Intervensi Keperawatan.....	54
3.5 Implementasi Keperawatan	58
3.6 Evaluasi Keperawatan	62
BAB IV PEMBAHASAN.....	70
4.1 Pengkajian	70
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.3 Intervensi Keperawatan.....	73
4.4 Implementasi Keperawatan	74
4.5 Evaluasi	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	77
5.1 Kesimpulan	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistem Endokrin	7
Gambar 2.2 <i>Pathway</i>	15
Gambar 3.1 Mind Mapping.....	.



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Gaya hidup modern sudah menjadi salah satu bagian dari kebutuhan sekunder masyarakat terutama dalam hal memilih makanan dan pola makan. Gaya hidup manusia sekarang lebih senang dengan gaya hidup instan dan praktis termasuk dalam memilih makanan, dan mengabaikan sisi kesehatan, misalnya makanan yang mengandung tinggi lemak, banyak garam dan tinggi gula, hal inilah menjadi salah satu penyebab terjadinya peningkatan penyakit degeneratif, antara lain diabetes melitus (Yuantari, 2022).

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme tubuh yang menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah (hiperglikemia) (Zakiudin *et al.*, 2023). Penyakit Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi. Ada dua komplikasi pada DM yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik. Yang termasuk komplikasi akut yaitu diabetik ketoasidosis, yang termasuk komplikasi kronik terdiri dari komplikasi makrovaskuler dan komplikasi mikrovaskuler. Penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer merupakan jenis komplikasi makrovaskular, sedangkan retinopati, nefropati, dan neuropati merupakan jenis komplikasi mikrovaskuler (Suciana & Arifianto, 2019)

DM tipe 2 berlangsung lambat dan progresif, sehingga tidak terdeteksi sejak dini karena gejala yang dialami pasien sering bersifat ringan seperti

kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi dan luka yang lama sembuh (Zakiudin *et al.*, 2023), hal ini disebabkan oleh Diabetes melitus tipe 2 disebabkan berbagai faktor diantaranya faktor genetik, faktor demografi (kepadatan penduduk, urbanisasi, usia diatas 40 tahun) dan faktor perubahan gaya hidup yang menyebabkan obesitas karena makan berlebih dan hidup santai atau kurang beraktifitas (Anindita *et al.*, 2021), akibat gangguan resistensi insulin akan mengakibatkan peningkatan metabolisme lemak (Lestari *et al.*, 2021).

Berdasarkan data *International Diabetes Federation* tahun 2021 terdapat 537 juta orang dewasa (usia 20-79 tahun) hidup dengan Diabetes Melitus. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta pada tahun 2030 dan 783 juta pada tahun 2045. Sedangkan Indonesia berada di posisi ke-5 dengan jumlah pengidap Diabetes Melitus sebanyak 19,47 juta dan menyebabkan 6,7 juta kematian pada tahun 2021 (Eltrikanawati, 2023). Data Survey Kesehatan Indonesia tahun 2023 menunjukkan prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur di provinsi Sumatera Utara yaitu 1,4% sekitar 48.469 jiwa (Munira *et al.*, 2023). Sedangkan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024 penyakit diabetes melitus berada diposisi ke-3 dengan jumlah pengidap 724 orang. (Rekam Medis, 2025)

Penatalaksanaan penyakit diabetes melitus dapat dikelompokkan dalam lima pilar, yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan fisik, farmakologis dan monitoring kadar gula darah. Dalam penatalaksanaan 5 pilar ini dibutuhkan dukungan dan kerja sama dari keluarga penderita DM. Pelaksanaan 5 pilar tersebut secara optimal dapat tercapai dengan partisipasi aktif pasien DM dengan

merubah perilaku yang tidak sehat dengan dukungan dan pendampingan oleh tim/petugas kesehatan secara berkelanjutan secara komprehensif dalam edukasi kesehatan, ketrampilan pengelolaan DM dan motivasi hidup sehat dengan tujuan untuk menormalkan kadar glukosa darah sehingga meminimalkan-mencegah komplikasi akut maupun kronik(Fatimah et al., 2023).

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan penderita diabetes melitus, dengan memberikan pengetahuan mengenai pentingnya menjalani pengobatan yang teratur dan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit diabetes melitus contohnya dengan memberikan cara merawat luka pada kaki yang terdapat ulkus dan selalu memakai alas kaki. Dengan diberikannya upaya tersebut diharapkan dapat memberikan semangat pada pasien diabetes melitus untuk menjalani pengobatan secara teratur (Elfrady & Sutjiatmo., 2024).

Terapi non farmakologis termasuk mengontrol berat badan, olahraga, dan diet. Salah satu dari 5 pilar utama pengobatan diabetes melitus adalah olahraga. Karena dengan olahraga akan meningkatkan pemakaian glukosa oleh otot yang aktif. Senam kaki adalah salah satu latihan fisik yang di anjurkan pada pasien DM. Senam kaki diabetik merupakan aktivitas atau latihan menggunakan gerakan otot dan sendi kaki yang dapat membantu sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil kaki, mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki yang menyebabkan peningkatan potensi luka diabetik di kaki, meningkatkan produksi insulin yang dipakai dalam mengangkut glukosa ke sel sehingga membantu menurunkan glukosa dalam darah. Senam kaki membuat tubuh rileks dan melancarkan peredaran darah. Gerakan membuat peredaran darah lebih lancar, yang memungkinkan darah

mengangkut oksigen dan gizi lebih banyak ke sel-sel tubuh dan membantu mengeluarkan lebih banyak racun dari tubuh (Trihandayani Y et al., 2024).

Terapi Nutrisi Medis (TNM), menjadi salah satu cara untuk meminimalkan angka kejadian, seperti diet makanan seimbang dengan jumlah kalori yang sesuai dengan kondisi tubuh, ketepatan waktu makan dan jenis makanan yang dikonsumsi terutama bagi pasien yang menggunakan insulin. Komposisi karbohidrat 45-65%, lemak 20-25%, dan protein 30-35%, menggunakan pemanis tak berkalori (Widiasari et al., 2021), juga Terapi diet dapat mengontrol metabolik, lipid, dan tekanan darah dalam tubuh, hal ini dapat diukur dengan indikator kepatuhan diet (Suhartatik, 2022).

Selain terapi non farmakologi terapi farmakologi juga menjadi bentuk terapi untuk mengontrol kadar gula darah dalam tubuh sehingga tidak terjadi komplikasi (Syokumawena et al., 2024), dibutuhkan tingkat kepatuhan pasien juga sebab dengan ketidakpatuhan akan pengobatan DM saat ini masih menjadi masalah yang perlu diperhatikan seperti pengecekan kadar gula darah secara teratur (Rismawan *et al.*, 2023), untuk memantau kadar gula darah serta meminimalkan komplikasi lebih lanjut secara dini (Widodo., 2023).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Diabetes Melitus tipe II Pada Ny. R di Ruang Rawat Inap Santo Fransiskus RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025

**1.2. Tujuan****1.2.1. Tujuan umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem endokrin: Diabetes Melitus tipe II pada Ny.R di ruang St. Fransiskus RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.2.2. Tujuan khusus

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

1.3.Manfaat

1.3.1. Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II di ruang St. Fransiskus RS. Elisabeth Medan tahun 2025.

1.3.2. Manfaat praktis**1. Bagi penulis sendiri**

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan pada sistem endokrin, khususnya dengan pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.

3. Bagi intitusi pendidikan

Merupakan salah satu sumber informasi/bacaan serta acuan dibagian sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.

BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Medis

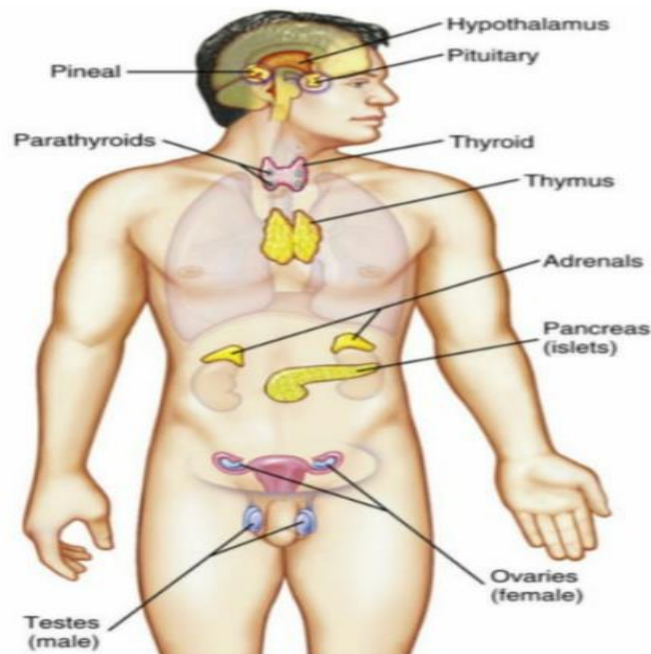
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit multisistem kronis yang ditandai dengan hiperglikemia akibat produksi insulin yang tidak normal, gangguan penggunaan insulin, atau keduanya (Lewis *et al.*, 2020).

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi.



2.1. Gambar sistem endokrin (Lewis *et al.*, 2020)

b. Fisiologi**1. Pankreas**

Pankreas adalah kelenjar yang panjang, meruncing, berlobus, dan lunak yang terletak di belakang lambung dan di depan vertebra lumbar pertama dan kedua. Pankreas memiliki fungsi eksokrin dan endokrin. Bagian pankreas yang mensekresi hormon adalah pulau Langerhans. Pulau-pulau tersebut mencakup kurang dari 2% kelenjar. Pulau-pulau tersebut terdiri dari 4 jenis sel yang mensekresi hormon: sel α , β , delta, dan F. Sel α membuat dan mensekresi hormon glukagon. Sel β membuat dan mensekresi insulin dan amilin. Sel delta membuat dan mensekresi somatostatin. Sel F (atau PP) mensekresi polipeptida pankreas (Lewis *et al.*, 2020).

2. Glukagon

Sel pankreas melepaskan glukagon sebagai respons terhadap kadar glukosa darah rendah, konsumsi protein, dan olahraga. Glukagon meningkatkan glukosa darah, menyediakan bahan bakar untuk energi dengan merangsang glikogenolisis (pemecahan glikogen menjadi glukosa), glukoneogenesis (pembentukan glukosa dari molekul nonkarbohidrat), dan ketogenesis. Glukagon dan insulin berfungsi secara timbal balik untuk mempertahankan kadar glukosa darah normal.

