

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
PASIEN DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI
RUANGAN LAURA RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Ony Kristin Natalia Pasaribu
NIM. 052024028

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



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA
PASIEN DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI
RUANGAN LAURA RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

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




OLEH:

Ony Kristin Natalia Pasaribu
NIM. 052024028

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

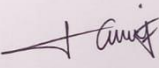


 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan


LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM PENGUJI
UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR PROGRAM STUDI PROFESI
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISBETH MEDAN
TAHUN 2025

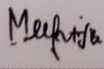
Ketua : Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep



.....

Anggota : 1. Mestiana Br.Karo, M.Kep DNSc

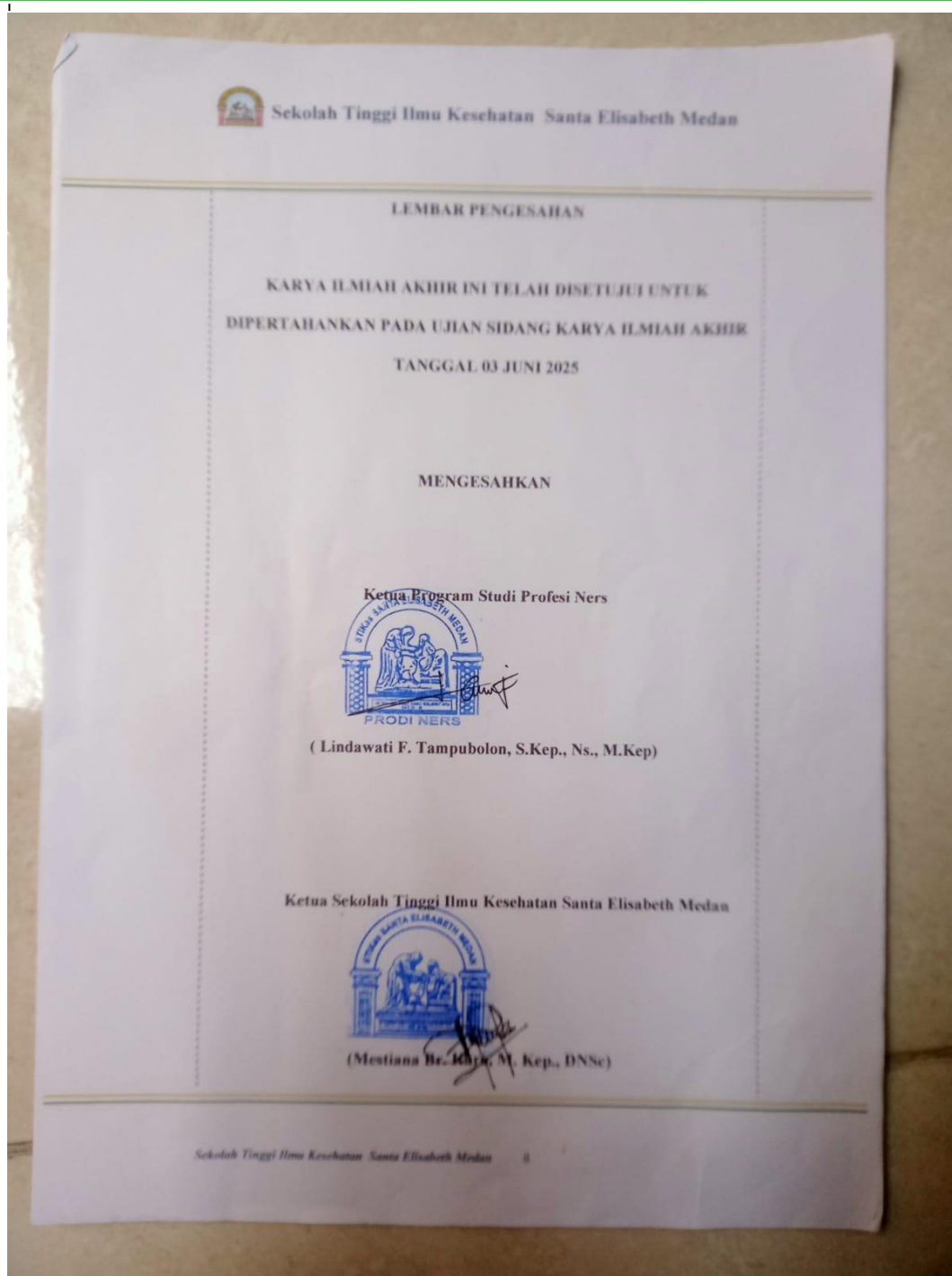

.....

