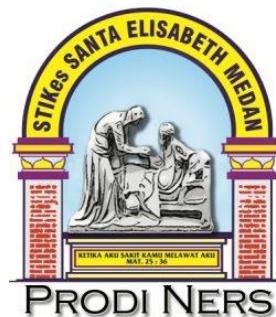


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PADA TN. C DENGAN GANGGUAN SISTEM
ENDOKRIN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI RUANGAN ST. YOSEP RUMAH
SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Melvin Gloria Zega

NIM.052024024

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



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PADA TN. C DENGAN GANGGUAN SISTEM
ENDOKRIN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI RUANGAN ST. YOSEP RUMAH
SAKIT SANTA ELISABETH
MEDAN TAHUN 2025**

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

**Melvin Gloria Zega
NIM. 052024024**

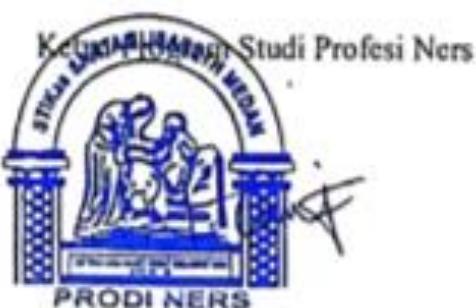
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 16 MEI 2025

MENGESAHKAN



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



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



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 16 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Mestiana Br. Karo., M.Kep., DNSc

Anggota : Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep

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



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Memperoleh Gelar
Ners (Ns)

Oleh :
Melvin Gloria Zega

Medan, 16 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Pengaji

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

Anggota

(Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Jagendar P. Pane , S.Kep.,Ns.,M.Kep)



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Tn. C di Ruang Rawat Inap St.Yosep Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 4-6 September 2024”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis telah banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. 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 pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus kelolaan untuk karya ilmiah akhir di Rs Elisabeth Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing II sekaligus penguji II yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam



membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

5. Jagentar P. Pane , S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III saya yang telah sabar dan memberi banyak waktu dalam membimbing dan memberi arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
6. Kepada seluruh dosen yang telah membimbing, memberikan dukungan, motivasi kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
7. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2024.
8. Teristimewa kepada orangtua tercinta Ayahanda F. Zega dan Ibu S.Telaumbanua serta kedua saudara kandung saya Jesica margaretha zega dan Ivan Joses Putra yang telah bersedia memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya dalam profesi keperawatan.



SINOPSIS

Melvin Gloria Zega, 052024024

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. C Dengan Diabetes Melitus Di Ruang St. Yosep Rs Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Diabetes melitus

Diabetes mellitus merupakan kelainan metabolisme kronis yang ditandai dengan hiperglikemia. Penyakit makan dikaitkan dengan kelainan utama pada metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. DM merupakan kelainan metabolisme kronis yang ditandai dengan defisiensi hormon insulin sebagian atau seluruhnya. Ini adalah penyakit metabolik yang paling umum, yang mengakibatkan penyesuaian metabolismik atau perubahan fisiologis di hampir seluruh area tubuh. Tujuan penulisan karya ilmiah untuk memberikan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem endokrin diabetes melitus tipe 2 pada Tn. C di Ruangan St. Yosep RS. Santa Elisabeth Medan Tahun 2024. Metode dalam Penulisan karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan pada Tn. C dengan diabetes melitus tipe 2 di ruangan St. Yosep Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2024. Hasil: pengkajian yang didapatkan sesuai dengan diagnosa keperawatan di sesuailan dengan SDKI, penetapan kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan SLKI, dan rencana keperawatan yang berikan sesuai dengan SIKI yang telah ditentukan.



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
SINOPSIS	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	6
2.1. Konsep Dasar Diabetes Melitus.....	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus	7
2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus.....	9
2.1.4 Anatomi dan Fisiologi	11
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	16
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.8 Penatalaksana	18
2.1.9 Komplikasi	22
2.1.10 Pathway DM Tipe 2	23
2.2. Konsep Dasar keperawatan.....	24
2.2.1 Pengkajian keperawatan	24
2.2.2 Diagnosa keperawatan	25
2.2.3 Intervensi keperawatan	26
2.2.4 Implementasi keperawatan	27
2.2.5 Evaluasi keperawatan	27
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN	29
3.1. Pengkajian Keperawatan.....	29
BAB 4 PEMBAHASAN	61



4.1. Pengkajian keperawatan.....	61
4.2. Diagnosa keperawatan	62
4.3. Intervensi keperawatan dan Implementasi Keperawatan.....	64
4.4.Evaluasi Keperawatan.....	67
BAB 5 Simpulan Dan Saran.....	69
5.1. Simpulan	69
5.2. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	72
EBP	73
MIND MAPPING.....	74



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan pada sistem Endokrin (hormon dan kelenjar) merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai dan ada yang sulit untuk diketahui, bahkan perluasan penyakitnya pun terus berkembang, sehingga untuk mengetahui hasil diagnosis secara pasti akan sulit. (Setiawan, 2021)

Menurut Lewis et al (2019), diabetes melitus merupakan sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai dengan kadar glukosa darah yang tinggi (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Tiga komplikasi akut utama diabetes yang berhubungan dengan ketidak seimbangan jangka pendek kadar glukosa darah adalah hipoglikemia, ketoasidosis diabetik (KAD), dan sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik (HHNS).

Diabetes mellitus adalah adalah penyakit multi sistem kronis yang berhubungan dengan produksi insulin yang tidak normal, gangguan penggunaan insulin, atau keduanya. Diabetes melitus adalah masalah kesehatan yang serius di seluruh dunia, dan prevalensinya meningkat dengan cepat. (Brunner & Suddart 2018)

Menurut Brunner & Suddarth, (2018), Saat ini di Amerika Serikat diperkirakan 25,8 juta orang, atau 8,3% dari populasi, mengidap diabetes melitus, dan 79 juta orang lainnya menderita prediabetes. Juta orang dengan diabetes mellitus belum terdiagnosis dan tidak menyadari bahwa mereka mengidap penyakit ini. Diabetes mellitus adalah penyebab kematian ketujuh di Amerika Serikat, tetapi namun, kemungkinan besar tidak dilaporkan.



Hasil Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, menunjukkan prevalensi DM di Indonesia membesar sampai 57%, pada tahun 2019 angka kejadian diabetes melitus didunia adalah sebanyak 371 juta jiwa, dimana proporsi kejadiandiabetes melitus tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetesmellitus dan hanya 5% dari jumlah tersebut menderita diabetes mellitus tipe 1. (Ivan Dzaki, 2023)

Prevalensi kasus DM terus terjadi peningkatan disetiap tahunnya. Berdasarkan IDF (2021) kasus DM di dunia selalu terjadi peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2011 terdapat 366 juta, lalu meningkat menjadi 382 juta pada tahun 2013, dan mengalami peningkatan juga pada tahun 2015 dan 2017 yaitu menjadi 415 juta dan 425 juta dan terus meningkat menjadi 463 juta kasus DM pada tahun 2019. Pada tahun 2030 dan 2045 diperkirakan kasus DM meningkat menjadi 578 juta dan 700 juta jiwa yang terdiagnosa DM. (Ivan Dzaki, 2023)

Menurut Lewis (2019), diabetes melitus tipe 1 berkembang ketika pankreas seseorang tidak dapat lagi memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa. Setelah hal ini terjadi, timbulnya gejala biasanya cepat, dan pasien sering kali terlihat dengan gejala yang akan datang atau ketoasidosis yang sebenarnya. Pasien biasanya memiliki riwayat baru-baru ini dan penurunan berat badan secara tiba-tiba dan gejala klasik polidipsia (rasa haus yang berlebihan), poliuria (sering buang air kecil), dan polifagia (rasa lapar yang berlebihan).



Faktor risiko untuk mengembangkan diabetes tipe 2 termasuk kelebihan berat badan atau obesitas, berusia lebih tua, dan memiliki riwayat keluarga dengan diabetes tipe 2. Meskipun penyakit ini lebih jarang ditemukan pada anak-anak, namun kejadiannya meningkat karena meningkatnya prevalensi obesitas pada masa kanak-kanak. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan diabetes tipe 2. Faktor risiko yang paling kuat adalah obesitas, terutama adipositas abdominal dan viseral.

Diabetes Melitus dapat dihindari apabila individu melakukan Tindakan pencengahan, antara lain mengetahui faktor-faktor resiko yang dapat menimbulkan penyakit diabetes yaitu faktor resiko yang dimodifikasi, diantaranya obesitas, merokok, stress, hipertensi dan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi, yaitu usia di atas 45 tahun keatas, faktor keturunan, ras, riwayat menderita diabetes gestasional.

Mekanisme coping individu merupakan suatu cara untuk menurunkan stress dan membuat suatu keputusan pengobatan dimana spiritualitas memainkan peran penting untuk menghadapi suatu situasi meningkat secara proposisional dengan signifikansi spiritualitas dalam kehidupan mereka Penderita DM Tipe 2 menjadi berorientasi spiritual. (Dewi, et al., 2022).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin “Diabetes melitus Di Ruangan Santo Yosep Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan”



1.2. Rumusan Masalah

Masalah yang penulis rumuskan adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 diruangan Santo Yosep Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.3 Tujuan karya ilmiah akhir

1.3.1. Tujuan umum

Bagaimana asuhan keperawatan dengan gangguan sistem endokrin diabetes melitus tipe 2 pada Tn. C di Ruangan St. Yosep Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan kasus diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kasus diabetes mellitus tipe di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan kasus diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan kasus diabetes mellitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan



1.4 Manfaat KIA

1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat digunakan untuk menambah wawasan dan pengetahuan untuk dijadikan sebagai bahan informasi tambahan yang berguna, terutama asuhan keperawatan pada pasien Diabetes melitus tipe 2 di ruangan Santo Yosep Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2025

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Untuk meningkatkan knowledge, kapasitas serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan diabetes melitus.

3. Bagi intitusi pendidikan

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan diabetes melitus.



BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes melitus adalah sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) yang dihasilkan akibat cacat pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Tiga komplikasi akut utama diabetes yang berhubungan dengan jangka pendek ketidakseimbangan kadar glukosa darah adalah hipoglikemia, diabetes ketoasidosis (DKA), dan sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik (HHNS). Hiperglikemia jangka panjang dapat menyebabkan komplikasi mikrovaskuler kronis (penyakit ginjal dan mata) dan komplikasi neuropatik. (Lewis, Dirksen, Heitkemper, 2019)

Secara normal, sejumlah glukosa bersirkulasi di dalam darah. Sumber utama

glukosa ini adalah penyerapan makanan yang dicerna di saluran pencernaan (GI) dan pembentukan glukosa oleh hati dari zat-zat makanan. Insulin, hormon yang diproduksi oleh pankreas, mengontrol tingkat glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanan glukosa. Pada keadaan diabetes, sel-sel dapat berhenti merespons insulin atau pankreas dapat berhenti memproduksi insulin sama sekali. (Lewis, Dirksen, Heitkemper, 2019)

Diabetes melitus dibedakan menjadi 2 tipe, yaitu : Diabetes Melitus tipe I merupakan penyakit gangguan metabolisme yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat kerusakan sel beta pankreas karena adanya proses autoimun yang



membuat sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel pankreas sehingga pankreas tidak dapat memproduksi insulin sama sekali dan penderita sangat memerlukan tambahan insulin dari luar. Diabetes Melitus tipe II Merupakan gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh penurunan sensitivitas resistensi insulin (Lewis, Dirksen, Heitkemper, 2019)

2.1.2 Klasifikasi diabetes melitus

Menurut Lewis (2019), terdapat 3 jenis diabetes melitus, yakni:

1. Diabetes tipe 1

Diperkirakan bahwa kombinasi genetik, diabetes tipe 1 pankreas ditandai dengan kerusakan pankreas dengan cepat meningkatkan logika, dan mungkin faktor lingkungan (misalnya virus) berkontribusi terhadap kerusakan sel yang lebih besar. Interaksi faktor genetik, imunologi, dan lingkungan dalam etiologi diabetes tipe 1 masih menjadi bahan penelitian yang berkelanjutan. Meskipun peristiwa yang menyebabkan kerusakan sel beta tidak sepenuhnya dipahami, secara umum diterima bahwa kerentanan genetik merupakan faktor umum yang mendasari perkembangan diabetes tipe 1.