3. Insulin

Insulin merupakan pengatur utama metabolisme dan penyimpanan karbohidrat, lemak, dan protein yang dikonsumsi. Insulin memfasilitasi pengangkutan glukosa ke dalam sel, pengangkutan asam amino melintasi membran otot, dan sintesis asam amino menjadi protein di jaringan perifer.

Namun, otak, saraf, lensa mata, hepatosit, eritrosit, dan sel-sel di mukosa usus dan tubulus ginjal tidak bergantung pada insulin untuk penyerapan glukosa. Setelah makan, insulin bertanggung jawab atas cara kita menggunakan dan menyimpan nutrisi (anabolisme). Kadar glukosa darah yang meningkat merupakan rangsangan utama untuk sintesis dan sekresi insulin. Kadar glukosa darah yang rendah, glukagon, somatostatin, hipokalemia, dan katekolamin biasanya menghambat sekresi insulin.

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-insulin-dependent 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 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. Diabetes melitus yang terkait dengan kondisi atau sindrom lain

Diabetes terjadi pada beberapa orang karena kondisi medis lain atau pengobatan suatu kondisi medis yang menyebabkan kadar glukosa darah tidak normal. Kondisi yang dapat menyebabkan diabetes dapat disebabkan oleh cedera, gangguan, atau rusaknya fungsi sel β di pankreas. Ini termasuk sindrom Cushing, hipertiroidisme, pankreatitis berulang, fibrosis kistik, hemokromatosis, dan nutrisi parenteral. Obat umum yang

dapat menyebabkan diabetes termasuk kortikosteroid (prednison), tiazid, fenitoin (Dilantin), dan antipsikotik atipikal (misalnya clozapine (Clozaril). Diabetes yang disebabkan oleh kondisi medis atau obat-obatan dapat hilang ketika kondisi yang mendasarinya diobati atau obat dihentikan (Harding & Kwong, 2019)

5. Pradiabetes

Orang yang didiagnosis menderita pradiabetes berisiko lebih tinggi terkena diabetes tipe 2. Pradiabetes didefinisikan sebagai gangguan toleransi glukosa (IGT), gangguan glukosa puasa (IFG), atau keduanya. Ini adalah tahap peralihan antara homeostasis glukosa normal dan diabetes, di mana kadar glukosa darah meningkat tetapi tidak cukup tinggi untuk memenuhi kriteria diagnostik diabetes. Diagnosis *Impaired Glucose Tolerance* (IGT) ditegakkan jika tes toleransi glukosa oral (OGTT) 2 jam dilakukan nilainya 140 hingga 199 mg/dL (7,8 hingga 11,0 mmol/L). *Impaired Fasting Glucose* (IFG) didiagnosis ketika kadar glukosa darah puasa 100 hingga 125 mg/dL (5,56 hingga 6,9 mmol/L). Penderita pradiabetes biasanya tidak menunjukkan gejala apa pun (Harding and Kwong, 2019).

2.1.4 Etiologi

1) Diabetes tipe 1

Diabetes Tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas.

Adapun faktor-faktor penyebab DM tipe 1 yaitu:

a. Faktor Genetik

Penderita diabetes tipe 1 tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri; tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe 1

b. Faktor Imunologi

Pada diabetes tipe 1 terdapat bukti adanya suatu respon imun. Respon ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c. Faktor Lingkungan

Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta.

2) Diabetes Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes II yaitu:

a. Genetik

b. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)

c. Kelebihan berat badan atau obesitas.

d. Riwayat keluarga

e. Kelompok etnik (Orang kulit hitam, Asia Amerika, Hispanik, penduduk asli Hawaii atau penduduk Kepulauan Pasifik lainnya, dan penduduk asli Amerika memiliki tingkat diabetes tipe 2 yang lebih tinggi daripada orang kulit putih) (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.5. Patofisiologi

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

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang saring keluar, akibatnya, glukosa tersebut muncul lam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan dekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan (Brunner & Suddarth, 2010).

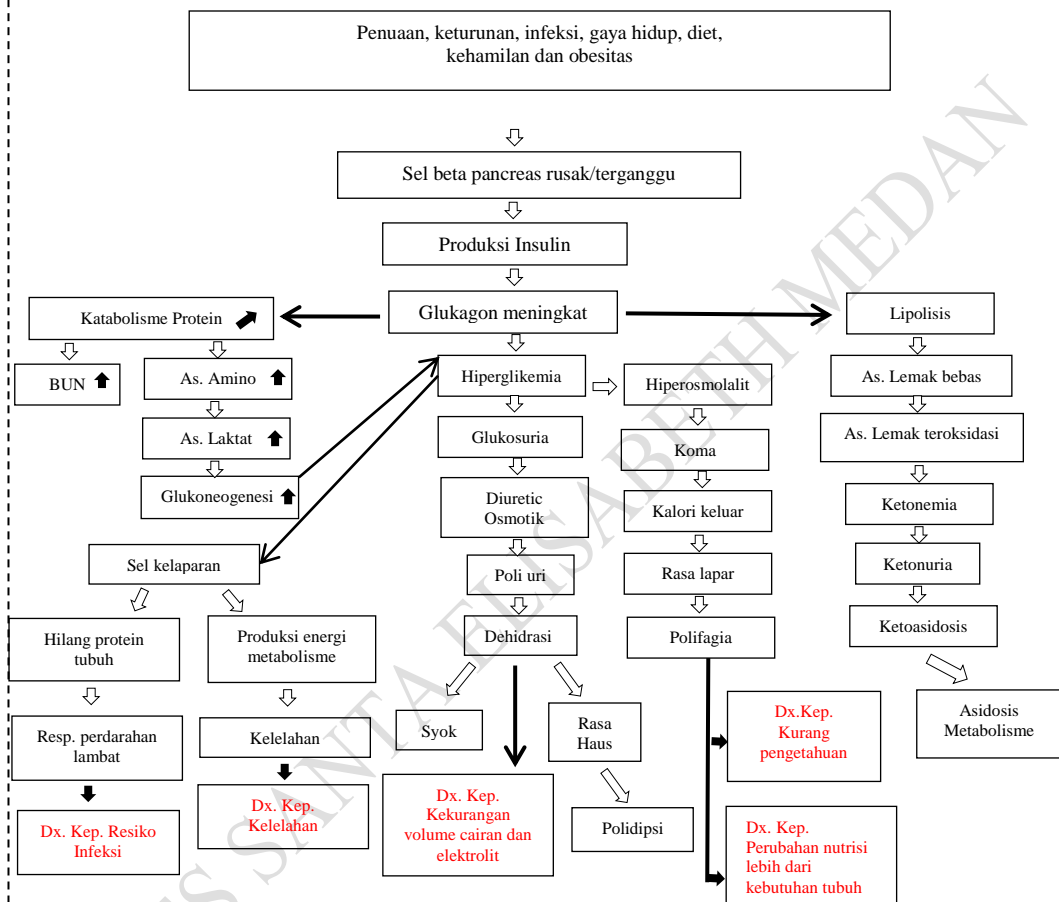
Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam reseptor tersebut terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa

didalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intra sel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah , harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu , keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II.

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada usia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan diabetes tipe II ini dapat berjalan tanpa terdeteksi., gejala tersebut dapat bersifat ringan seperti kelelahan, iritabilitas, polyuria, polydipsia, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi), dan salah satu komplikasi diabetes jangka Panjang (misalnya, kelainan mata, neuropati perifer, kelainan vaskuler perifer) mungkin sudah terjadi sebelum diagnosis ditegakkan. (Brunner & Suddarth, 2010)

2.1.6. Pathway (Brunner & Suddarth, 2010)



2.1.7. Manifestasi Klinis

Pada diabetes tipe I biasanya bersifat akut. Gejala klasiknya adalah poliuria, polidipsia, dan polifagia. Efek osmotik dari kelebihan glukosa dalam aliran darah menyebabkan polidipsia dan poliuria. Polifagia adalah akibat dari malnutrisi seluler ketika kekurangan insulin mencegah sel menggunakan glukosa untuk energi. Penurunan berat badan dapat terjadi karena tubuh tidak dapat memperoleh glukosa dan malah memecah lemak dan protein untuk mencoba

membuatnya energi. Kelemahan dan kelelahan dapat terjadi karena sel-sel tubuh kekurangan energi yang dibutuhkan dari glukosa. Ketoasidosis, komplikasi yang paling umum pada mereka yang menderita diabetes tipe 1 yang tidak diobati.

Pada diabetes tipe 2 sering kali tidak spesifik. Ada kemungkinan seseorang dengan diabetes tipe 2 akan memiliki gejala klasik yang terkait dengan diabetes tipe 1, termasuk poliuria, polidipsia, dan polifagia. Beberapa manifestasi yang lebih umum terkait dengan diabetes tipe 2 adalah kelelahan, infeksi berulang, infeksi jamur vagina atau kandida berulang, penyembuhan luka yang lama, dan masalah penglihatan. (Brunner & Suddarth, 2010).

2.1.8. Komplikasi

Menurut Brunner & Suddarth (2010), komplikasi DM adalah penyakit atau kondisi berbahaya akibat DM yang tidak diobati. Komplikasi atau penyulit diabetes dapat terjadi secara akut maupun kronis:

1. Komplikasi akut diabetes

Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar gula darah dalam jangka pendek:

a) Hipoglikemia (Reaksi Insulin)

Hipoglikemia terjadi kalau kadar glukosa darah turun dibawah 50 hingga 60 mg/dl. Hal ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparate oral yang berlebihan.

b) Diabetes Ketoasidosis

Diabetes ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Ada tiga gambaran klinis yang penting pada diabetes ketoasidosis: dehidrasi, kehilangan elektrolit, dan asidosis.

c) **Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik**

Sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik (HHNK) merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran (sense of awareness).

2. **Komplikasi Jangka panjang**

Komplikasi jangka Panjang diabetes dapat menyerang semua sistem organ dalam tubuh. Kategori komplikasi kronis diabetes yang lazim digunakan adalah:

a) **Komplikasi makrovaskuler**

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar sering terjadi pada diabetes. Berbagai tipe penyakit makrovaskuler dapat terjadi, tergantung pada lokasi lesi aterosklerotik.

- **Penyakit Arteri Koroner.**

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh arteri koroner menyebabkan peningkatan insidens infark miokard pada penderita diabetes (dua kali lebih sering pada laki-laki dan tiga kali lebih sering pada wanita). Pada penyakit diabetes terdapat peningkatan kecenderungan untuk mengalami komplikasi akibat infark miokard dan kecenderungan untuk

mendapatkan serangan infark yang kedua. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penyakit arteri koroner menyebabkan 50% hingga 60% dari semua kematian pada pasien-pasien diabetes.

- **Penyakit Serebrovaskuler**

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau pembentukan embolus di tempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dapat menimbulkan serangan iskemia sepintas (TIA transient ischemic attack) dan stroke.

- **Penyakit Vaskuler Perifer**

Perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah merupakan penyebab meningkatnya insidens (dua atau tiga kali lebih tinggi dibandingkan pada pasien-pasien nondiabetes); penyakit oklusif arteri perifer pada pasien-pasien diabetes. Tanda-tanda dan gejala penyakit vaskuler perifer dapat mencakup berkurangnya denyut nadi perifer dan klaudikasio intermiten (nyeri pada pantat atau beris ketika berjalan). Bentuk penyakit oklusif arteri yang parah pada ekstremitas bawah ini merupakan penyebab utama meningkatnya insidens gangren dan amputasi pada pasien-pasien diabetes.

b) Komplikasi mikrovaskuler

Penyakit mikro-vaskuler diabetik (atau mikroangiopati) ditandai oleh penebalan membran basalis pembuluh kapiler. Membran basalis mengelilingi sel-

sel endotel kapiler. Para periset mengemukakan hipotesis bahwa peningkatan kadar glukosa darah menimbulkan suatu respons melalui serangkaian reaksi biokimia yang membuat membran basalis beberapa kali lebih tebal daripada keadaan normalnya. Ada dua tempat di mana gangguan fungsi kapiler dapat berakibat serius; kedua tempat tersebut adalah mikrosirkulasi retina mata dan ginjal.

- Retinopati Diabetik.

Kelainan patologis mata yang disebut retinopati diabetik disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh-pembuluh darah kecil pada retina mata. Ada tiga stadium utama retinopati: retinopati nonproliferatif (background retinopathy), retinopati praprolifera-tif dan retinopati prolifera-tif. Sebagian besar pasien dia-betes mengalami retinopati nonproliferatif dengan derajat tertentu dalam waktu 5 hingga 15 tahun setelah diagnosis diabetes ditegakkan.

- Kelainan Oftalmologi yang lain

Retinopati diabetic bukan satu-satunya komplikasi diabetes yang dapat mengganggu penglihatan. Katarak, hipoglikemia dan hiperglikemia, neuropati dan glaucoma juga dapat mengganggu penglihatan.

- Nefropati

Penyandang diabetes memiliki risiko sebesar 20% hingga 40% untuk menderita penyakit renal. Penyandang diabetes tipe I sering memperlihatkan tanda-tanda permulaan penyakit renal setelah 15 hingga

20 tahun kemudian, sementara pasien diabetes tipe II dapat terkena penyakit renal dalam waktu 10 tahun sejak diagnosis diabetes ditegakkan.

- **Neuropati Diabetes**

Neuropati diabetes merupakan penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom dan spinal. Dua tipe neuropati yang paling sering dijumpai adalah polineuropati sensorik dan neuropati otonom. Polineuropati sensorik (neuropati perifer) sering mengenai bagian distal serabut saraf, khususnya saraf ekstremitas bawah. Gejala permulaannya adalah parestesia (rasa tertusuk-tusuk, kesemutan atau peningkatan kepekaan) dan rasa terbakar (khususnya pada malam hari), neuropati, kaki terasa baal (mati rasa). Pada neuropati otonom mengakibatkan berbagai disfungsi yang mengenai hampir seluruh sistem organ tubuh.

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

Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes (Brunner & Suddarth, 2010) yaitu :

1. Diet

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini:

- a) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral)
- b) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai.
- c) Memenuhi kebutuhan energi.
- d) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis.
- e) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat.

2. Latihan

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa dan mengurangi faktor risiko

kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar 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 mass dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat (resting metabolic rate). Semua efek ini sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stres dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan juga akan mengubah kadar lemak darah yaitu, meningkatkan kadar HDL-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida.

3. Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (SMBG; self-monitoring of blood glucose), penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang.

4. Terapi (jika diperlukan)

Pada diabetes tipe I, tubuh kehilangan kemampuan untuk memproduksi insulin. Dengan demikian, insulin eksogenus harus diberikan dalam jumlah tak terbatas. Pada diabetes tipe II, insulin mungkin diperlukan sebagai terapi jangka panjang untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat hipoglikemia oral tidak berhasil mengontrolnya. Di samping itu, sebagian pasien

diabetes tipe II yang biasanya mengendalikan kadar glukosa darah dengan diet atau dengan diet dan obat oral kadang membutuhkan insulin secara temporer selama mengalami sakit, infeksi, kehamilan, pembedahan atau beberapa kejadian stres

5. Pendidikan

Pendekatan umum untuk mengelola pendidikan diabetes adalah dengan membagi informasi dan keterampilan menjadi dua tipe utama :

- a) Keterampilan serta informasi yang bersifat dasar (basic), awal (initial) atau bertahan (survival)
- b) Pendidikan tingkat lanjut (advance or continuing education)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1. Pengkajian keperawatan

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

Data Subjektif

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

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.

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 : Pernapasan cepat dan dalam (pernapasan 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.

Kemungkinan Penemuan

- Kelainan elektrolit serum. Kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dL. OGTT > 200 mg/dL, glukosa sewaktu ≥ 200 mg/dL.
- Leukositosis: BUN meningkat, kreatinin, trigliserida, kolesterol, LDL, VLDL, HDL menurun. AIC $> 6,0\%$ (A1C $> 7,0\%$ yang didiagnosis diabetes), glikosuria, ketonuria, albuminuria, Asidosis.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang terkait dengan diabetes menurut (Lewis *et al.*, 2020) dapat mencakup:

1. Kurang pengetahuan
2. Hiperglikemia
3. Hipoglikemia
4. Resiko cedera
5. Gangguan fungsi neurovaskular perifer

Diagnosa keperawatan menurut Brunner & Suddarth (2010) yaitu :

1. Resiko deficit cairan berhubungan dengan gejala polyuria dan dehidrasi
2. Gangguan nutrisi berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makanan, dan aktivitas jasmani

3. Resiko terputusnya integritas kulit yang berhubungan dengan imobilitas dan penurunan sensibilitas (akibat neuropati)

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Sasaran keseluruhannya adalah agar pasien diabetes:

- (1) Terlibat dalam perilaku perawatan diri untuk mengelola diabetes secara aktif.
- (2) Mengalami sedikit atau tidak ada keadaan darurat hiperglikemia atau hipoglikemia,.
- (3) Mempertahankan kadar glukosa darah pada tingkat normal atau mendekati normal
- (4) Mengurangi risiko komplikasi kronis akibat diabetes
- (5) Menyesuaikan gaya hidup untuk mengakomodasi rencana diabetes dengan stres minimum.

Sasarannya adalah agar pasien diabetes dapat menyesuaikan diabetes dengan kehidupannya secara aman dan efektif, daripada menjalani hidup di sekitar diabetes (Lewis *et al.*, 2020) .

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Menurut Lewis *et al* (2020) berikut ini adalah implementasi keperawatan pada klien diabetes melitus:

1. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah mengidentifikasi, memantau, dan mendidik pasien yang berisiko terkena diabetes. Obesitas merupakan faktor risiko utama diabetes tipe 2. ADA merekomendasikan skrining rutin

untuk diabetes tipe 2 bagi semua orang dewasa yang kelebihan berat badan atau obesitas (BMI 25 kg/m² atau lebih) atau memiliki 1 atau lebih faktor risiko. Bagi orang yang tidak memiliki faktor risiko diabetes, mulailah skrining pada usia 45 tahun.

2. Perawatan Akut

Situasi akut yang melibatkan pasien diabetes meliputi hipoglikemia, KAD, dan sindrom hiperglikemik hiperosmolar (HHS).

3. Penyakit akut dan pembedahan

Penyakit akut, cedera, dan pembedahan dapat menimbulkan respons hormon kontraregulasi, yang mengakibatkan hiperglikemia. Bahkan penyakit umum, seperti infeksi saluran pernapasan atas akibat virus atau flu, dapat menyebabkan respons ini. Dorong pasien diabetes untuk memeriksa glukosa darah setidaknya setiap 4 jam selama sakit. Ajarkan pasien yang sakit parah dengan diabetes tipe 1 dan kadar glukosa darah lebih dari 240 mg/dL (13,3 mmol/L) untuk memeriksa keton dalam urin setiap 3 hingga 4 jam.

4. Perawatan rawat jalan

Penanganan diabetes yang berhasil melibatkan interaksi berkelanjutan antara pasien, pengasuh, dan tim interprofesional. Penting bagi pendidik untuk terlibat dalam perawatan pasien dan keluarga. Karena diabetes adalah kondisi kronis yang kompleks, banyak kontak

pasien terjadi di lingkungan rawat jalan dan rumah. Tujuan utama perawatan pasien dalam lingkungan ini adalah untuk memungkinkan pasien (dengan bantuan pengasuh sesuai kebutuhan) mencapai tingkat kemandirian yang optimal dalam aktivitas perawatan diri.

5. Terapi Insulin

Tanggung jawab keperawatan untuk pasien yang menerima insulin meliputi pemberian yang tepat, penilaian respons pasien terhadap terapi insulin, dan pengajaran pasien tentang pemberian, penyimpanan, dan efek samping insulin.

6. Pasien dan pemberi perawatan

Tujuan pendidikan pengelolaan diri pada diabetes adalah untuk menyesuaikan tingkat pengelolaan diri dengan kemampuan individu pasien sehingga mereka dapat menjadi peserta yang paling aktif. Pasien yang secara aktif mengelola perawatan diabetes dapat memiliki hasil yang lebih baik daripada mereka yang tidak. Karena alasan ini, pendekatan pendidikan yang memfasilitasi pengambilan keputusan yang terinformasi oleh pasien dianjurkan.