Orang tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri, melainkan mereka mewarisi kecenderungan genetik, atau kecenderungan, untuk terkena diabetes tipe 1. Kecenderungan genetik ini banyak ditemukan pada orang dengan tipe HLA (human leukosit antigen) tertentu.

2. Diabetes Tipe 2



Dua masalah utama terkait insulin pada diabetes tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistansi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Biasanya, insulin berikatan dengan reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa. Pada diabetes tipe 2, reaksi intraseluler berkurang, sehingga menyebabkan insulin kurang efektif dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan. Mekanisme pasti yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe 2 tidak diketahui, meskipun faktor genetik diduga berperan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan jumlah insulin harus dikeluarkan untuk menjaga kadar glukosa pada tingkat normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel beta tidak dapat mengimbangi peningkatan permintaan diabetes tipe 2, maka diabetes akan berkembang. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe 2, terdapat cukup insulin untuk mencegah produksi keton yang memecah lemak tubuh. Oleh karena itu, DKA tidak terjadi pada diabetes tipe 2. Namun, diabetes tipe 2 yang tidak terkontrol dapat menyebabkan masalah sindrom hiperglikemik hiperosmolar nonketotik akut lainnya, yang disebut diabetes tipe 2 yang tidak terkontrol.

3. Diabetes gestasional



Diabetes gestasional didefinisikan sebagai tingkat intoleransi glukosa yang dimulai selama kehamilan. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan karena sekresi hormon plasenta. Skrining selektif untuk diabetes selama kehamilan kini direkomendasikan untuk wanita antara usia kehamilan 24 dan 28 minggu yang memenuhi satu atau lebih kriteria berikut: berusia 25 tahun atau lebih; berusia kurang dari 25 tahun dan mengalami obesitas; riwayat keluarga diabetes pada kerabat tingkat pertama; atau anggota kelompok etnis/ras dengan prevalensi diabetes yang tinggi (misalnya, Amerika Hispanik, Amerika Asli, Amerika Asia, Amerika Afrika, atau Penduduk Kepulauan Pasifik) (Gestational Diabetes Mellitus, 1998).

Penatalaksanaan awal meliputi modifikasi pola makan dan pemantauan glukosa darah. Jika hiperglikemia berlanjut, insulin akan diresepkan. Agen antidiabetik oral tidak boleh digunakan selama kehamilan. Sasaran glukosa darah selama kehamilan adalah 105 mg/dL (5,8 mmol/l) atau kurang sebelum makan dan 120 mg/dL (6,7 mmol/l) atau kurang 2 jam setelah makan (Gestational Diabetes Mellitus, 1998). Setelah bayi dilahirkan, kadar glukosa darah pada wanita penderita diabetes melitus kembali normal.

2.1.3 Etiologi diabetes melitus

1. Diabetes Militus (DM) Tipe 1

DM tipe 1 adalah penyakit yang dimediasi oleh imun, yang disebabkan oleh kerusakan autoimun sel β pankreas, tempat produksi in-



sulin. Hal ini pada akhirnya berakibat pada ketiadaan produksi insulin sama sekali. Auto antibodi terhadap sel islet menyebabkan penurunan 80% hingga 90% dari normal normal sebelum terjadi hiperglikemia dan manifestasi lainnya (Gbr. 49-2). Predisposisi genetik dan paparan terhadap virus adalah faktor yang dapat berkontribusi pada patogenesis diabetes tipe 1 yang tidak terkait dengan kekebalan.

Hubungan genetik Kecenderungan diabetes tipe 1 terkait dengan leukosit manusia antigen (HLAs). Secara teoritis, ketika seseorang dengan tipe HLA tertentu terpapar infeksi virus, sel β dari pankreas dihancurkan, baik secara langsung maupun melalui proses autoimun. Jenis HLA yang terkait dengan peningkatan risiko diabetes tipe 1 termasuk HLA-DR3 dan HLA-DR4. Diabetes idiopatik adalah bentuk diabetes tipe 1 yang sangat diwariskan dan tidak terkait dengan autoimunitas. Ini hanya terjadi pada sejumlah kecil orang dengan diabetes tipe 1, paling sering terjadi pada Keturunan Hispanik, Afrika, atau Asia. tipe 1, biasanya terjadi pada orang yang berusia di atas berusia di atas 35 tahun yang tidak mengalami obesitas.

Timbulnya Penyakit Pada diabetes tipe 1, auto antibodi sel pulau yang bertanggung jawab atas penghancuran sel β hadir selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun sebelum timbulnya gejala. Manifestasi diabetes tipe 1 diabetes tipe 1 berkembang ketika pankreas seseorang tidak dapat lagi memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup untuk mempertahankan kadar glukosa. Setelah hal ini terjadi,



timbulnya gejala biasanya cepat, dan pasien sering kali terlihat dengan gejala yang akan datang atau ketoasidosis yang sebenarnya.

Pasien biasanya memiliki riwayat baru-baru ini dan penurunan berat badan secara tiba-tiba dan gejala klasik polidipsia (rasa haus yang berlebihan), poliuria (sering buang air kecil), dan polifagia (rasa lapar yang berlebihan). Individu dengan diabetes tipe 1 membutuhkan insulin dari sumber luar (insulin eksogen) untuk mempertahankan hidup.

Tanpa insulin, pasien akan mengalami ketoasidosis diabetik (DKA), kondisi yang mengancam jiwa yang mengakibatkan asidosis metabolik. pengobatan dimulai. Selama masa ini, pasien membutuhkan sedikit insulin yang disuntikkan karena produksi insulin sel β tetap ada cukup untuk mengontrol glukosa. Pada akhirnya, karena lebih banyak sel β yang dihancurkan dan kadar glukosa darah meningkat, periode remisi dan pasien akan membutuhkan insulin secara permanen.

2. Diabetes Militus (DM) Tipe 2

Pada diabetes tipe 2, pankreas biasanya terus memproduksi sebagian insulin endogen (yang dibuat oleh tubuh). Namun, insulin yang diproduksi tidak mencukupi kebutuhan tubuh atau digunakan dengan buruk oleh jaringan, atau keduanya. Keberadaan insulin endogen merupakan perbedaan utama antara diabetes tipe 1 dan tipe 2. (Pada diabetes tipe 1, tidak ada insulin endogen.) Banyak faktor yang berkontribusi pada perkembangan diabetes tipe 2. Faktor risiko



yang paling kuat adalah obesitas, terutama obesitas abdominal dan viseral.

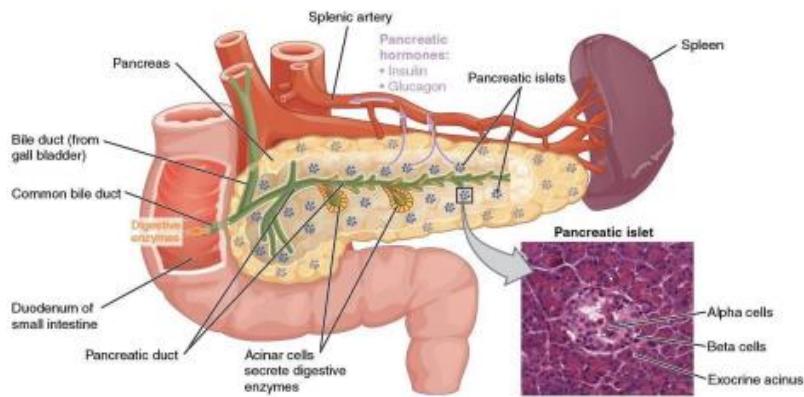
Meskipun genetika diabetes tipe 2 belum sepenuhnya dipahami, kemungkinan banyak gen yang terlibat. Mutasi genetik yang menyebabkan resistensi insulin dan meningkatkan risiko obesitas telah ditemukan pada banyak orang dengan diabetes tipe 2. Individu yang memiliki kerabat derajat pertama dengan penyakit ini memiliki kemungkinan 10 kali lebih besar untuk mengembangkan diabetes melitus.

Empat kelainan metabolismik utama berperan dalam perkembangan diabetes tipe 2 (lihat Gambar 49-2). Faktor pertama adalah resistensi insulin, yaitu kondisi di mana jaringan tubuh tidak merespons aksi insulin karena reseptor insulin tidak responsif, jumlahnya tidak mencukupi, atau keduanya. Sebagian besar reseptor insulin terletak pada otot rangka, sel lemak, dan sel hati. Ketika insulin tidak digunakan dengan benar, masuknya glukosa ke dalam sel terhambat, yang mengakibatkan hiperglikemia. Pada tahap awal resistensi insulin, pankreas merespons kadar glukosa darah yang tinggi dengan menghasilkan lebih banyak insulin (jika fungsi sel β normal). Ini menciptakan keadaan hipersinsulinemia sementara yang bersamaan dengan hiperglikemia (Lewis, Dirksen, Heitkemper, 2019).



2.1.4 Anatomi dan fisiologi

1. Anatomi



2. Fisiologi

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

1. Mengangkut dan memetabolisme glukosa untuk energi
2. Merangsang penyimpanan glukosa di hati dan otot (dalam bentuk glikogen)
3. Memberi sinyal pada hati untuk menghentikan pelepasan glukosa
4. Meningkatkan penyimpanan lemak makanan di jaringan adiposa
5. Mempercepat pengangkutan asam amino (yang berasal dari protein makanan) ke dalam sel. Insulin juga menghambat pemecahan glukosa yang tersimpan, protein, dan lemak.



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

2.1.5 Patofisiologi

Pada diabetes mellitus tipe II masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu jumlah insulim kurang (defisiensi insulin) dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang, sehingga terjadinya resistensi insulin karena glukosa yang masuk ke dalam sel berkurang. Dalam keadaan normal, kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% samapi 40% diubah menjadi lemak, tetapi proses tersebut terganggu karena defisiensi insulin.

Penyerapan glukosa kedalam sel macet dan metabolismenya terganggu, sehingga terjadi kerusakan pada sel beta dan menyebabkan ketidakseimbangan produksi insulin. Kelainan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah dan tidak dapat dibawa masuk ke dalam sel sehingga terjadi hiperglikemia dan mengakibatkan terjadinya ketidakstabilan kadar glukosa darah.



Saat terjadi hiperglikemia, ginjal tidak dapat menahannya karena ambang batas reabsorpsi ginjal untuk gula darah adalah 180 mg/dL, bila melibih ambang batas tersebut, maka ginjal tidak bias menyaring dan mengabsorbsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria.