2.2.5. Evaluasi Keperawatan.

Hasil yang diharapkan pada pasien diabetes adalah

1. Mencapai keseimbangan cairan dan elektrolit

- a. Memperlihatkan keseimbangan asupan dan ha luaran
- b. Menunjukkan nilai-nilai elektrolit dalam batas-batas normal

- c. Tanda-tanda vital tetap stabil dengan teratasinya hipotensi ortostatik dan takikardia
- 2. Mencapai keseimbangan metabolik
 - a. Menghindari kadar glukosa yang terlalu ekstrim (hipoglikemia atau hiperglikemia)
 - b. Memperlihatkan perbaikan episode hipoglikemia yang cepat
 - c. Menghindari penurunan berat badan selanjutnya (jika diperlukan) dan mulai mendekati berat badan yang dikehendaki
- 3. Memperlihatkan / menyebutkan keterampilan bertahan pada diabetes yang mencakup:
 - a. Mendefinisikan diabetes sebagai keadaan dengan kadar glukosa darah yang tinggi
 - b. Menyebutkan kisaran kadar glukosa darah yang normal
 - c. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan penurunan kadar glukosa darah (insulin, latihan)
 - d. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kenaikan kadar glukosa darah (makanan, penyakit, dan infeksi)
 - e. Menjelaskan bentuk-bentuk terapi yang penting diet, latihan, pemantauan, obat-obatan, pendidikan/penyuluhan.



BAB 3
TINJAUAN KASUS

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Ade Rotua Suryani NIM: 052024001

Unit : Internist Tgl. Pengkajian : 24 Januari 2025
Ruang/Kamar : St. Fransiskus/20 Waktu Pengkajian : 08.00 WIB
Tgl. Masuk RS : 21 Januari 2025 Auto Anamnese : ☒
Allo Anamnese : ☐

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Ny. R
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Aek Kanopan, 5 Agustus 1963 (60 tahun) ☐ ☒
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah Anak : -
Agama/Suku : Protestan/Batak Toba
Warga Negara : ☒ Indonesia ☐
Asing
Bahasa yang Digunakan : ☐ Indonesia
☐ Daerah
☐ Asing
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga



Alamat Rumah : Pekan baru

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. N

Alamat : Pekan baru

Hubungan dengan klien : Suami

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ☐ UGD
☒ Dokter praktek

b. Diagnosa Medik : Diabetes Melitus +Ulkus pedis sinistra +CKD

b.1. Saat Masuk : Diabetes Melitus + Ulkus pedis sinistra + CKD

b.2.Saat Pengkajian: Diabetes Melitus + Ulkus pedis sinistra +CKD

3. KEADAAN UMUM

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

Alasan : Tak bereaksi* / baring lemah* / duduk* / aktif* /
gelisah* / posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis */ sesak
napas* / penggunaan alat medik yang digunakan -.

Lain-lain :-

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Pasien mengatakan sekitar 2 minggu yang lalu ada luka dibagian
betis kiri akibat digigit nyamuk.

Keluhan saat dikaji:

Betis kaki sebelah kiri masih terasa sakit, bengkak, merah dan berdenyut.

2). Riwayat kesehatan sekarang:

Ada luka dibagian betis kiri membengkak, kemerahan dan bernanah, pasien mengatakan luka terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul (2-5 detik) dan seperti ditusuk-tusuk, pasien tampak meringis kesakitan bila kaki digerakkan atau bila tersentuh, KGD pada saat pengkajian tgl 24-01-2025: 347 mg/dl, pasien tampak lemas dan lesu.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Ny. R mengatakan memiliki riwayat DM +/- 10 tahun dan CKD, pasien tidak rutin kontrol kesehatannya dan tidak rutin mengkonsumsi obat.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

1). **Kualitatif** : ☒ Compos mentis ☐ Somnolens ☐ 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 : 125/65 mm Hg

MAP : 85 mm Hg

Kesimpulan : MAP normal

d. Suhu : 36,5 °C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20 x/menit

1). Irama : ☒ Teratur ☐ Kusmuall ☐ ynes-

Stokes

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : -

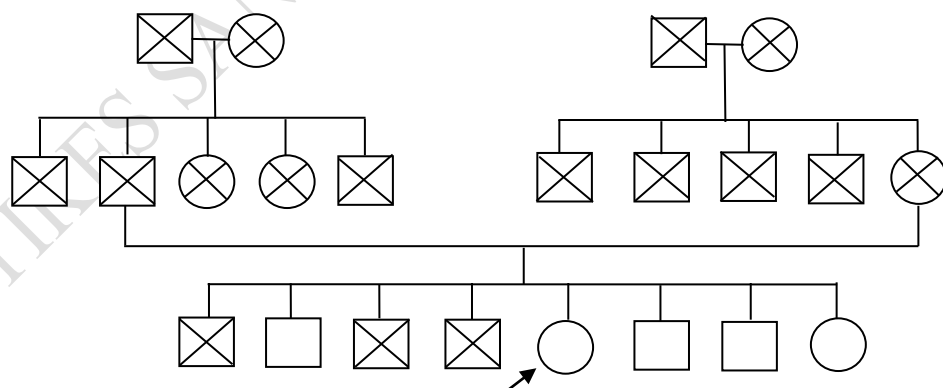
Berat Badan : -

IMT : -

Kesimpulan : -

Catatan : Tidak dilakukan karena pasien mengeluh lemas dan sakit jika berdiri

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan :

☐ = Laki-laki

= Perempuan

X = Meninggal

↗ = Pasien

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN**1. 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

2015

Sakit DM +/- 10 thn

Konsumsi kombiglyze dan
gluvas tapi tidak teratur

Kapan

Catatan

CKD

2022

- Konsumsi
ketosteril**2). Data Subyektif**

Ny. R mengatakan sudah pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit DM dan CKD

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Bersih, tidak ada ketombe
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih
- Kebersihan rongga mulut : Bersih, tidak ada karang gigi
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

II. NUTRISI DAN METABOLIK**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R mengatakan tidak memiliki alergi makanan dan pola makan harus makan nasi per 2 jam dengan porsi sedikit-sedikit dengan ikan, sayur dan buah, pasien mengeluh sering lapar, dan lemas bila tidak makan/2 jam, kadang diselingi dengan makan roti krekers, ubi dan minum susu 1 gelas pada malam hari, pasien mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering, pasien minum 10-12 gelas/hari.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan makanan yang disediakan habis 1 porsi, minum 10-12 gelas/hari, dan makan nasi per 2 jam dengan lauk ikan dibawa dari rumah dengan porsi sedikit-sedikit.

2). Data Obyektif**a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)**

- Keadaan nutrisi rambut : warna rambut hitam pekat, dan tidak mudah patah

- Hidrasi kulit : lembab pada kedua tangan

- Palpebrae : Tidak edema

- Conjunctiva : Tidak anemis

- Sclera : Tidak ikterik

- Rongga mulut : tidak ada ditemukan sisa

makanan

- Gusi : Tidak ada peradangan

- Gigi Geligi

☐ Utuh

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

~~8~~ 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu

☐

☐ Tidak ada

Ada gigi palsu 87654321 12345678 atas
 87654321 12345678 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : Ada
- Lidah : Bersih
- Tonsil : ☐ Ada pembesaran T -
☒ Tidak ada pembesaran
- Pharing : Normal
- Kelenjar parotis : ☐ Ada pembesaran
☒ Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : ☐ Ada pembesaran
☒ Tidak ada pembesaran
- Abdomen
- = Inspeksi : Bentuk Supel
- = Auskultasi : Peristaltik 15 x/ menit
- = Palpasi : Tanda nyeri umum -
- * Massa Tidak ada
- * Hidrasi kulit Baik
- * Nyeri tekan : ☐ R. Epigastrica
☐ Titik Mc. Burney
☐ R. Suprapubica
☐ R. Illiaca
- = Perkusi Timpani
- * Ascites ☒ Negatif
☐ Positif, Lingkar perut -/-
☐
- Cm

	- Kelenjar limfe inguinal	Teraba ada pembesaran
		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak teraba pembesaran
Kulit :	= Uremic frost	<input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/>
Positif	= Edema	<input type="checkbox"/> Negatif <input checked="" type="checkbox"/>
Positif	= Icteric	<input checked="" type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/>
Positif	= Tampak luka dibetis kiri dan bernanah dengan ukuran Panjang 3 cm, lebar 2 cm, kedalaman 2 cm, tampak kemerahan disekitar luka dan teraba hangat disekitar luka. = Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)	

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. R mengatakan BAB 1x sehari setiap pagi, konsistensi padat, tidak ada gangguan saat BAB. BAK 13-15x sehari, dan lebih sering pada saat malam hari dan warna kuning jernih.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan BAB 1x dalam 2 hari dengan konsistensi padat, tidak ada gangguan BAB, BAK 13-15x sehari. BAK lebih sering pada malam hari, malam kurang tidur, pasien lebih banyak tidur pada pagi atau siang hari.

2). Data Obyektif**a. Observasi**

Ny. R tidak menggunakan pampers dan dapat ke kamar mandi untuk BAB/BAK dengan didampingi keluarga/perawat. BAB padat dan tidak ada keluhan konstipasi/diare.

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : ☒ Kandung kemih
☐ Penuh kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : ☒ Negatif
☐ Positif
 - = Kanan : ☒ Negatif
☐ Positif
- Mulut Urethra : Normal
- Anus :
 - = Peradangan : ☒ Negatif
☐ Positif
 - = Hemoroid : ☒ Negatif
☐ Positif
 - = Penemuan lain : Tidak ada

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R mengatakan kurang melakukan aktivitas dirumah, lebih banyak duduk dan baringan di tempat tidur karena kaki kadang terasa kebas. Pasien mengatakan jarang berolah raga, jalan pagi hanya sesekali.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan aktivitas terbatas dan dibantu saat ke kamar mandi dan lebih sering berbaring karena merasa lemas dan kaki terasa nyeri.

2). Data Obyektif**a). Observasi****b). Aktivitas Harian**

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---|
| - Makan | <input type="text" value="0"/> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p>0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan orang dan alat
4 : bantuan penuh</p></div> |
| - 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 | : tidak dikaji | |
| - Anggota gerak yang cacat | : Tidak ada | |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 3 detik
- Thorax dan Pernafasan
 - = Inspeksi : Bentuk Thorax : Simetris
 - * Stridor ☒ Negatif ☐ Positif
 - * Dyspnea d'effort ☒ Negatif ☐ Positif
 - * Sianosis ☒ Negatif ☐ Positif
- = Palpasi : Vocal Fremitus Teraba sama
- = Perkusi : ☒ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak



STIKes Santa Elisabeth Medan

Batas paru hepar : ICS 6 Dextra

Kesimpulan : Tidak ada pembesaran hepar

= Auskultasi :

Suara Napas : Vesikuler

Suara Ucapan : Normal

Suara Tambahan : Tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : Normal

= Palpasi : Ictus Cordis : Normal

Thrill: ☒ Negatif ☐ Positif

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

Batas atas jantung : ICS 2 sternalis dextra

Batas kanan jantung : Mid sternum dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 media clavicula dextra

= 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

☐ Positif : Tempat : -

Grade : -

HR : 87 x/i

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : ☒ Negatif ☐ Positif, lokasi di : -

= Rentang gerak : Aktif

* Mati sendi ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

* Kaku sendi ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot

Kiri

1 2 3 4 5

Kanan

1 2 3 4 5

= Reflex Fisiologik : Normal

= 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

☐ Tidak diperiksa, alasannya : -

* Kaku duduk : Tidak ada

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif**a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R mengatakan terganggu tidur pada malam hari karena sering BAK dan lebih banyak tidur pada pagi dan siang hari

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan sulit tidur di malam hari dan hanya tidur 3-4 jam. Sering terbangun pada malam hari karena sering BAK.

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**

Ny. R mengatakan bahwa Kesehatan itu penting dan sudah tau penyakit yang dialami selama ini adalah DM, tapi Ny.R tidak rutin kontrol gula darah dan tidak mengkonsumsi obat secara teratur dan sulit untuk mengontrol pola makannya, Ny.R berobat ke rumah sakit bila ada keluhan saja.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan masih sulit untuk mengontrol pola makannya .

2). Data Obyektif

a). Observasi

Keluarga Ny. R tampak membawa makanan dari luar.

b). Pemeriksaan Fisik**- Penglihatan**

- = Cornea : Bersih
- = Visus : Normal
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Teraba sama

kenyal

- Pendengaran

- = Pina : Ada dan bersih
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Utuh
- = Tes Pendengaran : Normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Tidak ada

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**

Ny. R mengatakan merasa tubuhnya sehat-sehat saja dan merasa percaya diri dengan dirinya dan mampu beraktivitas di rumah seperti biasa.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan cemas karena luka diabetis kaki tidak sembuh-sembuh dan aktivitasnya menjadi terbatas karena nyeri yang dirasakan, dan menjadi kurang percaya diri dengan orang sekitar. Ny.R berharap penyakitnya bisa segera sembuh .

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
- 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**

Ny. R mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga dan memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga dan masyarakat sekitar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan sejak dirawat tetap sering berkomunikasi dengan anggota keluarga.

2). Data Obyektif**Observasi**

Ny. R tampak dijaga oleh anak dan keluarga.

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif**a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R adalah seorang ibu rumah tangga yang memiliki 3 orang anak, 1 orang anak laki-laki dan 2 orang anak perempuan.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan tidak ada masalah dengan reproduksinya.

2). Data Obyektif**a. Observasi**

Tidak ada perilaku pasien yang menyimpang terkait reproduksi atau seksualitas.

b. Pemeriksaan Fisik

- Tidak dikaji.

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R mengatakan jika merasa banyak pikiran, ia akan menenangkan diri dengan berdoa dan bercakap-cakap dengan suami dan anak-anaknya.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan ketika merasa stres dan memikirkan sakitnya, ia akan berdoa meskipun sambil berbaring dan bercakap-cakap dengan suami dan anak-anak dan keluarga yang menjaganya.

2). Data Obyektif**a). Observasi**

Ny. R tampak mengobrol dengan anak dan keluarga yang menjaga atau yang mengunjunginya.

**b). Pemeriksaan Fisik**

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

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Ny. R mengatakan beragama kristen dan setiap minggu pergi ke gereja untuk beribadah.

b. Keadaan sejak sakit

Ny. R mengatakan selama sakit ia tetap beribadah meskipun sambil berbaring, Ny. R mengatakan bahwa ia yakin, Tuhan yang akan menyembuhkan penyakitnya.

2). Data Obyektif**Observasi**

Ny. R tampak rutin berdoa setiap makan.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Ade Rotua Suryani)

3.1 DATA PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Tanggal pemeriksaan
Leucocyte	11.200 mm ³	3.6 - 11.0	21-01-2025
Haemoglobin	11.0 g/dL	11.7 - 15.5	21-01-2025
Hematocrit	32.8%	35.0 - 47.0	21-01-2025
HbA1c	13.4%	4 - 5.7	21-01-2025
KGD	397 mg/dL	80 - 200	21-01-2025
SGOT	18 U/L	< 31	21-01-2025
SGPT	16 U/L	< 46	21-01-2025
Ureum	81 mg/dL	17 - 43	21-01-2025
Kreatinin	1.79 mg/dL	0.50 - 0.90	21-01-2025
Cholesterol total	198 mg/dl	0-200	21-01-2025
Cholesterol LDL	123 mg/dl	<130(Low risk) 130 - 159 (Moderate risk) >=160 (High risk)	21-01-2025
Cholesterol HDL	30 mg/dl	0-150	21-01-2025
Trigliserida	201 mg/dl	80 - 200	21-01-2025
KGD	347 mg/dl	80 - 200	24-01-2025
KGD	283 mg/dl		25-01-2025
KGD	231 mg/dl		26-01-2025

3.2 Daftar Terapi Yang Diberikan

OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/ MANFAAT
IVFD tutofusin	Larutan Infus	Setiap hari dengan 45 cc/jam	Suplemen mineral dan elektrolit
Sinkronik	Obat golongan Opioid	2x1 tab	Meredakan nyeri berat dalam jangka pendek
Insulin Sansulin	Obat golongan hormon	3x12 unit	Membantu mengontrol kadar gula darah dengan cara memasukkan glukosa ke dalam sel-sel tubuh, sehingga dapat digunakan sebagai energi.
Insulin Levemir	Obat golongan hormon	1x12 unit	Membantu mengontrol kadar gula darah dengan cara memasukkan glukosa ke dalam sel-sel tubuh, sehingga dapat digunakan sebagai energi.
Ketosteril	Suplemen dan Terapi Penunjang	3x2 tab	untuk membantu memenuhi kebutuhan asam amino pada kondisi asupan protein harus dibatasi hingga 40 g/hari (biasanya pada penyakit ginjal kronik)
Inj.nexium 40 mg	Obat antagonis reseptor histamin H ₂	2x1 Vial	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.
Inj.Bifotik	Antibiotik	2x1 gr	untuk mengobati infeksi saluran pernapasan, infeksi intra-abdominal



STIKes Santa Elisabeth Medan

			(perut bagian dalam) lainnya, septikemia (keracunan darah akibat bakteri dalam jumlah besar masuk ke dalam aliran darah)
--	--	--	--

**ANALISA DATA****Nama/Umur** : Ny.R/60 tahun**Ruang/Kamar** : St. Fransiskus/20

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengeluh badan lemas- Pasien mengatakan sering merasa lapar- Pasien mengatakan sering merasakan haus dan mulut terasa kering- Pasien mengatakan riwayat DM +/- 10 tahun- Pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat gula- Pasien mengatakan sering BAK	<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lesu- KGD pada saat pengkajian 24-01-2025: 347 mg/dl- HBA1C:13,4%- Mulut kering- Frekuensi berkemih 6 x/7 jam	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Gula Darah
<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan riwayat DM +/- 10 tahun- Pasien mengatakan ada luka diabetis kiri dialami +/- 2 minggu- Pasien mengatakan luka diabetis terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul (2-5 detik) dan seperti ditusuk-tusuk- Pasien mengatakan kadang kaki terasa kebas	<ul style="list-style-type: none">- Tampak luka diabetis kiri- Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit pada betis kiri dengan ukuran panjang 3 cm lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm dan berpus.- Tampak kemerahan pada daerah sekitar luka dan edema.- Pasien tampak meringis kesakitan- Obs vital sign : TD : 125/65 mmHg, P : 86x/i.	Perubahan status nutrisi	Kerusakan integritas kulit



<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan ada riwayat DM +/- 10 tahun.- Pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat gula- pasien mengatakan sering merasa lapar dan makan nasi per 2 jam- Pasien mengatakan kurang beraktivitas dan jalan pagi hanya sesekali	<ul style="list-style-type: none">- KGD pada saat pengkajian 24-01-2025: 347 mg/dl- HBA1C:13,4%- HB : 11.0 g/dl- Ureum : 81 mg/dl- Creatinin :1.79 mg/dl- Terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit pada betis kiri dengan ukuran panjang 3 cm lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm dan berpus	program terapi kompleks/la ma	Ketidakpatuhan

DIAGNOSA KEPERAWATAN**Nama/Umur** : Ny. R/60 tahun**Ruang/Kamar** : St. Fransiskus/20

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan pasien mengeluh badan lemas, sering merasa lapar dan makan per 2 jam, pasien mengatakan riwayat DM +/- 10 tahun, Pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat gula, Pasien tampak lesu, Pasien mengatakan sering merasakan haus dan mulut terasa kering, Pasien tampak lesu, KGD pada saat pengkajian 24-01-2025: 347 mg/dl, HBA1C:13,4%, IMT :28, Pasien mengatakan sering BAK 13-15 x/hari.	Ade
2	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka dibetis kiri dialami +/- 2 minggu, Pasien mengatakan ada luka dibetis kiri dan terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul (2-5 detik) dan seperti ditusuk-tusuk, riwayat DM +/- 10 tahun, nyeri didaerah luka, pasien mengatakan kadang kaki terasa kebas. Tampak luka dibetis kiri, terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit pada betis kiri dengan ukuran panjang 3 cm lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm dan berpus, tampak kemerahan pada daerah sekitar luka dan odema, pasien tampak meringis kesakitan, Obs vital sign : TD : 125/65 mmHg, P : 86 x/i	Ade
3	Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks/lama ditandai dengan pasien mengatakan tidak rutin mengkonsumsi obat gula, pasien mengatakan sering merasa lapar dan makan nasi per 2 jam, pasien mengatakan kurang beraktivitas dan jalan pagi hanya sesekali, HB : 11.0 g/dl, ureum : 81 mg/dl, creatinin :1.79 mg/dl, terdapat kerusakan jaringan lapisan kulit pada betis kiri dengan ukuran panjang 3 cm lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm dan	Ade



berpus

PRIORITAS MASALAH**Nama/Umur** : Ny. R/60 tahun**Ruang/Kamar** : St. Fransiskus/20

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	24 Januari 2025	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	Ade
2	24 Januari 2025	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status nutrisi	Ade
3	24 Januari 2025	Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks/lama	Ade



STIKes Santa Elisabeth Medan

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.R/60 Tahun

Ruang/Kamar : St. Fransiskus/20

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1.	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin.	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none">- KGD normal (normalnya < 200 mg/dl)- Lesu menurun	Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi : <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia.- Monitor kadar glukosa darah.- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) Terapeutik : <ul style="list-style-type: none">- Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. Edukasi : <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri.- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan	