Glukosa menyebabkan terjadinya diuresis osmotic yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (Poliuria). Poliuria pada pasien mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien merasakan haus secara terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (Polidipsi). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah menjadi energy.

Cara sel untuk mempertahankan fungsinya maka sel akan mengkompensasi hal tersebut dengan cara memecah lemak (lipolisis) dalam tubuh menjadi glukosa dan energi, selain memecah lemak untuk kompensasinya sel juga akan memecah protein yang tersimpan dalam tubuh sehingga mengakibatkan penurunan penyimpanan protein dalam tubuh. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka pasien akan merasa lapar secara terus menerus sehingga menyebabkan banyak makan yang disebut (Polifagia).

Pada Diabetes Melitus tipe II pasien mengalami penurunan berat badan, cepat merasa lemas, dan lelah, hal ini karena tubuh kehabisan glikogen yang telah dilebur menjadi glukosa maka tubuh akan berusaha mendapatkan peleburan zat dari bagian tubuh lain yaitu protein dimana akan terjadi katabolisme protein



meningkat yang menyebabkan pasien diabetes mellitus sering mengalami kelelahan dan kelemahan otot dan mengakibatkan terjadinya intoleransi aktivitas.

Tetapi tubuh akan merasa terus kekurangan bahan untuk metabolisme sehingga tubuh akan memecah cadangan makanan yang ada termasuk jaringan otot dan lemak sehingga akan terjadi penurunan berat badan dan mengakibatkan terjadinya defisit nutrisi. Pada seseorang yang mengidap diabetes mellitus, gula darah yang meningkat dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kelainan pada sistem saraf atau neuropati diabetik dan kelainan pembuluh darah (angiopati). Kelainan pembuluh darah terjadi karena tingginya kandungan gula dalam darah pada penderita DM.

Hal ini akan membuat darah menjadi lebih pekat, darah yang pekat akan mengakibatkan terjadinya resistensi pembuluh darah karena sirkulasi ke bagian kaki menurun, penurunan sirkulasi (iskemia) diikuti oleh penurunan suplai oksigen ke bagian kaki, akibatnya perfusi jaringan bagian distal menjadi kurang baik dan mengakibatkan terjadinya perfusi jaringan tidak efektif. (Suddarth's, 2018)

2.1.6 Manifestasi klinis

1. Poliuria, polidipsia, dan polifagia.
2. Kelelahan dan kelemahan, perubahan penglihatan yang tiba-tiba, kesemutan atau mati rasa pada tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi berulang.
3. Timbulnya diabetes tipe 1 dapat dikaitkan dengan penurunan berat badan secara tiba-tiba atau mual, muntah, atau sakit perut.



4. Diabetes tipe 2 diakibatkan oleh intoleransi glukosa yang lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang jika diabetes tidak terdeteksi selama bertahun-tahun (misalnya penyakit mata, neuropati perifer, penyakit pembuluh darah perifer). Komplikasi mungkin telah berkembang sebelum diagnosis yang sebenarnya ditegakkan.
5. Tanda dan gejala DKA meliputi nyeri perut, mual, muntah, hiperventilasi, dan bau napas seperti buah. DKA yang tidak diobati dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma, dan kematian. (Lewis, Dirksen, Heitkemper, 2019).

2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

Menurut Lewis, Dirksen (2019), selain mengkaji tanda dan gejala yang dialami pasien perlu juga dilakukan pemeriksaan diagnostik sebagai berikut :

1. Pemeriksaan gula darah Bertujuan untuk menilai kadar gula darah, pemeriksaan ini dilakukan paling sedikit 2 kali pemeriksaan
 - a. GDS > 200 mg/dL (11,1 mmol/dL)
 - b. GDP > 140 mg/dL (7,0 mmol/dL)
 - c. PP 2 jam \geq 200 mg/dL (< 140 Rasional/dL)

Pada pemeriksaan gula darah post prandial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode pengambilan darah tepi darah dan darah vena. Namun cara paling sering digunakan di Rumah Sakit yaitu pengambilan darah tepi.



2. Test toleransi glukosa oral (TTGO) Test toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan hanya pada pasien yang telah bebas dari hiperglikemia, diet dan beraktivitas fisik 3 kali sebelum test.
3. Pemeriksaan hemoglobin glikosolat (HbA1c) Untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb dan untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama 3 bulan terakhir.
4. Pemeriksaan keton urine Untuk memeriksa glukosa urine meningkat, pemeriksaan keton dan albumin dalam urine.
5. Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida Dapat meningkat ketidakadekuatan control glikemik
6. Pemeriksaan angiografi, monofilament, doppler pada luka gangrene dan kultur jaringan pada luka gangrene

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan pasien dengan diabetes dapat melibatkan pengobatan berbagai macam gangguan fisiologis, tergantung pada status kesehatan pasien dan apakah pasien baru didiagnosis atau sedang mencari perawatan untuk masalah kesehatan yang tidak terkait. Karena semua pasien diabetes harus menguasai konsep dan keterampilan yang diperlukan untuk manajemen jangka panjang dan menghindari potensi komplikasi diabetes, fondasi pendidikan yang kuat diperlukan untuk perawatan diri yang kompeten dan merupakan fokus perawatan yang berkelanjutan.

1. Memberikan penkes kepasien



Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang membutuhkan perilaku pengelolaan diri yang khusus. Perawat memainkan peran penting dalam mengidentifikasi pasien diabetes, menilai keterampilan perawatan diri, memberikan pendidikan dasar, memperkuat pengajaran yang diberikan yang diberikan oleh spesialis, dan merujuk pasien untuk perawatan lanjutan setelah pulang.

2. Menyusun Rencana Pengajaran Diabetes

- a. Tentukan bagaimana mengatur dan memprioritaskan jumlah informasi yang harus diajarkan kepada pasien diabetes.
- b. Banyak rumah sakit dan pusat diabetes rawat jalan telah merancang pedoman tertulis, rencana perawatan, dan formulir dokumentasi yang dapat digunakan untuk mendokumentasikan dan mengevaluasi pengajaran.
- c. American Association of Diabetes Educators merekomendasikan pengorganisasian edukasi dengan menggunakan tujuh kiat berikut untuk mengelola diabetes: makan sehat, aktif, pemantauan, minum obat, pemecahan masalah, penanganan yang sehat, dan mengurangi risiko.
- d. Pendekatan umum lainnya adalah mengatur informasi dan keterampilan menjadi dua jenis utama: keterampilan dan informasi dasar, awal (“bertahan hidup”), dan pendidikan yang mendalam (lanjutan) atau berkelanjutan.



e. Informasi dasar secara harfiah adalah apa yang harus diketahui oleh pasien untuk bertahan hidup (misalnya, untuk menghindari komplikasi hipoglikemik atau hiperglikemik akut yang parah setelah keluar dari rumah sakit) dan mencakup patofisiologi, modalitas pengobatan; pengenalan, pengobatan, dan pencegahan komplikasi akut; dan informasi pragmatis lainnya (misalnya, tempat membeli dan menyimpan insulin, cara menghubungi dokter)

3. Menilai Kesiapan untuk Belajar

- a. Kaji kesiapan pasien (dan keluarga) untuk belajar; kaji strategi penanganan pasien dan meyakinkan pasien dan keluarga bahwa perasaan keluarga bahwa perasaan depresi dan syok adalah hal yang normal.
- b. Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang kekhawatiran utama mereka atau ketakutan utama mereka untuk mengetahui informasi yang salah yang mungkin berkontribusi terhadap kecemasan; berikan informasi yang sederhana dan langsung untuk menghilangkan kesalahpahaman
- c. Mengevaluasi situasi sosial pasien untuk mengetahui faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi rencana pengobatan dan edukasi diabetes (mis, tingkat melek huruf yang rendah, sumber daya keuangan yang terbatas atau kurangnya asuransi kesehatan, ada atau



tidak adanya dukungan keluarga, jadwal harian yang khas, defisiensi neurologis).

4. Mengajarkan Pasien untuk Mengelola Insulin Secara Mandiri

- a. Menyimpan insulin: Vial yang tidak digunakan, termasuk vial cadangan, harus didinginkan; suhu yang ekstrem harus insulin tidak boleh dibiarkan membeku dan harus tidak disimpan dibawah sinar matahari langsung atau di dalam mobil yang panas; botol insulin yang digunakan harus disimpan pada suhu kamar (hingga 1 bulan). Anjurkan pasien untuk selalu memiliki vial cadangan jenis atau tipe insulin yang dibutuhkan. Instruksikan juga kepada pasien untuk mencampur semua insulin yang keruh secara menyeluruh dengan membalikkan vial secara perlahanbotol atau menggulungnya di antara kedua tangan sebelum memasukkan larutan ke dalam semprit atau pena dan membuang botol insulin kerja menengah yang menunjukkan bukti flokulasi (lapisan buram keputihan di dalam botol).
- b. Memilih jarum suntik: Jarum suntik harus disesuaikan dengan konsentrasi insulin (U-100 adalah standar di Amerika Serikat); saat ini ada tiga ukuran Amerika Serikat); saat ini, ada tiga ukuran jarum suntik insulin U-100 tersedia (jarum suntik 1 mL yang dapat menampung 100 unit, 0,5 mL yang dapat menampung 50 unit, dan jarum suntik 0,3 mL yang dapat menampung 30 unit). Jarum suntik kecil memungkinkan pasien yang membutuhkan jumlah



insulin yang kecil untuk mengukur dan menghitung jumlah insulin secara akurat. Pasien yang membutuhkan insulin dalam jumlah besar insulin dalam jumlah besar menggunakan jarum suntik yang lebih besar. Jarum suntik yang lebih kecil (ditandai dengan 1 unit) mungkin lebih mudah digunakan untuk pasien dengan gangguan penglihatan defisit. Pasien yang sangat kurus dan anak-anak mungkin memerlukan jarum yang lebih kecil jarum.(Suddarth's, 2018)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang terkait dengan diabetes diklasifikasikan sebagai komplikasi akut dan kronis. Komplikasi akut terjadi akibat ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah dan meliputi hal-hal berikut ini:

1. Hipoglikemia
2. DKA
3. HHNS

Komplikasi kronis umumnya terjadi 10 hingga 15 tahun setelah timbulnya diabetes melitus. Komplikasi tersebut meliputi berikut ini:

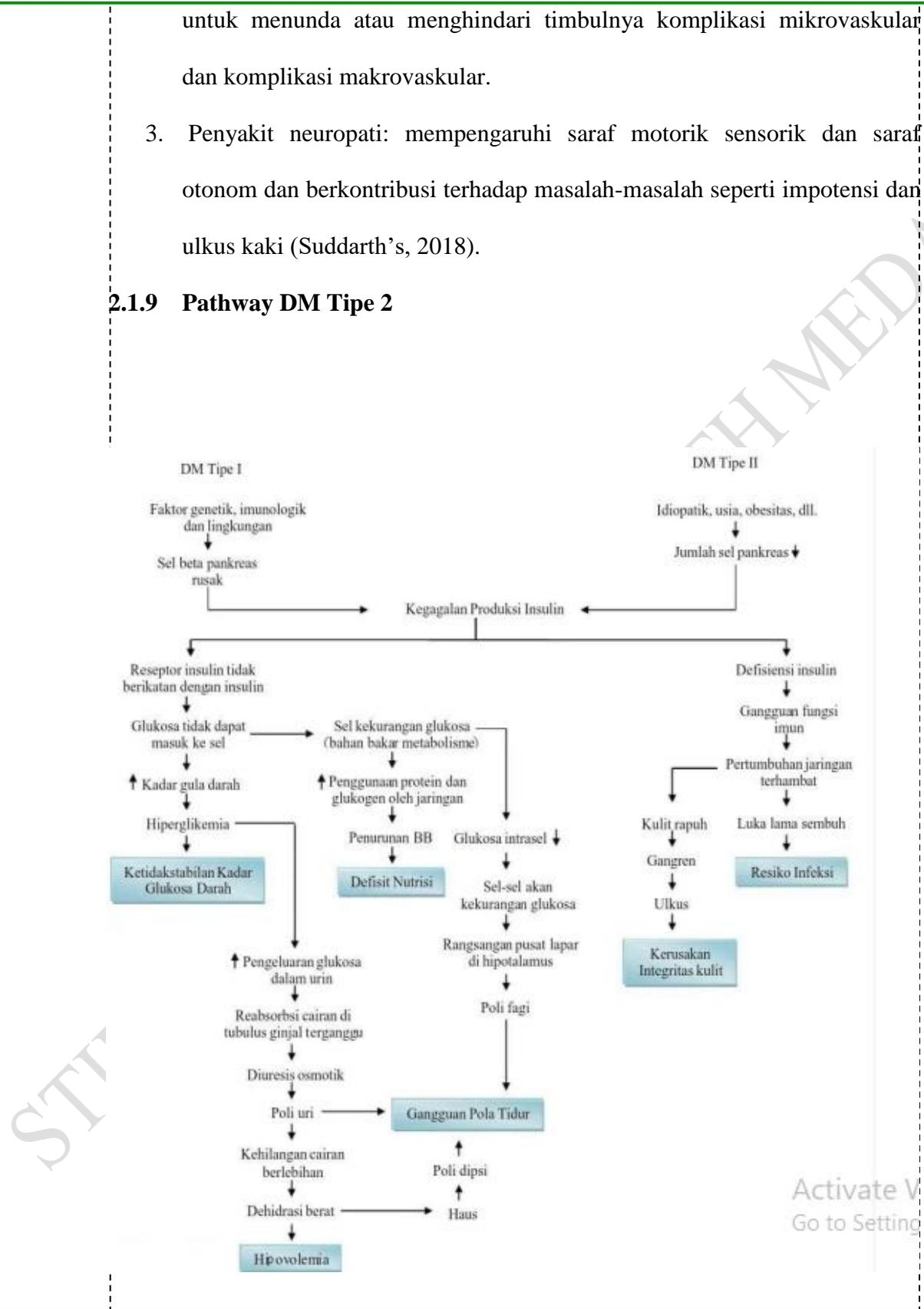
1. Penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar): mempengaruhi sirkulasi pembuluh darah koroner, pembuluh darah perifer, dan pembuluh darah otak
2. Penyakit mikrovaskular (pembuluh darah kecil): mempengaruhi mata (retinopati) dan ginjal (nephropati); mengendalikan kadar glukosa darah



untuk menunda atau menghindari timbulnya komplikasi mikrovaskular dan komplikasi makrovaskular.

3. Penyakit neuropati: mempengaruhi saraf motorik sensorik dan saraf otonom dan berkontribusi terhadap masalah-masalah seperti impotensi dan ulkus kaki (Suddarth's, 2018).

2.1.9 Pathway DM Tipe 2





2.1 Konsep Dasar Keperawatan

2.1.1. Pengkajian keperawatan

Menurut Lewis, Dirksen, Heitkemper (2019), memberikan data subjektif dan obyektif awal yang harus diperoleh dari penderita diabetes mellitus. Sesudah penilaian awal melakukan penilaian pasien secara berkala pada secara teratur

1. Data subyatif

a. Informasi Kesehatan Penting

Riwayat kesehatan masa lalu: Infeksi gondongan, rubella, coxsackievirus, atau infeksi virus lainnya; trauma, infeksi, atau stres baru-baru ini; kehamilan, melahirkan bayi dengan berat badan >9 kg; pankreatitis kronis; sindrom Cushing; akromegali; riwayat keluarga dengan diabetes mellitus tipe 1 atau tipe 2 Pengobatan: Penggunaan dan kepatuhan terhadap rejimen dengan insulin atau OA; kortikosteroid, diuretik, fenitoin (Dilantin) Pembedahan atau perawatan lainnya: Pembedahan yang baru saja dilakukan

b. Pola Kesehatan Fungsional

Persepsi kesehatan-pengelolaan kesehatan: Riwayat keluarga yang positif; malaise; tanggal pemeriksaan mata dan gigi terakhir

c. Nutrisi-metabolik

Obesitas; penurunan berat badan (tipe 1), kenaikan berat badan (tipe 2); haus, lapar; mual dan muntah; penyembuhan yang buruk (terutama yang melibatkan kaki), kepatuhan pada diet pada pasien dengan diabetes yang sebelumnya didiagnosis

d. Eliminasi

Sembelit atau diare; sering buang air kecil, sering infeksi kandung kemih, nokturia, inkontinensia urin Aktivitas-latihan: Kelemahan otot, kelelahan Kognitif-persepsi: Sakit perut; sakit kepala; penglihatan kabur; mati rasa atau kesemutan pada ekstremitas; gatal-gatal

e. Seksualitas-reproduksi



Disfungsi ereksi, sering mengalami infeksi vagina; penurunan libido

f. Toleransi terhadap stres

Depresi, mudah tersinggung, apatis Nilai-kepercayaan Komitmen terhadap perubahan gaya hidup yang melibatkan pola makan, pengobatan, dan pola aktivitas.

2. data objektif

g. Mata

Bola mata yang lunak dan cekung; perdarahan vitreal, katarak

h. Integumen

Kulit kering, hangat, tidak elastis; lesi berpigmen (pada kaki), bisul (terutama pada kaki), rambut rontok pada jari-jari kaki.

i. Pernafasan

Respirasi cepat dan dalam (respirasi kussmaul)

j. Kardiovaskular

Hipotensi: lemah, denyut nadi cepat

k. Saluran cerna

Mulut kering, muntah, nafas berbau

l. Neurologis

Perubahan refleks, kegelisahan, kebingungan, pingsan, koma

m. Muskuloskeletal

Pengecilan otot

2.1.2 Diagnosa keperawatan

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

1. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak cukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi.



3. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya ulkus/luka diabetes mellitus.
4. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi, perubahan kimia darah, insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi, infeksi dan hipermetabolik.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
7. Hipovolemia berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.
8. Defisit pengetahuan mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

2.1.3 Intervensi keperawatan

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

1. Berikan edukasi kepada pasien tentang Penyakit dan pentingnya mempertahankan kadar glukosa normal.
2. Mendemonstrasikan pemantauan glukosa darah.
3. Diet dan pilihan makanan, termasuk ukuran porsi.
4. Doronglah pasien untuk berolahraga.
5. Diskusikan keterampilan mengatasi stres untuk mengurangi stres.
6. Ajarkan penyuntikan insulin secara mandiri (Tipe 2).
7. Anjurkan untuk berhenti merokok.
8. Perawatan diri.
9. Manajemen akut.



10. Pencegahan komplikasi, seperti hiperglikemia dan hipoglikemia.

11. Ajarkan pentingnya pengobatan harian.

12. Jelaskan tanda dan gejala hipoglikemia serta intervensinya.

2.1.4 Implementasi

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

Menurut Lewis et al (2004), merekomendasikan skrining rutin untuk diabetes tipe 2 untuk semua orang dewasa yang kelebihan berat badan atau obesitas (BMI lebih besar dari atau sama dengan 25 kg/m²) atau memiliki satu atau lebih faktor risiko. Untuk orang-orang yang tidak memiliki faktor risiko diabetes, skrining harus Mulailah pada usia 45 tahun. Tabel 49-13 memberikan kriteria untuk menguji pradiabetes dan diabetes. Jika hasilnya normal, ulangi pengujian pada 3 tahun interval.

2.1.5 Evaluasi

Menurut Brunner & suddarth (2018) Hasil yang diharapkan pada pasien Diabetes Melitus yaitu sebagai berikut :



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



BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian Keperawatan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji :Melvin gloria zega		NIM:052024024	
Unit Medan	: RS St. Elisabeth	Tgl. Pengkajian 2024	: 4 September
Ruang/Kamar	:St.Yosep/38.1	Waktu Pengkajian	: 08.00 Wib
Tgl. Masuk RS	: 2 September 2024	Auto Anamnese	: <input checked="" type="checkbox"/> ✓
		Allo Anamnese	: <input checked="" type="checkbox"/> ✓
1. IDENTIFIKASI			
a. KLIEN			
Nama Initial	: Tn.C		
Tempat/Tgl Lahir (umur)	: Balige, 31 Desember 1973 (52 th)		
Jenis Kelamin	: <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Status Perkawinan	: menikah		
Jumlah Anak	: 4 orang anak		
Agama/Suku	: Kristen protestan / Batak Toba		
Warga Negara	: <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Asing		
Bahasa yang Digunakan	: <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Daerah <input type="checkbox"/> Asing		
Pendidikan	: SMA.		
Pekerjaan	: Wiraswasta		
Alamat Rumah	: Jln Polonia starbak medan		
b. PENANGGUNG JAWAB			
Nama	: Ny.H		
Alamat	: Jln Polonia starbak medan		
Hubungan dengan klien	: Istri		



2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh : UGD (namanya)
 Dokter praktek (namanya)
- b. Diagnosa Medik : DM Type 2
- b.1. Saat Masuk : DM Type 2
- b.2. Saat Pengkajian : DM Type 2

3. KEADAAN UMUM

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

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

Lain-lain :

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Tn. C mengatakan badan terasa lemah, letih, kaki terasa kram, mual muntah, meringis karena nyeri kaki skala 5, nyeri seperti tertusuk-tusuk muncul 10 menit hilang timbul, sering mengantuk, sering BAK lebih dari 10 kali, merasa lapar dan sering haus

2). Riwayat kesehatan sekarang :

Tn. c dan keluarga mengatakan klien terkena penyakit DM 2 tahun, keluarga mengatakan Tn. C sering mengeluh kaki kram dan nyeri skala 5

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Tn. C mengatakan tidak ada mengidap penyakit lain selain diabetes yang sudah 2 tahun ia alami



4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran :

- 1). Kualitatif : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatosus

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :

> Respon Motorik : 6

> Respon Bicara : 5.

> Respon Membuka Mata: 4

> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Pasien dalam keadaan sadar penuh (cm)

b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 140/80 mm Hg

MAP : 103 mm Hg

Kesimpulan : MAP Normal

d. Suhu : 36,1°C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20 X/menit

1). Irama : Teratur Kusmuall Cheynes-Stokes

2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 168 cm

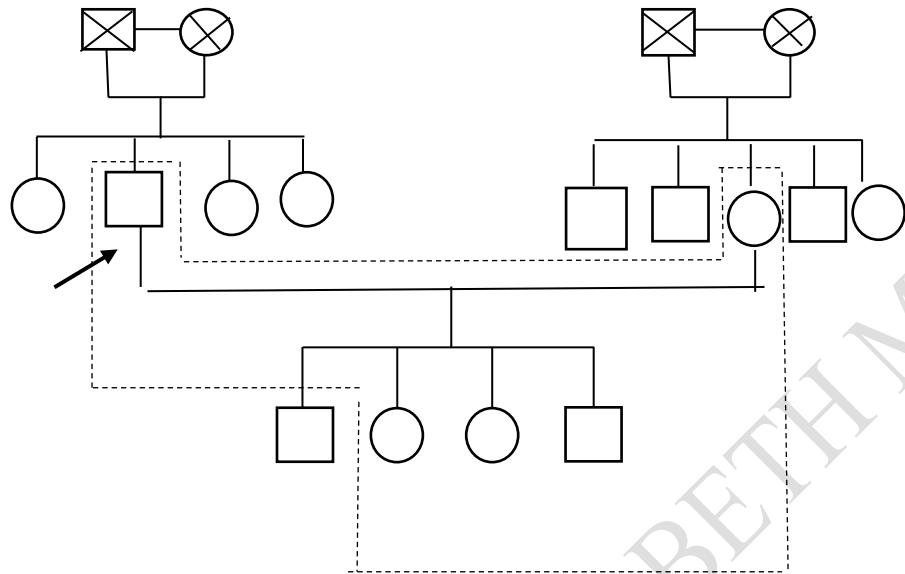
Berat Badan : 86 kg

IMT : 20,73

Kesimpulan : Berat badan dalam batas normal



6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



Keterangan:

☒ : Meninggal

◻ : Laki-laki

○ : Perempuan

---- : Tinggal serumah

↗ : Tn.A (52 tahun)

7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :

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

Kapan	Catatan
DM	2022 Pasien dan keluarga mengatakan



Kapan	mengidap penyakit diabetes sudah 2 tahun	Catatan
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	
	

2). Data Subyektif

Pasien tampak tegang pada saat berkomunikasi

3. Data Obyektif

- | | |
|---------------------------|--|
| - Kebersihan rambut | : hitam, tipis, tidak berminyak |
| - Kulit kepala | : tidak ada ketombe |
| - Kebersihan kulit | : kulit tampak kering, pada jari kaki terdapat ulkus berpus \pm 2 cm luas 8 cm |
| - Kebersihan rongga mulut | : bersih tidak ada jamur |
| - Kebersihan genitalia | : tidak dikaji |
| - Kebersihan anus | : tidak dikaji |

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C mengatakan makan 3x 1 hari, 1 porsi habis, makan dengan buah, minum banyak karena sering haus dan pasien suka ngemil berupa gorengan dan mie di sore hari

b. Keadaan sejak sakit

Ny. H mengatakan makan 3x 1 hari, terkadang habis terkadang tidak, tetapi minum tetap terkontrol karena sering haus, tapi Tn. C masih tetap ngemil.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| - Keadaan nutrisi rambut | : rambut tipis dan berwarna hitam |
|--------------------------|-----------------------------------|



- Hidrasi kulit : kulit kering, tampak ulkus pada kaki kanan dan kiri

- Palpebrae : tidak ada mata panda

- Conjungtiva : Anemis

- Sclera : tidak ikterik

- Rongga mulut : bersih tidak ada jamur

- Gusi : berwarna merah muda

- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh

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

atas

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

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu

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

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

atas
bawah

- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah

- Lidah : bersih, merah muda

- Tonsil : Ada pembesaran T ...

Tidak ada pembesaran

- Pharing :

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk simetris

= Auskultasi : Peristaltik 2 X / menit

= Palpasi : Tanda nyeri umum Tidak

ad



* Massa tidak ada

* Hidrasi kulit (2 detik kembali normal)

* Nyeri tekan: - R. Epigastrica

- Titik Mc. Burney

- R. Suprapubica

- R. Illiaca

= Perkusi Tympani

* Ascites Negatif

- Positif, Lingkar perut .../.../...Cm

- Kelenjar limfe inguinal

- Teraba

ada

pembesaran

- Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

= Uremic frost Negatif Positif

= Edema Negatif Positif

= Icteric Negatif Positif

= Tanda-tanda radang Tidak ada

= Lain-lain (yang ditemukan selain yang tetulis di atas)

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C mengatakan BAB 1x sehari, lunak, berbau khas, warna kuning, BAK sering ±10 kali dalam sehari, karena sering haus maka pasien minum banyak

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C mengatakan BAB 1x sehari, BAK sering karena sering haus dan minum lebih dari 10 kali



2). Data Obyektif

a. Observasi

Tn.C tampak sering BAK bolak balik ke kamar mandi

b. Pemeriksaan Fisik

- | | | | |
|-----------------------|---|---|---------------------------------------|
| - Palpasi Suprapubika | : | <input checked="" type="checkbox"/> Kandung kemih | <input type="checkbox"/> Penuh kosong |
| - Nyeri ketuk ginjal | : | <input type="checkbox"/> | |
| = Kiri | : | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| kanan | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| = Kanan | : | Negatif | Positif |
| - Mulut Urethra | : | | |
| - Anus | : | | |
| = Peradangan | : | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| = Hemoroid | : | <input checked="" type="checkbox"/> Negatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| = Penemuan lain | : | - | |

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.C mengatakan sebelum sakit ia sebagai wiraswata dan masih sanggup bertani mengerjakan pekerjaan di ladang, tetapi jika tidak ada kerjaan ia hanya dirumah saja tiduran

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C mengatakan sudah tidak bertani karena kaki sering kram, mudah lelah

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- | | |
|--------------|----------------------------|
| - Makan | <input type="checkbox"/> 0 |
| - Mandi | <input type="checkbox"/> 0 |
| - Berpakaian | <input type="checkbox"/> 0 |

0	: mandiri
1	: bantuan dengan alat
2	: bantuan orang
3	: bantuan orang dan alat
4	: bantuan penuh



- Kerapian 0
- Buang air besar 0
- Buang air kecil 0
- Mobilisasi ditempat tidur 0
- Ambulansi 0
- Postur tubuh / gaya jalan : Tn. C tampak membungkuk pincang akibat luka pada kakinya kiri dan kanan
- Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 2 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : simetris

* Stridor Negatif

Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif

* Sianosis Negatif

Positif

= Palpasi : Vocal Fremitus Teraba

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 desktra

Kesimpulan : normal

= Auskultasi :

Suara Napas : normal

Suara Ucapan : jelas



Suara Tambahan : tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : tidak terlihat

= Palpasi : Ictus Cordis : tidak teraba

Thrill: Negatif Positif

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

Batas atas jantung : ICS III linea parasternali dekstra, sisnitra

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

Batas kiri jantung : ICS III linea parasternalis sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : (LUP)

Bunyi Jantung II P : (LUP)

Bunyi Jantung I T : (DUP)

Bunyi Jantung I M : (DUP)

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif

Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat :

Grade :

HR : 98 X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :

= Rentang gerak : normal

* Mati sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



		Kanan				
		1	2	3	4	5
Positif	= Reflex Fisiologik	: tidak ada kelainan				
	= Reflex Patologik	: Babinski,				
	* Kiri	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>		
	* Kanan	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>		
Positif		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	= Clubbing Jari-jari :		Negatif			Positif
	= Varices Tungkai :	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>		Positif
	- Columna Vertebralis					
	= Inspeksi	: <input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ditemukan	kelainan bentuk		
	= Palpasi	:	<input type="checkbox"/>	Ditemukan kelainan bentuk		
	* Nyeri tekan :	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif	
	* N. VIII Rombeng Test :	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Positif	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Tidak diperiksa, alasannya :	<input type="checkbox"/>		
	* Kaku duduk :				

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C mengatakan tidur malam jam 22:00 WIB dan bangun jam 06:00 WIB, siang hari tidur hanya 1 jam saja pada jam 14:00 WIB

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C mengatakan ia sering tidur dibawah jam 11:00 Wib kalau tidur ada kerjaan, dan sekarang ia sering mengantuk, tetapi sering terbangun karena kaki kram dan nyeri

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Expressi wajah mengantuk : Negatif
 Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif



Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C mengatakan sudah mengidap diabetes selama 2 tahun sering kontrol ke praktik dokter, tetapi tidak mengetahui luka pada kaki adalah penyebab dari diabetes yang ia derita

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C mengatakan setelah dirawat, minum obat dan menjaga pola makan yang baik, pasien sudah paham bahwa luka pada kaki adalah penyebab dari diabetes

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. J terlihat tegang dan bingung

b). Pemeriksaan Fisik

- Penglihatan

- | | |
|------------------------------|----------------|
| = Cornea | : normal |
| = Visus | : normal |
| = Pupil | : isokor |
| = Lensa Mata | : okuler |
| = Tekanan Intra Ocular (TIO) | : tidak dikaji |

- Pendengaran

- | | |
|-------------------|------------|
| = Pina | : simetris |
| = Canalis | : bersih |
| = Membran Tympani | : normal |
| = Tes Pendengaran | : normal |

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :

Tn. C dapat mengenali rangsangan nyeri yang dialami

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

Tn. C mengatakan cemas bila dirawat di rumah sakit

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa pulang kerumah



2). Data Obyektif

a). Observasi

- Kontak mata saat bicara : Fokus.....
- Rentang perhatian : Perhatian penuh / fokus
 Mudah teralihkan
 Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Jelas

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada kelainan
- Penggunaan protesa : Tidak Ada
- Bila ada pada organ : Hidung Payudara
 Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

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

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C menjalin hubungan yang baik dengan tetangga dan keluarganya

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C tidak dapat berkumpul dengan teman di kampung karena sedang sakit dan dirawat di rumah sakit

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. C dan keluarga sangat ramah dengan nada bicara yang lembut

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. C sudah menikah dan memiliki 4 orang anak

b. Keadaan sejak sakit

Tn. C sudah menikah dan memiliki 4 orang anak



2). Data Obyektif

- a. Observasi
 - tidak dikaji
- b. Pemeriksaan Fisik
 - tidak dikaji

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). Data Subyektif

- a. Keadaan sebelum sakit
 - Tn. C mengatakan selalu berbagi cerita jika ada pikiran kepada keluarganya
- b. Keadaan sejak sakit
 - keluarga Tn. C mengatakan pasien selalu menceritakan apa saja yang ia pikirkan dan selalu berbagi cerita, karena pasien selalu cemas

2). Data Obyektif

a). Observasi

Tn. C tampak tegang dan cemas, karena diberikan insuli, karena ia memikirkan insulin adalah jalan terakhir untuk penderita diabetes

b). Pemeriksaan Fisik

- | | | |
|-----------|-------------------|---|
| - Kulit : | = Keringat dingin | : Tidak ada |
| | = Basah | : pada luka jari kaki
kanan dan kiri |

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

- a. Keadaan sebelum sakit
 - Tn. C mengatakan beragama protestan dan rajin beribadah dan aktif dilingkungan gereja
- b. Keadaan sejak sakit
 - Tn. C mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan dan luka pada kakinya

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. C tampak berdoa sebelum makan
Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(MELVIN GLORIA ZEGA)



ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn. c / 52 tahun

Ruang/Kamar : Yosep / 38.1

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
1. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan lesu 2. Pasien mengatakan sering lapar dan haus 3. Pasien mengatakan pusing dan mudah mengantuk 4. Pasien mengatakan menderita penyakit DM sejak 2 tahun lalu	1. KGD 348 mg/dl 2. Pasien tampak lemas dan pucat 3. BAK lebih dari 10 kali	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
1. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian kaki sebelah kanan , nyeri berada pada skala 5 2. Pasien mengatakan nyerinya tajam (seperti tertusuk-	1. Tampak wajah pasien meringis kesakitan 2. Skala nyeri 5 3. Nyeri muncul 10 menit hilang timbul 4. Tampak	Agen pencedera fisik	Nyeri akut (D.0077)



tusuk)	ada kemerahan daerah sekitar luka		
1. Pasien mengatakan banyak minum, selalu mengonsumsi makanan berlemak 2. Pasien mengatakan kram dan gatal pada luka diabetes	1. Tampak adanya kerusakan pada kulit kaki kiri Tn. c 2. Tampak adanya kemerahan pada kulit daerah luka 3. Timbul rasa nyeri dan kram sekitar luka, skala 5	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit (D.0129)



DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. c / 52 tahun

Ruang/Kamar : Yosep / 38.1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan Tn. c mengeluh lemas, pusing dan mengantuk, sering lapar dan haus. Tn. c mengatakan menderita penyakit DM sejak 2 tahun lalu, KGD 348 mg/dl, Bak lebih dari 10 kali	M E L V I N
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan Neuropati perifer ditandai dengan Tn. c mengatakan banyak minum, selalu mengonsumsi makanan berlemak, kaki kram dan gatal pada luka diabetes, adanya kerusakan pada kulit kaki kiri, tampak adanya kemerahan pada kulit daerah luka, timbul rasa nyeri dan kram sekitar luka, skala 5	G L O R I A
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan Tn. C mengatakan nyeri skala 5 dan gatal pada ulkus kaki kanan dan kiri, Tn. C tampak meringis, Nyeri muncul 10 menit hilang timbul, tampak ada kemerahan daerah sekitar luka	Z E G A



RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. C / 52 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosep / 38.1

No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah 348 mg/dl	SLKI (L. 03022) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, maka ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil: 1. Pusing menurun 2. Kadar glukosa membaik	SIKI Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik: 1. Beri asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis tanda gejala hperglukemia Edukasi: 1. Anjurkan kepatuhan diet 2. Anjurkan penggunaan insulin Kolaborasi:	1. Mengetahui penyebab spesifik (misalnya: stres, infeksi, ketidakpatuhan pengobatan, konsumsi makanan berlebih) penting untuk menentukan penanganan yang tepat dan mencegah kekambuhan. 2. Kondisi seperti infeksi, stres emosional, atau penggunaan obat tertentu dapat meningkatkan kebutuhan insulin.



No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
			<ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian insulin2. Kolaborasi pemberian cairan IV3. Pemantauan kadar glukosa secara berkala memungkinkan deteksi dini hiperglikemia dan respons cepat terhadap perubahan nilai yang berbahaya.	
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	SLKI (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, maka Tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan nyeri menurun2. Meringis	SIKI Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi nyeri2. Identifikasi skala nyeri3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengetahui lokasi, durasi, dan frekuensi nyeri membantu dalam menentukan penyebab nyeri dan memilih intervensi yang paling



No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
		menurun 3. Sikap protektif membaik 4. Gelisah menurun Frekuensi nadi membaik	nyeri Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. kompres hangat/dingin) Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesik	sesuai serta memantau perkembangan nyeri dari waktu ke waktu. 2. Skala nyeri (misalnya skala 0–10) memberikan gambaran subjektif tingkat keparahan nyeri pasien dan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi nyeri yang diberikan. 3. Pemahaman klien tentang penyebab dan pemicu nyeri akan meningkatkan kesadaran terhadap kondisi tubuhnya dan mendorong keterlibatan aktif dalam



No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
				pengelolaan nyeri.
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	SLKI (L. 14125) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan kerusakan lapisan kulit menurun, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	SIKI Perawatan luka (I.14564) Observasi: 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: 1. Bersihkan luka dengan larutan NaCl 2. Bersihkan jaringan nekrotik 3. Berikan salep yang sesuai kulit 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	1. Memantau ukuran, warna, kedalaman, eksudat, dan bau luka membantu menilai proses penyembuhan dan mendeteksi komplikasi secara dini. 2. Deteksi dini gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri, panas lokal, atau nanah penting untuk mencegah infeksi meluas dan memperburuk kondisi luka. 3. Pengangkatan jaringan mati atau nekrotik diperlukan untuk mencegah infeksi, mempercepat



No.	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
			Kolaborasi: Kolaborasi pemberian antibiotik	pembentukan jaringan granulasai, dan mendukung penyembuhan luka. 4. Protein berperan penting dalam regenerasi jaringan dan proses penyembuhan luka, sehingga asupan tinggi protein mendukung perbaikan sel yang rusak.



PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. c / 52 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosep / 38.1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
04/0 9/25	1,2,3	14:00	- Mengontrol cairan infus pasien	- Pasien mengatakan tidak ada masalah pada infus	M
	1,2	15:00	- Menyiapkan terapi injeksi pasien	- Pasien mengatakan sedikit perih saat diberikan obat	E
	2	16:00	- Memberikan terapi intravena Ranitine 1 amp dan Ondasentron 1 amp pada Tn. C	- Pasien mengatakan takut diberikan insulin, pasien tampak tegang saat diberikan insulin	L
	1	17: 00	- Memberikan insulin Sansulin rapid 10 unit	- Pasien mengatakan makan malam habis 1 porsi.	V
	1,3	18:00	- Memberikan insulin Sansulin rapid 10 unit	- Pasien mengatakan makan malam habis 1 porsi.	I
	2	18:30	- Mengontrol makan makan Tn. C, makan yang diberikan habis 1 porsi.	- Pasien mengatakan nyeri skala 5	N
	3	19:00	- Mengkaji skala nyeri luka pasien skala 5	- Pasien mengatakan nyeri skala 5	G
	2,3	20:00	- Mengkaji kerusakan kulit dan melihat	- Pasien mengatakan	L
					O
					R
					I
					A
					Z
					E
					G
					A



Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
	1,2,3		<p>luas kerusakan kulit pada Tn. C luas ±8 cm dan berpus 2 cm</p> <p>- Mengontrol keadaan pasien, pasien mengatakan kaki terasa kram dan nyeri skala 4, ekspresi wajah pasien tampak meringis, dan tegang. Terpasang infus RL 20 tpm.</p>	<p>luka pada kaki timbul sejak 2 minggu lalu, tampak luas ±8 cm dan berpus 2 cm</p> <p>- Pasien mengatakan kaki kram, nyeri skala 4. Pasien tampak meringis dan tegang</p>	
05/0 9/25	1,2,3	07:00	<p>- Mengontrol keadaan pasien, pasien tampak lemah. Terpasang infus RL 20 tpm berjalan dengan lancar</p>	<p>- Pasien mengatakan badan terasa lemah. Pasien tampak pucat</p>	M
	1,2	08:00	<p>- Menyiapkan obat injeksi Tn. C</p>	<p>- Pasien mengatakan perih saat diberikan obat, pasien tampak kesakitan</p>	E L V I V
	2,3	08:50	<p>- Memberikan terapi intravena ondasentron 1 amp, ranitidine 1 amp dan ceftriaxone</p>	<p>- Pasien mengatakan</p>	G L O R



Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
	3		<ul style="list-style-type: none">- 1flc.- Mengkaji nyeri luka pasien skala 4. pasien mengatakan nyeri pada jari kaki sebelah kiri- Observasi HR: 78 x/i- Mengkaji kerusakan kulit pada luka, kulit tampak ada kemerahan luas luka 8 cm dan berpus 2 cm- Mengganti verban dan mengambil pus untuk kultur, dan mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi dengan tarik nafas dalam dan mengeluarkan pelan-pelan dari mulut- Mengahantarkan ke	<p>nyeri masih ada, nyeri skala 4.</p> <p>- Pasien mengatakan luka pada kaki semakin melebar, dan mulai bernanah</p> <p>- Pasien mengatakan tidak ada rasa sakit saat dilakukan perawatan luka, pasien tampak rileks</p> <p>- Pasien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan Teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>- Pasien tampak tenang saat diberikan insulin</p> <p>- Pasien mengatakan</p>	I A Z E G A
	2,3	10:00			
	3				
	1	11:00			
	1,3	12:20			



Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
	1,2,3	2 13:00 1 15:00	<p>laboratorium sampel pus yang sudah diambil</p> <p>-Memberikan insulin Sansulin rapid 10 unit</p> <p>-Mengkontrol makan siang pasien, habis 1 porsi</p> <p>Mengontrol keadaan pasien,pasien mengatakan kaki terasa kram dan nyeri skala 4, ekspresi wajah pasien meringis, dan tegang. Terpasang infus RL 20 tpm.</p> <p>.</p>	<p>makan siang habis 1 porsi</p> <p>- Pasien mengatakan tidak ada masalah pada infus, infus tampak berjalan lancar</p> <p>- Pasien mengatakan perih saat diberikan obat</p> <p>- Pasien tampak rileks saat diberikan insulin</p> <p>- Pasien mengatakan kaki masih terasa kram dan nyeri</p>	



Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
06/09/25	1,2,3	08:00	- Menyiapkan obat injeksi Tn. C		M
	2		- Memberikan terapi intravena ondasentron 1 amp, dan ceftriaxone 1flc.	- Pasien mengatakan perih saat diberikan obat	E L V I
	2,3	08:50	- Mengkaji nyeri luka pasien skala 3.	- Pasien mengatakan masih merasakan nyeri skala 3,	N
	2	10:00	- pasien mengatakan nyeri pada jari kaki sebelah kiri	- pasien tampak sering menggerakan kaki sebelah kiri	G L O R I
	3		- Observasi HR: 76 x/i	- pasien tampak rilaks saat diberikan insulin	A
	2	11:00	- Memberikan insulin Sansulin rapid 10 unit		Z
	2	12:20	- Mengkaji kerusakan kulit pada luka, kulit tampak ada kemerahan luas luka 8 cm dan berpus 2 cm	- pasien mengatakan luka pada kaki semakin hari semakin menghitam	E G A
	2		- mengajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	- pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi jika	



Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Respon	TT
	1,2 1,3	13:00 15:00	dengan tarik nafas dalam dan mengeluarkan pelan-pelan dari mulut - Mengkontrol cairan infus pasien - Menyiapkan terapi injeksi pasien - Memberikan terapi intravena Ondansentron amp pada Tn. C 1	nyeri muncul - pasien mengatakan tidak ada masalah pada infus - pasien mengatakan sedikit nyeri pada saat diberikan oba	



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. C / 52 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosep /38.1

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
04/09/25	<p>DP1 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan badan terasa lemah, mual, kaki kram, mudah lapar dan sering BAK <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- KGD: 348 mg/dl (sebelum makan)- BAK : 10 kali <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah ketidakstabilan gula darah belum teratasi <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Monitoring tanda gejala hiperglikemia- Anjurkan pasien mematuhi diet- Memonitoring pemberian kebutuhan insulin <p>DP. 2: Nyeri akut</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. C mengatakan nyeri pada kaki kiri dengan skala 5 nyeri muncul ± 10 menit hilang timbul <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- Nyeri skala 5, HR: 78x/i <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah nyeri teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Pantau tanda-tanda vital- Pantau skala nyeri- Jelaskan strategi mengurangi nyeri <p>Anjurkan menggunakan analgetik</p>	M E L V I N G L O R I A Z E G A



Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
	<p>DP3: Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. C mengatakan kulit pada daerah luka memerah dan terasa gatal <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- ku: sedang- Kes: cm- Luas luka kurang lebih 8 cm, berpus 2 cm <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjukan- Pantau penyebab kerusakan kulit- Monitor kerusakan kulit- Monitor pergerakan klien	
05/09/2024	<p>DP 1: Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective: Pasien masih mengeluh lemah dan mual berkurang. Nafsu makan sudah mulai membaik.</p> <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- KGD: 215 mg/dl (sebelum makan)- BAK : 7 kali <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah ketidakstabilan gula darah sudah teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Teruskan edukasi diet dan kepatuhan minum obat/insulin.- Memonitoring pemberian kebutuhan insulin- Lanjutkan pemantauan glukosa darah secara berkala.	



Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
	<p>DP. 2: Nyeri akut</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri berkurang, hanya terasa saat berjalan. Skala nyeri 3. <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- Nyeri skala 3, HR: 78x/i <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah nyeri teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Pantau tanda-tanda vital- Pantau skala nyeri <p>DP3: Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan gatal berkurang, kemerahan masih ada. <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- ku: sedang- Kes: cm- Luas luka kurang lebih 8 cm <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjukan- Pantau penyebab kerusakan kulit- Monitor kerusakan kulit- Monitor pergerakan klien	



Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
6/09/2024	<p>DP 1: Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas, pusing sudah berkurang, pola makan sudah teratur dan terkadang sering mengantuk <p>*Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- KGD: 180 mg/dl- BAK : 5 kali <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah ketidakstabilan gula darah sudah teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Memonitoring pemberian kebutuhan insulin- Pertahankan pemantauan rutin dan edukasi diet <p>DP. 2: Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. C mengatakan nyeri pada kaki kiri sudah mulai berkurang <p>Objective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ku: sedang- Kes: cm- HR: 78x/i <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah nyeri teratasi sebagian <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Pertahankan mobilisasi mandiri.- Evaluasi kembali kebutuhan analgetic <p>DP3: Gangguan integritas kulit</p> <p>Subjective:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. C mengatakan kulit pada daerah luka masih memerah dan sudah tidak terasa gatal <p>Objective:</p>	M E L V I N G L O R I A Z E G A



Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
	<ul style="list-style-type: none">- ku: sedang- Kes: cm- Luas luka kurang lebih 8 cm, <p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjukan- Monitor kerusakan kulit- Monitor pergerakan klien	



BAB 4 PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa DM didapatkan data seperti badan terasa lemah, letih, kaki terasa kram, mual muntah, sering mengantuk, sering BAK, sering merasa lapar dan sering haus mengatakan menderita penyakit DM tipe 2 sudah 2 tahun.

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

Sejalan dengan penelitian Fatimah Abdurrahman, (2023), dalam mengkaji pasien dengan diabetes melitus terdapat data seperti Sering merasa haus dan minum berlebih, buang air kecil lebih sering dari sebelumnya, mudah lapar dan makan lebih sering, tetapi berat badan turun drastis, penglihatan kabur, cepat merasa tersinggung, sering merasa kesemutan/kram pada tangan atau kaki, mudah lelah, terdapat luka yang sulit sembuh.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus DM penulis mendapatkan diagnosa keperawatan 3 yaitu:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.
2. Gangguan integritas kulit berhubungan Neuropati perifer
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik



Peneliti berasumsi berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil diagnosa yang sesuai dengan teori, pasien dengan keluhan badan lemas, sering haus, BAK terus menurus, mudah mengantuk, maka peneliti mengangkat masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.

Sejalan dengan penelitian Tandjungbulu et al.,(2023)untuk memeriksa DM maka dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu, pemeriksaan hBa1c, dan ketika dianamnesis didapatkan beberapa keluhan khas badan lemah, pandangan kabur, poliuria, polydipsia, polifagia, kesemutan, dan mukosa bibir kering. Tn. C mengeluh badan terasa lemas, pusing, gula darah tinggi 348 mg/dl kaki terasa kebas, pandangan yang sudah kabur, sering merasa haus, BAK terus menerus, mulut kering, dan berkeringat.

Peneliti berasumsi pengkajian yang dilakukan dengan masalah diabetes melitus sesuai berdasarkan teori dan hasil pengkajian peneliti dilapangan, maka nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik cocok diangkat karena nyeri yang dirasakan terus menurus timbul.

Sejalan dengan penelitian Sandra Pebrianti (2020), penyandang DM yang mengalami nyeri neuropati diabetik akan merasa sangat tidak nyaman dan terganggu. Nyeri yang dirasakan pada tungkai menjalar ke arah proksimal, nyeri dirasakan seperti terbakar, rasa pedih, tersengat listrik, disobek serta nyeri tidak hilang hanya dengan merubah posisi sendi. Nyeri saat berjalan khususnya pada saat berjalan tanpa alas kaki di kelereng atau berjalan tanpa alas kaki di atas pasir panas, sensasi panas atau dingin di kaki, perasaan pegal di kedua kaki, dan sensasi



kram di kedua kaki. Nyeri memburuk ketika dalam posisi istirahat setelah beraktivitas.

Asumsi peneliti berdasarkan teori dan hasil pengkajian maka peneliti mengangkat diagnosa yang cocok adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer yang terdapat pada kaki pasien kelolaan di lapangan yang membutuhkan perawatan luka agar mengurangi resiko kerusakan kulit dan infeksi

Sejalan dengan penelitian Alda dan Nurhusna (2021), kerusakan integritas kulit disebabkan oleh mengeringnya kulit (gangguan pada regulasi tubuh) yang membuat kulit mudah luka dan gatal. Cairan tubuh yang kental, dan sirkulasinya terhambat, akibatnya energi panas meningkat (*damp-heat*) menyebabkan timbulnya iritasi di kulit. Gatal menimbulkan sensasi yang tidak menyenangkan yang memicu keinginan untuk menggaruk.

4.3 Intervensi Keperawatan dan Implementasi keperawatan

1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
 - a. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
 - b. Monitor kadar glukosa darah
 - c. Anjurkan kepatuhan diet
 - d. Anjurkan penggunaan insulin
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik



- a. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi nyeri
 - b. Identifikasi skala nyeri
 - c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
- a. Monitor karakteristik luka
 - b. Monitor tanda-tanda infeksi
 - c. Bersihkan luka dengan larutan NaCl

Penulis berasumsi bahwa akibat dari Ketidakstabilan glukosa darah dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, kadar gula darah yang terlalu rendah (hipoglikemia) dapat menimbulkan gejala seperti pusing, gemetar, keringat dingin, lemas, dan bahkan pingsan. Sebaliknya, jika kadar gula darah terlalu tinggi (hiperglikemia), seseorang bisa mengalami rasa haus berlebihan, sering buang air kecil, kelelahan, penglihatan kabur, serta luka yang sulit sembuh. Ketika kondisi ini terjadi secara terus-menerus dan tidak dikelola dengan baik, dapat muncul berbagai komplikasi serius. Dalam jangka panjang, ketidakstabilan glukosa darah bisa merusak organ penting seperti ginjal, saraf, mata, dan pembuluh darah, serta meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke.

Penulis berasumsi bahwa nyeri akut Nyeri akut pada pasien diabetes yang memiliki luka di kaki umumnya terjadi akibat kombinasi dari beberapa faktor yang saling berkaitan, terutama infeksi, peradangan, dan gangguan saraf (neuropati). Pada penderita diabetes, kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu lama dapat merusak saraf (disebut neuropati diabetik). Pada sebagian



pasien justru muncul nyeri tajam, menusuk, atau terbakar, terutama jika terjadi kerusakan saraf kecil. Ketika luka muncul di kaki—karena gesekan, luka gores, atau tekanan berlebih—kondisi ini bisa menjadi lebih buruk akibat aliran darah yang buruk (karena kerusakan pembuluh darah) dan respons imun yang melemah, yang membuat luka mudah terinfeksi dan sulit sembuh. Infeksi ini bisa menyebabkan peradangan hebat, dan peradangan tersebut memicu nyeri akut.

Asumsi yang mendasari terjadinya gangguan integritas kulit pada bagian kaki penderita diabetes melitus adalah bahwa kadar glukosa darah yang tinggi secara kronis dapat merusak sistem saraf dan pembuluh darah perifer, yang berperan penting dalam menjaga kesehatan kulit dan jaringan. Penulis mengasumsikan bahwa kerusakan saraf (neuropati diabetik) menyebabkan hilangnya sensasi di kaki, sehingga penderita tidak menyadari adanya luka kecil, tekanan berlebih, atau gesekan yang terjadi. Di sisi lain, gangguan pada pembuluh darah menghambat aliran darah ke jaringan perifer, termasuk kulit kaki, sehingga proses penyembuhan luka menjadi lambat dan jaringan menjadi mudah rusak. Selain itu, penurunan fungsi sistem imun yang umum terjadi pada penderita diabetes turut memperburuk kondisi karena tubuh kesulitan melawan infeksi yang mungkin timbul di area luka. Oleh karena itu, berdasarkan asumsi ini, gangguan integritas kulit pada kaki penderita diabetes melitus disebabkan oleh kombinasi dari kerusakan saraf, gangguan sirkulasi, lemahnya respons imun, serta ketidakmampuan tubuh dalam merespons cedera secara efektif.

Menurut Ariqoh et al., (2022) intervensi yang dilakukan dengan masalah ketidakstabilan kadar gula darah pada diabetes tipe II adalah manajemen



hiperglikemia dengan cara memantau kadar gula darah sesuai indikasi, pemantauan tanda hiperglikemia, poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan, malaise, penglihatan kabur atau sakit kepala.

4.4 Evaluasi Keperawatan

Pada pasien dengan diagnosa DM yang perlu dilakukan: evaluasi keperawatan yang telah dilakukan selama asuhan keperawatan menunjukkan bahwa Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan gangguan toleransi glukosa darah dapat terselesaikan Sebagian pada hari ketiga dengan pasien tidak merasa lemas, pusing sudah berkurang, pola makan sudah teratur dan terkadang sering mengantuk Dimana Kgd: 180, dan frekuensi BAK 6 kali dalam sehari. Menurut Andriani (2022), edukasi kesehatan pada pasien diabetes melitus termasuk hal penting karena edukasi merupakan pilar pertama dari lima pilar tatalaksana diabetes melitus. Pemberian edukasi dibutuhkan karena penyakit diabetes melitus berkaitan erat dengan gaya hidup.