			<p>insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional Kesehatan)</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian insulin	
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan status nutrisi (D.0129).	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none">- Kerusakan jaringan menurun.- Nyeri menurun.- Kemerahan menurun.	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)- Monitor tanda – tanda infeksi. <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan- Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu- 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	



			<ul style="list-style-type: none">- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi prosedur debridement- Kolaborasi pemberian antibiotic	
3.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks/lama	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none">- Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat- Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik- Perilaku menjalankan anjuran membaik	Dukungan kepatuhan pengobatan (I.12361) Observasi <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan. Terapeutik <ul style="list-style-type: none">- Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik- Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan- Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani Edukasi <ul style="list-style-type: none">- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan- Anjurkan keluarga untuk	



STIKes Santa Elisabeth Medan

			<p>mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat, jika perlu	
--	--	--	---	--

**STIKes Santa Elisabeth Medan****PELAKSANAAN KEPERAWATAN****Nama/Umur** : Ny.R/60 Tahun**Ruang/Kamar** : St. Fransiskus/20

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
24/01/2025	1,2,3	08.00	Melakukan komunikasi efektif dengan menjalin hubungan saling percaya. Melakukan pengkajian pada pasien, pasien tampak lesu, pasien mengatakan badan lemas, ada luka dibetis kiri dan terasa nyeri, skala nyeri 6. Luka kemerahan, bernanah dan bengkak pada sekitar luka, kadang kaki terasa kebas. Pasien mengatakan ada Riwayat DM +/- 10 tahun ini tapi minum obat tidak teratur, dan tidak rutin kontrol kesehatan. Menganjurkan pasien dan keluarga tetap mendampingi agar selanjutnya pasien mengkonsumsi obat secara teratur dan rutin kontrol kesehatan dan kontrol kadar gula darah setiap hari. Pasien mengganggu.	Ade
	1,3	08.10	Mengontrol makan pasien, makanan yang disajikan habis 1 porsi. Pasien mengatakan tidak tahan lapar dan harus makan per 2 jam dengan porsi sedikit-sedikit, kalau tidak pasien merasa lemas. Mengedukasi pasien untuk mengkonsumsi makanan yang sehat seperti buah dan sayur-sayuran. Memberi obat oral sinkronik 1 tab, ketosteril 2 tab.	Ade
	1,2	09.00	Kolaborasi dengan dokter - Infus tutofusin 45 cc/jam - Kultur darah dan kultur pus - Konsul ke dokter bedah dr.Freddy untuk debridement (permintaan keluarga) - Cek KGD sebelum makan	Ade
	2	09.15	Melakukan hand hygiene, merawat luka dengan tehnik steril, luka masih tampak basah dan berpus, berwarna kemerahan pucat, ukuran luka Panjang 3 cm, lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm. Tampak kemerahan pada daerah sekitar luka dan bengkak disekitar luka. Luka dibersihkan dengan Nacl 0,9	Ade

**STIKes Santa Elisabeth Medan**

	2,3	10:00	kemudian ditutup dengan wounders. Pasien meringis kesakitan saat luka dirawat, skala nyeri 6, mengajarkan tehnik relaksasi Tarik nafas dalam.	
	1	11:00	Hand hygiene, memberikan obat inj Bifotik 1 gr dan inj nexium 1 vial (iv)	Ade
	2	12:00	Cek KGD:347 mg/dl. Melakukan hand hygiene dan memberikan insulin sansulin 12 unit (sc)	Ade
	1	13:00	Kolaborasi dengan dokter bedah , dan sudah dijelaskan kepada keluarga bahwa bisa dilakukan perawatan luka saja tapi jika keluarga minta dilakukan debridement dokter bersedia, keluarga menolak untuk dilakukan debridement dan minta perawatan luka saja.	Ade
			Mengontrol diet pasien, makanan yang disajikan habis 1 porsi. Memberikan obat oral ketosteril 2 tab. Perawat memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien mengenai DM, tanda dan gejala, komplikasi dan diet DM, kepatuhan minum obat dan melakukan aktivitas ringan seperti senam kaki dan jalan disekitar ruangan 20-30 menit setiap hari. Pasien mengatakan sudah sedikit paham.	Ade
25/01/2025	2,3	07.30	Menanyakan keadaan pasien serta rasa nyeri yang dirasakan, skala nyeri 4, nyeri dibagian betis kiri hilang timbul seperti ditusuk-tusuk. Betis kiri tampak diverban. Terpasang infus tutofusin 45 cc/jam. Pasien mengatakan lemas sudah berkurang.	Ade
	1	08.00	Kolaborasi dengan dokter dan sudah tau KGD 286 a.n - Insulin levemir 1x15 unit - Insulin Sansulin 3x15 unit - Infus tutofusin 24 cc/jam.	Ade
	1	08.05	Mengontrol diet pasien, makanan yang disajikan habis 1 porsi. Memberikan obat oral sinkronik 1 tab dan	Ade



			ketosteril 2 tab.	
	2,3	08.40	Melakukan hand hygiene dan merawat luka dengan tehnik steril, pus berkurang, luka masih tampak basah, kemerahan pada sekitar luka dan bengkak masih ada. Luka dibersihkan dengan Nacl 0,9 kemudian ditutup dengan wounders kemudian ditutup kasa dan diverban. Pasien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, Skala nyeri 4, menganjurkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam.	Ade
	2	10.00	Melakukan hand hygiene dan memberikan inj.bifotik 1 gr, nexium 1 vial.	
	1	11.00	Cek KGD pagi : 286 mg/dl Melakukan hand hygiene memberikan insulin sansulin 15 unit (sc).	Ade
	1	11.30	Kolaborasi dengan petugas gizi untuk memberikan diet yang sesuai dengan pasien, yaitu diet DM	Ade
	1	12:00	Memantau diet pasien. Makan siang yang disajikan habis 1 porsi . Memberikan obat oral ketosteril 2 tab.	Ade
	1	13.00	Perawat mengevaluasi kembali pengetahuan keluarga dan pasien mengenai diet DM, dan menganjurkan mengurangi makan per 2 jam secara bertahap, lebih banyak mengkonsumsi sayur dan buah, dan tetap rutin melakukan aktivitas senam kaki 20-30 menit, agar kadar gula darah dapat terkontrol. Pasien mengatakan masih sulit tapi akan mencobanya.	Ade Ade



26/01/2025	1,2	07.15	Melakukan timbang terima shift pagi kesore, pasien mengatakan lemas sudah berkurang, nyeri dibetis kiri masih ada tapi sudah berkurang. Ekspresi wajah tampak rileks, terpasang tutofusin 24 cc/jam.	Ade
	1	08.00	Mengontrol diet pasien, makanan yang disajikan habis 1 porsi. Memberikan obat oral sinkronik 1 tab dan ketosteril 2 tab.	Ade
	2,3	09.00	Melakukan hand hygiene, merawat luka dengan tehnik steril, pus berkurang, kemerahan pada sekitar luka mulai berkurang, bengkak sekitar luka berkurang, luka dibersihkan dengan Nacl 0,9 kemudian ditutup dengan wounders dan diverban. Pasien mengatakan nyeri luka sudah berkurang, skala nyeri 3	Ade
	3	09:30	Mengevaluasi kembali pengetahuan pasien mengenai DM . Pasien sudah tau menjelaskan pengertian DM dan komplikasinya.	Ade
	2	10:00	Memberikan inj.bifotik 1 gr, nexium 1 vial, Inj.cernevit drips	Ade
	1	11.00	Cek KGD :231. Melakukan hand hygiene, melakukan pemberian insulin sansulin 15 unit (sc).	Ade



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. R/60 Tahun

Ruang/Kamar : St. Fransiskus/20

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
24/01/2025 Jam 14:00 wib Dx 1.	<p>S: - Pasien mengatakan badan lemas</p> <p>- Pasien mengatakan sering merasa lapar</p> <p>- Pasien mengatakan sering merasakan haus dan mulut terasa kering</p> <p>- Pasien mengatakan sering BAK 6 x /7 jam</p> <p>O: -Terpasang infus tutofusin 45 cc/jam</p> <p>- KGD: 347 mg/dl</p> <p>- HBA1c:13,4%</p> <p>- Insulin sansulin 12 unit</p> <p>- Pasien tampak lesu</p> <p>A : Ketidakstabilan kadar gula darah b/d resistensi insulin belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>- Monitor kadar glukosa darah.</p> <p>- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</p> <p>- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional Kesehatan)</p>	Ade



Dx 2.	<p>S: Pasien mengatakan luka pada betis kiri dialami +/- 2 minggu ini dan terasa nyeri .</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan umum sakit sedang. Kes: compos mentis- Terdapat kerusakan jaringan kulit dibetis kiri, dengan ukuran panjang 3 cm lebar 2 cm dan kedalaman 2 cm dan berpus.- Luka tampak berpus dan daerah sekitar luka kemerahan- Tampak oedema disekitar luka- Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 <p>A: Gangguan integritas kulit / jaringan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)- Monitor tanda – tanda infeksi.- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka	Ade
Dx 3.	<p>S: - Pasien mengatakan Riwayat DM +/- 10 tahun</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan tidak teratur minum obat. <p>O:- Keadaan umum sakit sedang</p>	



	<ul style="list-style-type: none">- KGD 347 mg/dl,- HBA1C:13,4%.- HB:11.0 g/dl, ureum:81 mg/dl, creatinine :1.79 mg/dl <p>A : Ketidakpatuhan b/d program terapi kompleks/lama belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan	Ade
25/01/2025 Jam 14:00 wib Dx 1.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan badan lemas masih ada- Pasien mengatakan sering merasa haus- Pasien mengatakan sering BAK <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lesu.- Terpasang infus tutofusin 45 cc/jam- KGD: 286 mg/dl- Insulin sansulin 15 unit <p>A : Ketidakstabilan kadar gula darah b/d resisten</p>	Ade



	<p>insulin belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor kadar glukosa darah.- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.- Kolaborasi pemberian insulin	
Dx 2.	<p>S: Pasien mengatakan luka diabetis kiri masih terasa nyeri dan bengkak masih ada.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pus tampak berkurang.- Luka tampak di verban.- Daerah sekitar luka masih kemerahan.- Tampak bengkak disekitar luka masih ada- Skala nyeri 4 <p>A: Gangguan integritas kulit / jaringan b/d perubahan status nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)- Monitor tanda – tanda infeksi.	Ade