Evaluasi keperawatan yang telah dilakukan selama asuhan keperawatan menunjukkan bahwa nyeri akut dapat teratasi dimana pasien tampak tenang, nyeri sudah berkurang , penulis berasumsi bahwa nyeri akut dapat diatasi dengan Latihan terapi senam kaki dapat membantu melancarkan peredaran darah mengurangi rasa nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian (Batubara et al., 2021) yang menyatakan bahwa terapi senam kaki bertujuan untuk meningkatkan aliran darah pada area tertentu, dan memberikan perfusi yang adekuat pada luka. Latihan senam kaki DM ini dapat dilakukan dengan cara menggerakkan kaki dan sendi-



sendi kaki misalnya berdiri dengan kedua tumit di angkat, mengangkat dan menurunkan kaki. Gerakan dapat berupa menekuk, meluruskan, mengangkat, memutar keluar atau ke dalam dan mencengkram jari-jari kaki

Evaluasi keperawatan yang telah dilakukan selama asuhan keperawatan menunjukkan bahwa gangguan integritas kulit yang dialami pasien seperti kram dan gatal pada luka diabetes tampak adanya kemerahan pada kulit daerah luka belum sebagian sudah teratasi dimana telah dilakukannya perawatan luka akan tetapi nyerinya sudah berkurang sejalan dengan penelitian (Nurhusna, 2021) Proses penyembuhan luka dengan menggunakan modern dressing, terjadi proses melembabkan jaringan yang mengkibatkan percepatan terjadinya granulasi pada jaringan sehingga dapat memperkecil luas dan kedalaman luka, serta mempercepat masa rawat pada pasien.



BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

1. Pengkajian keperawatan pada kasus diabetes melitus didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah keluhan utama pasien, pola makan, gaya hidup, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus diabetes melitus didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang angkat yaitu: ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.
3. Intervensi dan implementasi keperawatan pada kasus diabetes melitus ketidakstabilan kadar glukosa darah dilakukan dengan manajemen hiperglikemia dilaksanakan seperti memberikan insulin, nyeri akut dilakukan dengan manajemen nyeri dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan gangguan integritas kulit dilakukan dengan perawatan luka.
1. Evaluasi keperawatan pada kasus diabetes melitus adalah perlunya pemantauan pemberian insulin, ajarkan kepatuhan diet, pantau skala nyeri, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam, pantau kerusakan kulit



5.1 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi profesi keperawatan

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

2. Bagi rumah sakit

Menanggapi keluhan pasien dengan segera untuk dilakukan tindak lanjut, serta memperhatikan dalam pembuatan dokumentasi keperawatan.

3. Bagi penulis selanjutnya

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan lebih cermat dalam mencari literatur dalam pembuatan karya ilmiah akhir.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, F. (2023). Evaluasi Kualitas Hidup Pasien Penderita Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. Hendrikus Fernandez Kabupaten Larantuka Provinsi Nusa Tenggara Timur. *At-Tawassuth: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), 1–19.
- Ariqoh, D. N., Novitasari, D., Adriani, P., & Kurniasih, N. A. (2022). Manajemen Hiperglikemia Untuk Mengatasi Masalah Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Penderita DMT2. *Jurnal Altifani*, 5(4), 378–386.
- Batubara, K., Chartean, N., & Wahyuni, S. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Senam Kaki. *Jurnal Keperawatan Profesional*, 2(2), 62–67. <https://doi.org/10.36590/kepo.v2i2.174>
- Lewis, Dirksen, Heitkemper, B. (2019). *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*.
- Nurhusna, A. A. G. dan. (2021). Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dengan Intervensi Perawatan Integritas Kulit pada Ny. M di Ruang Makalam RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi. *Jurnal Pengmas Kestra (Jpk)*, 1(1), 125–129. <https://doi.org/10.35451/jpk.v1i1.748>
- Sandra Pebrianti, bambang Aditya Nugraha, I. S. (2020). Manajemen nyeri neuropati pada pasien diabetes melitus tipe 2: Studi literatur. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(2), 276–282. <https://doi.org/10.33024/hjk.v14i2.2828>
- Suddarth's, B. &. (2018). *medical-surgical nursing: Vol. (14)*.
- Tandjungbulu, Y. F., Virgiawan, A. R., Rahman, R., Luthfi, M. A., & Haerani, H. (2023). Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan Universitas Widya Husada. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 18(2), 249–262. <https://doi.org/10.32382/medkes.v18i2.249>
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP . (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP . (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI



LAMPIRAN



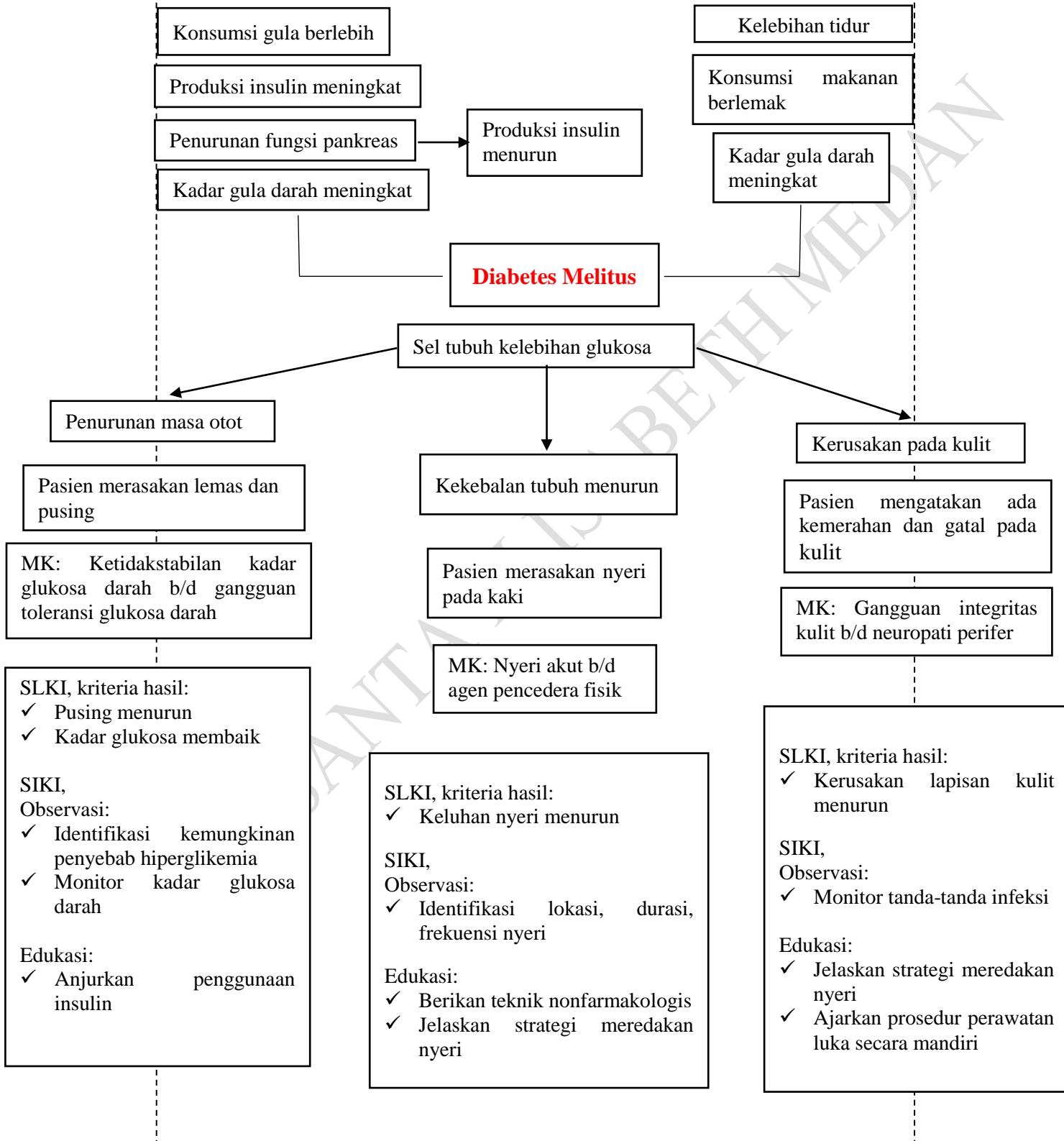
Pemeriksaan Penunjang

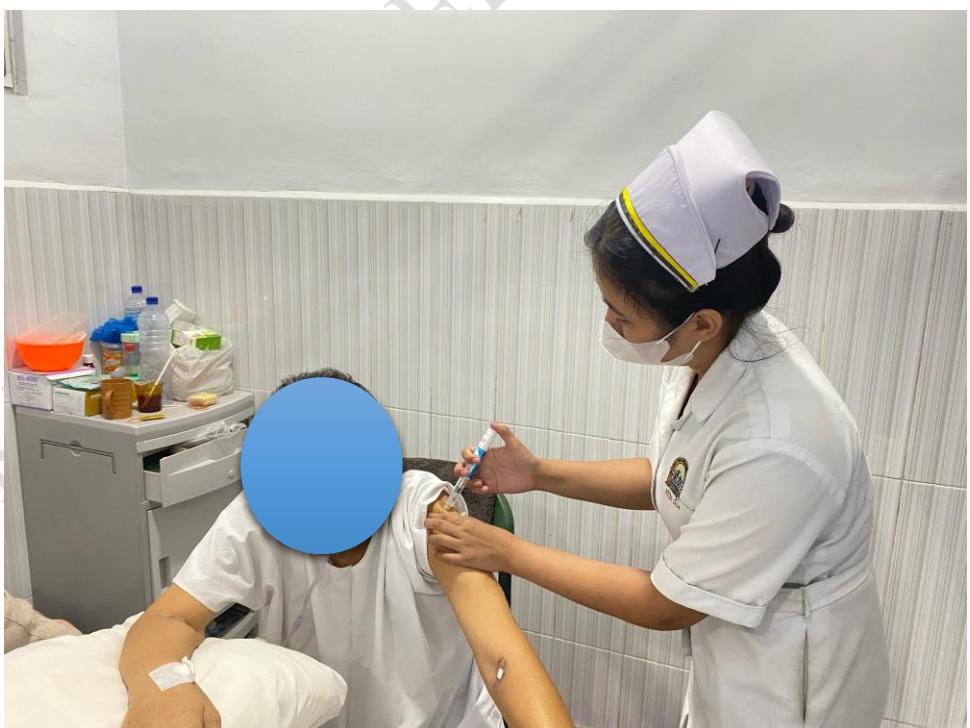
Pemeriksaan darah: pemeriksaan darah lengkap

Parent name	Item name	Result value	Reference range	unit	indicator	Job order date
	Gula darah sewaktu	215	80-200	mg/dl	H	05 Sep 2024
	Gula darah sewaktu	348	80-200	mg/dl	H	4 Sep 2024
	HBA1C	10,4	4.0-5.7	%	H	04 Sep 2024
Darah lengkap	Leucocyte (WBC)	12.3	3.8 – 10.6	$10^3/\text{m m}^3$	H	04 Sep 2024
Darah lengkap	erythrocyte	4,27	4.40 – 5.90	$10^6/\text{m m}^3$	H	04 Sep 2024
Darah lengkap	Hemoglobin (HB)	12,4	13,2 – 17,3	g/dL		04 Sep 2024
Darah lengkap	Hematocrit (HCT)	36,4	40.0 - 52.0	%		04 Sep 2024
Darah lengkap	Mean corpuscular volume (MCV)	85	80-100	um3	L	04 Sep 2024
Darah lengkap	Mean corpuscular hemoglobin (MCH)	29,0	26.0 -34.0	pg	L	04 Sep 2024
Darah lengkap	Lymphocyte	21,3	25.0 – 40.0	%	L	04 Sep 2024
Ureum	Ureum	33	17 - 43	mg/dl		04 Sep 2024
Kreatinin	Kreatinin	1,20	0,80 – 1.30	mg/dl		04 Sep 2024



Mind Mapping Diabetes Melitus







STIKES SANTA ELISABETH MEDAN