	<p>- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah mengetahui apa pengertian DM, tanda dan gejala, komplikasinya, tapi masih sulit untuk mengontrol pola makan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Makanan yang disajikan habis 1 porsi- KGD:286 mg/dl- Pasien tampak makan makanan dari luar <p>A : Ketidakpatuhan b/d program terapi kompleks/lama belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan	Ade
--	--	-----



26/01/2025 Jam 14:00 wib Dx 1.	<p>S: - Pasien mengatakan lemas berkurang</p> <p>- Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>- Pasien mengatakan sering BAK</p> <p>O: - KGD: 231 mg/dl</p> <p>- Insulin sansulin 15 unit</p> <p>- Pasien tampak rileks</p> <p>A : Ketidakstabilan kadar gula darah b/d resistensi insulin belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi.</p> <p>- Monitor kadar glukosa darah.</p> <p>- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga.</p> <p>- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin)</p>	Ade
Dx 2.	<p>S: Pasien mengatakan luka pada dibetis kiri mulai membaik, nyeri masih ada tapi sudah berkurang.</p> <p>O:</p> <p>- Keadaan umum sakit sedang. Kes: compos mentis</p> <p>- Luka mulai kemerahan, pus berkurang.</p> <p>- Kemerahan pada sekitar luka berkurang</p>	Ade



Dx 3.	<p>- Skala nyeri 3</p> <p>A: Gangguan integritas kulit / jaringan b/d perubahan status nutrisi Sebagian teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau)- Monitor tanda – tanda infeksi.- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui apa pengertian DM, tanda dan gejala, komplikasinya, tapi masih sulit untuk mengontrol pola makan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan umum sakit sedang, kesadaran CM- KGD:231 mg/dl <p>A : Ketidakpatuhan b/d program terapi kompleks/lama belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Libatkan keluarga untuk mendukung program	Ade
-------	---	-----



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>pengobatan yang dijalani</p> <ul style="list-style-type: none">- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan	
--	--	--



BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada dengan Diabetes melitus tipe II di ruangan St Fransiskus RS St Elisabeth Medan yang telah dilakukan pada 24 Januari 2025 – 26 Januari 2025. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada kasus ini dilakukan pada tanggal 24 Januari 2025 Jam 08.00 WIB. Hasil dari pengkajian dengan wawancara tersebut sebagai berikut: Ny.R berusia 60 Tahun, jenis kelamin perempuan, dengan diagnosa medis Diabetes melitus tipe II dan pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data keluhan ada luka dibetis sebelah kiri dialami +/- 2 minggu, bengkak, kemerahan dan bernanah, luka terasa nyeri dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul (2-5 detik) dan seperti ditusuk-tusuk, pasien tampak meringis kesakitan bila kaki digerakkan atau bila tersentuh, kaki kadang terasa kebas, KGD pada saat pengkajian tgl 24-01-2025: 347 mg/dl, pasien tampak lemas dan lesu. Pasien riwayat DM +/- 10 tahun tapi tidak rutin kontrol dan konsumsi obat.

Pengkajian ini sejalan dengan pembahasan pada tinjauan teoritis yang dimana hasil pengkajian ada pada manifestasi klinis yang sudah tertera pada teori yang dikatakan bahwa salah satu tanda dan gejala pada diabetes yaitu kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat

sembuh dan hal tertera sebagai data pada kasus diatas.

Pengkajian ini sejalan dengan penelitian (Lestari et al., 2021) dimana gejala lain atau gejala tambahan yang dapat timbul yang umumnya ditunjukkan karena komplikasi adalah kaki kesemutan, gatal-gatal, atau luka yang tidak kunjung sembuh. Hal ini sama dengan tanda dan gejala yang ada pada Ny.R .

Berdasarkan pernyataan diatas penulis berasumsi bahwa tanda dan gejala tersebut terjadi dikarenakan kadar gula yang tinggi dalam darah menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke kaki tidak lancar, sehingga asupan nutrisi dan oksigen ke saraf berkurang, yang memicu kerusakan saraf.

Berdasarkan pengkajian pada kasus tidak ditemukan adanya retinopati diabetic pada pasien dan hal ini tidak sama dengan teori yang menyatakan bahwa pasien diabetes melitus memiliki tanda dan gejala tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Trisera et al., 2024) yang menyatakan retinopati diabetic disebabkan oleh beberapa etiologi dan faktor risiko seperti lama menderita diabetes melitus, hiperglikemia, kontrol tekanan darah, jenis kelamin, umur, serta hiperlipidemia yang dialami pasien dalam jangka waktu yang lama.

Penulis membuat asumsi dari data kasus bahwa retinopati diabetik merupakan komplikasi mikrovaskular dari diabetes yang mempengaruhi pembuluh darah retina. Meskipun banyak penderita diabetes mengalami retinopati diabetik, tidak semua penderita mengalaminya, salah satu faktor resiko terjadinya retinopati diabetik adalah hipertensi pada pasien tidak ditemukan riwayat hipertensi yang berpotensi menyebabkan retinopati diabetik.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori didapatkan 8 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus yaitu defisit pengetahuan, hiperglikemia, hipoglikemia, risiko cedera, Perfusi Perifer Tidak Efektif, resiko deficit cairan, gangguan nutrisi, resiko terputusnya integritas kulit. Sedangkan yang ditemukan pada kasus ada 3 diagnosa yang muncul yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan perubahan status nutrisi, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Syokumawena, Mediarti and Agustini Dea, 2024) yang menyatakan bahwa masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan diabetes melitus adalah ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin disebabkan oleh pola makan yang kurang baik yakni dengan konsumsi makanan kaya karbohidrat dan makanan manis dengan tidak melihat frekuensi, jenis dan porsi makanannya akan menyebabkan peningkatan kadar gula. Makanan seperti karbohidrat/gula, protein, lemak, dan energi berlebihan dapat menjadi faktor risiko awal kejadian naiknya kadar gula. Tanda dan gejala ketidakstabilan kadar gula darah ditandai dengan rasa haus (polidipsia), lapar (polifagia), sering buang air kecil (poliuria), terutama pada malam hari, nafsu makan meningkat tetapi berat badan turun drastis dan mudah lelah, sedangkan gejala kronis pada penderita diabetes antara lain kesemutan, kulit panas, mati rasa, penglihatan kabur, mengantuk dan penurunan kemampuan seksual. Berdasarkan diagnosa yang ditegakkan pada kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan diagnosa dengan teori. Berdasarkan diagnosa yang ada pada

teori terdapat 5 diagnosa yang tidak muncul pada kasus yaitu hipoglikemia, risiko cedera, perfusi perifer tidak efektif, risiko defisit cairan, gangguan nutrisi.

Penulis tidak mengangkat kelima diagnosa tersebut dikarenakan pada diagnosa hipoglikemia pasien tidak mengalami penurunan kadar gula darah dibawah normal 50-60 gr/dl. Pada diagnosa risiko cidera penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pasien tidak mengalami neuropati berat atau gangguan sensori dan tidak ada riwayat jatuh atau gangguan keseimbangan. Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena memiliki penanganan yang hampir sama dengan diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan, kemudian pada diagnosa risiko deficit cairan tidak diangkat karena penulis tidak melihat ada tanda-tanda dehidrasi, dan pada diagnosa gangguan nutrisi tidak diangkat karena penulis beranggapan pasien tidak mengalami penurunan berat badan.

4.3 Intervensi Keperawatan

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. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar gula darah diharapkan kriteria hasil: KGD normal (normalnya < 200 mg/dl), lesu menurun. Serta intervensi manajemen hiperglikemia dengan monitor kadar glukosa darah, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin)

2. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan diharapkan kriteria hasil:kerusakan jaringan menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun. Serta intervensi perawatan luka dengan monitor karakteristik luka (warna, ukuran dan bau), monitor tanda – tanda infeksi,pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
3. Pada diagnosa ketidakpatuhan diharapkan kriteria hasil : verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik, perilaku menjalankan anjuran membaik, serta intervensi dukungan kepatuhan pengobatan dengan Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program 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).

4.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di laksanakan selama 3 x 24 jam. Dilaksanakan pada tanggal 24 Januari 2025 - 26 Januari 2025.

Pada implementasi dilakukan dengan tindakan berupa observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi yang dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien. Tindakan yang diberikan kepada pasien (Ny.R) antara lain berupa, memantau kadar gula darah, memonitor karakteristik luka, dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai DM.

Dalam pelaksanaannya penulis memberikan edukasi tentang diabetes melitus, agar pasien memahami pentingnya; pemantauan kadar gula darah, kepatuhan terhadap pengobatan, melakukan aktifitas fisik seperti senam kaki diabetes dan perubahan gaya hidup. Dan hal ini didukung oleh penelitian (Elfrady & Sutjiatmo., 2024) yang menyatakan bahwa untuk meningkatkan pengetahuan penderita diabetes melitus adalah dengan memberikan pengetahuan mengenai pentingnya menjalani pengobatan yang teratur dan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit diabetes melitus. Dengan diberikannya upaya tersebut diharapkan dapat memberikan semangat pada pasien diabetes melitus untuk menjalani pengobatan secara teratur. Disamping itu penderita menjadi paham tentang bagaimana penyakit diabetes melitus beserta penyebab, tanda dan gejala yang dirasakan serta komplikasi yang dapat terjadi.

Kemudian pelaksanaan selanjutnya melakukan aktifitas fisik seperti senam kaki diabetes. Hal ini sejalan dengan penelitian (Prihantoro & Ain, 2023) pelaksanaan senam kaki diabetes berpengaruh terhadap penurunan nilai kadar gula darah, dimana setelah diberikan senam kaki diabetes terjadi penurunan nilai kadar gula darah. Hal ini dipengaruhi gerakan-gerakan senam kaki diabetes yang bertujuan membantu melancarkan peredaran darah

bagi kaki senam kaki dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah dan memperkuat otot-otot kecil kaki.

4.5 Evaluasi

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 3 hari pada tanggal 24 Januari 2025 – 26 Januari 2025 didapatkan pada pasien Ny.R tujuan yang ditentukan 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, bengkak berkurang. Pada diagnosa ketidakpatuhan 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 pada Ny. R dengan Diabetes melitus di Ruang Santo Fransiskus RS.Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari hasil pengkajian didapatkan data fokus berupa data subjektif dan objektif. Pasien memiliki riwayat diabetes dan selama ini jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengonsumsi obat secara teratur, ada luka dibetis kiri, tampak kemerahan pada sekitar luka, bengkak dan berpus, dan pemeriksaan penunjang yang mendukung.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi ketidakstabilan glukosa darah b/d resistensi insulin, gangguan integritas kulit atau jaringan b/d perubahan status nutrisi, Ketidakpatuhan berhubungan dengan program terapi kompleks/lama
3. Intervensi keperawatan pada pasien Diabetes melitus tipe II yang penulis ambil adalah diagnosa ketidakstabilan kadar gula darah dengan manajemen hiperglikemia, diagnose gangguan integritas kulit/jaringan dengan perawatan luka, dan diagnosa ketidakpatuhan dengan dukungan kepatuhan pengobatan.
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, edukasi mengenai diabetes melitus dan senam kaki.

5. Evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus yaitu perlunya pemantauan kadar gula darah setiap hari, tehnik perawatan luka, pengetahuan pasien mengenai diabetes melitus dan melakukan aktivitas seperti senam kaki.

5.2 Saran

1. Bagi Profesi keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi bahan perbandingan untuk melakukan studi kasus pada pasien DM, serta pertimbangan yang dapat digunakan untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan lebih baik lagi,

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Data yang didapatkan dari hasil studi kasus ini, diharapkan dapat menjadi masukan, referensi, maupun data tambahan, yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan, khususnya pada pasien dengan DM yang di rawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat berguna palam perkembangan ilmu keperawatan, sebagai literasi tambahan maupun referensi bagi para pembaca untuk dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuannya mengenai asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien yang terdiagnosa DM.



DAFTAR PUSTAKA

- Eltrikanawati, T.. F.N.B. (2023) 'Edukasi Diabetes Mellitus Dan Pemeriksaan Kadar Glukosa Darah Diabetes Mellitus Education and Blood Glucose Examination', *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2, pp. 75–81.
- Fatimah, S. *et al.* (2023) 'Penerapan 5 Pilar melalui Pendampingan dan Pemberdayaan Keluarga Penderita Diabetes Mellitus Implementation of the 5 Pillars through Family Assistance and Empowerment Diabetes Mellitus Sufferers', *Jurnal Kolaboratif SAINS*, 11(November), p. 1596. Available at: <https://doi.org/10.56338/jks.v6i11.4155>.
- Harding, M.M. and Kwong, J. (2019) 'Lewis ' s Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems'.
- 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>
- Munira, S. *et al.* (2023) 'Survei Kesehatan Indonesia (SKI)', *Kementerian Kesehatan RI*, pp. 1–964.
- Prihantoro, W. and Ain, D.N. (2023) 'Penerapan Senam Kaki Diabetes Terhadap Nilai Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitusdi Kel. Krapyak Kec. Semarang Barat Kota Semarang', *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan Universitas Widya Husada*, 27(2), pp. 58–66.
- 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>
- Suciana, F. and Arifianto, D. (2019) 'Penatalaksanaan 5 Pilar Pengendalian Dm Terhadap Kualitas Hidup Pasien Dm Tipe 2 Kata kunci : kualitas hidup , diabetes melitus management 5 pillar dm control of quality of life of dm type 2 patients pendahuluan', *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(4), pp. 311–318.
- Suhartatik, S. (2022) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus', *Healthy Tadulako Journal*, 8(3), pp. 148–156.
- Syokumawena, *et al.* (2024) 'Manajemen Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah', *Jurnal Aisyiyah Medika*, 9(1), pp. 68–82. Available at: <https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/1163/885>.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Trihandayani Y *et al.* (2024) 'Senam Kaki untuk Penurunan Kadar Glukosa Darah pada Pasien Diabetes Melitus (Literatur Review)', *Journal of Vocational Health Science*, 3(1), pp. 134–144.
- Trisera, O. *et al.* (2024) 'Retinopati Diabetik yang Mengancam Penglihatan Visual-threatening Diabetic Retinopathy', 14(April), pp. 781–788.
- Yuantari, M.G.C. (2022) 'Kajian Literatur: Hubungan Antara Pola Makan Dengan Kejadian Diabetes Melitus', *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 9(2), p. 255. Available at: <https://doi.org/10.31596/jkm.v9i2.672>.

Evidence Based Practice (EBP)**PENERAPAN SENAM KAKI DIABETES TERHADAP NILAI KADAR GULA DARAH PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI KEL. KRAPYAK KEC. SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG**

Tujuan: Untuk mendiskripsikan penerapan senam kaki diabetes terhadap nilai kadar gula darah pada klien dengan diabetes mellitus



Hasil Telaah: Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan hari ketiga diketahui bahwa Ny. T sebelum diberikan senam kaki diabetes nilai kadar gula darah adalah 320 sesudah diberikan senam kaki nilai kadar gula darah Ny. T adalah 317 dengan selisih penurunan 3. Setelah menerapkan senam kaki diabetes mengalami penurunan kadar gula darah. Hal ini juga didukung oleh diet makan yang teratur.

Setelah dilakukan senam kaki pasien merasakan perubahan yaitu tubuhnya terasa rileks, otot kaki dan jari-jari kaki bisa digerakkan secara perlahan dan kekakuan yang terjadi pada kedua kaki berkurang.

Kesimpulan: Hasil studi kasus menunjukkan bahwa nilai kadar gula darah sebelum diberikan senam kaki diabetes dan setelah diberikan senam kaki diabetes mengalami penurunan nilai kadar gula darah. Penerapan senam kaki diabetes mampu menurunkan nilai kadar gula darah penderita DM. Hal ini didukung dengan diet yang teratur.

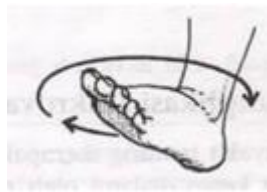
Standar Operasional Prosedur Senam Kaki Diabetik

Defenisi	Senam kaki adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu memperlancarkan peredaran darah bagian kaki
Tujuan	<ul style="list-style-type: none">a. Meningkatkan penggunaan insulin oleh tubuh.b. Membantu pembakaran lemak tubuh serta membantu mengontrol berat badan.c. Memperbaiki sirkulasi darahd. Memperkuat otot-otot kecile. Mencegah terjadinya kelainan bentuk kakif. Meningkatkan kekuatan otot betis dan pahag. Mengatasi keterbatasan gerak sendi
Indikasi dan kontra indikasi	<ul style="list-style-type: none">a. Indikasi Senam kaki ini dapat diberikan kepada seluruh penderita diabetes mellitus dengan tipe I maupun tipe II. Namun sebaiknya diberikan sejak pasien didiagnosa menderita diabetes mellitus sebagai tindakan pencegahan dini.b. Kontraindikasi<ul style="list-style-type: none">1) Klien mengalami perubahan fungsi fisiologis seperti dispnue atau nyeri dada

	2) Orang yang depresi, khawatir atau cemas
Prosedur	<p>1. Persiapan alat : kertas Koran 2 lembar, kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk), hand spon.</p> <p>2. Persiapan klien : kontrak topic, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan senam kaki.</p> <p>3. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, jaga privasi pasien.</p>
Pelaksanaan	<p>1. Duduk dengan baik di atas kursi sambil meletakkan kaki ke lantai</p>  <p>2. Sambil meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali.</p>  <p>3. Sambil meletakkan tumit di lantai, angkat telapak kaki ke atas. Kemudian, jari-jari kaki diletakkan di lantai sambil tumit kaki diangkat ke atas. Langkah ini diulangi sebanyak 10 kali</p>



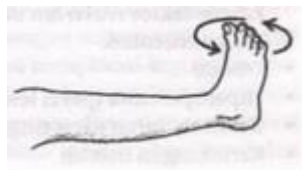
4. Tumit kaki diletakkan di lantai. Bagian depan kaki diangkat ke atas dan putaran 360 ° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



5. Jari-jari kaki diletakkan dilantai. Tumit diangkat dan putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali

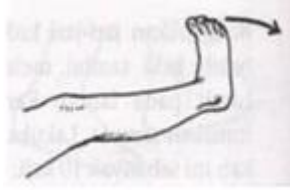


6. Kaki diangkat ke atas dengan meluruskan lutut. Putaran 360° dibuat dengan pergerakan pada pergelangan kaki sebanyak 10 kali



7. Lutut diluruskan dan dibengkokkan ke bawah sebanyak 10 kali. Ulangi langkah ini untuk kaki yang

sebelah lagi.



8. Letakkan sehelai kertas koran di lantai. Remas kertas itu menjadi bola dengan kedua kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi kertas yang lebar menggunakan kedua belah kaki. Langkah ini dilakukan sekali saja













Keterangan :
Hitam : Penyebab
Hijau : Akibat
Biru : Tanda dan Gejala
Merah : Masalah Keperawatan

KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Ade Rotun Suryani
 NIM : 052024001
 Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pengan
 Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Melitus Tipe II ..
 Pada Tty. R. Diruangan Rawat Inap Siku Fransiskus ..
 Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
 Nama Pembimbing I : Annita Andri Yanti Ertining, S. Kep., Ns., M. Kep.
 Nama Pembimbing II : Jogenar Pane, S. Kep., Ns., M. Kep.
 Nama Penguji III : Imelda Perang, S. Kep., Ns., M. Kep.

NO	HARI/ TANGGAL	PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PENG III
1.	16. Mei - 2025	Imelda Perang, S. Kep., Ns., M. Kep.	Perbaiki Bab I, II, III, IV dan mind mapping,			
2.	19. Mei - 2025	Jogenar Pane, S. Kep., Ns., M. Kep.	Perbaiki Bab I, II, III, IV,			
3.	22. Mei - 2025	Jogenar Pane, S. Kep., Ns., M. Kep.	Perbaiki di mind mapping.			

NO	HARI/ TANGGAL	PENGUJI	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PENG III
4	28 Mei - 2025	Imelda Derang, S.Kep., Ns., M.Kep	Penambahan Evidence Base Nursing & Nuring Mapping			
5	31 Mei - 2025	Jugentia Pire, S.Kep., Ns., M.Kep	Acc			
6	31 Mei - 2025	Imelda Derang, S.Kep., Ns., M.Kep.	Acc			
7	3 Juni - 2025	Annika Andri Yanti Ginting, S.Kep., Ns., M. Kep.	Perbaikan Diagnosa.			
8	5 Juni - 2025	Annika Andri Yanti Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep.	Perbaikan diagnosa			
9	7 Juni - 2025	Annika Andri Yanti Ginting, S.Kep., Ns., M.Kep.	Acc	