2. Mardiaty Barus S.Kep., Ns., M.Kep


.....


Mengetahui
Kepala Program Studi Ners
.....
(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan iii





KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus Kristus karena rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul **“Ashuan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. S Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di ruangan Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya Ilmiah ini disusun sebagai satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan.

Pada penyusunan karya ilmiah ini tidak semata-mata hasil kerja keras penulis sendiri, melainkan berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis secara khusus mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

1. Mestiana Br.Karo, M.Kep DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan sekaligus dosen penguji II yang telah mengizinkan, membimbing dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Sekaligus selaku pembimbing akademik penulis yang juga banyak membimbing, memotivasi dan memberi arahan selama proses perkuliahan penulis.
2. Dr. Eddy Jefferson Ritonga, SpOT(K) Sports Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan beserta jajarannya, juga kepada seluruh perawat, pegawai, dan staff yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan pengambilan data pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.



3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners dan pembimbing karya ilmiah penulis, yang telah memberikan waktu dan kesempatan bagi penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Dan telah banyak, membimbing, memberikan ilmu yang bermanfaat, memberi motivasi, semangat serta mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini..
4. Mardiaty Barus, S.Kep.NS., M.Kep selaku dosen penguji III saya yang telah menguji dan membimbing saya dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Teristimewa kepada orang tua saya. Cinta pertama dan panutan saya, Alm Ayahanda Sahat Pasaribu Ibu Hotmian Panjaitan , yang selalu mencurahkan cinta kasih, menjadi pembangun semangat, pondasi motivasi dan yang tak hentinya memanjatkan doa untuk penulis untuk menyelesaikan pendidikan. Kepada abang penulis Petrus Sijabat yang selalu memberi semangat dan membantu pembiayaan sepanjang perkuliahan penulis. Kepada Kakak saya merry pasaribu, siska pasaribu, ester pasaribu,dan abang saya david pasaribu yang juga selalu memberikan semangat dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini.
6. Seluruh teman-teman program Studi Ners tahap profesi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan XIV yang senantiasa membantu dan memberikan masukan serta motivasi kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.



Penulis menyadari bahwa penulisan karya ilmiah ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa mencurahkan berkat dan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis.

Medan, Mei

Penulis

(Ony Pasaribu)



SINOPSIS

Ony Kristin Natalia Pasaribu (052024028)

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Ruang Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes Melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Diabetes merupakan penyebab utama kematian akibat penyakit, terutama karena tingginya angka penyakit kardiovaskular seperti infark miokard (MI), stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer. (Brunner & Suddarth's, 2018) Menurut Brunner & Suddarth (2028) Dua masalah utama yang terkait dengan insulin pada diabetes tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Biasanya, insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa.. Organisasi International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan bahwa pada kelompok usia 20-79 tahun, terdapat 463 juta orang di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau sama dengan 9,3% dari jumlah total penduduk pada usia tersebut. Di Asia Tenggara, dimana Indonesia salah satu negara di dalamnya, menempati peringkat ke-3 dengan jumlah penderita diabetes melitus sebesar 11,3%. Indonesia meraih peringkat 7 dari 10 jumlah penderita terbanyak dengan jumlah 10,7 juta orang . Prevalensi diabetes melitus meningkat dari 6,9% menjadi 10,9% pada penduduk usia ≥ 15 tahun (Widiasari et al., 2021). Berdasarkan dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 di Provinsi Sumatera Utara mengalami peningkatan yang mana terjadi peningkatan sebesar 1,6% di Pakpak Barat, 1,2% di kota Medan, 1,5% di kota Tebing Tinggi, 1,3% di kota Padang Sidempuan, 1,3% di Mandailing Natal, dan 1,3% di kota Pematang Siantar. Peningkatan jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 ini disebabkan oleh kurangnya kontrol glukosa darah dari penderitanya (Hutasuhut & Siregar, 2024). Masalah keperawatan yang sering timbul pada chronic kidney disease (CKD) cukup kompleks, yang meliputi : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia , Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi. Maka dari itu tindakan yang dilakukan yaitu dengan senam kaki diabetes yang bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
SURAT PENGESAHAN	iii
SURAT PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
SURAT PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifitas Masalah	5
1.3 Tujuan Penyusunan.....	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Medik.....	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Patofisiologi	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	17
2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik	18
2.1.6 Penatalaksanaan.....	18
2.2 Konsep Dasar Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	25
2.2.3 Intervensi Keperawatan	25
2.2.4 Implementasi	26
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	30
BAB 3 TINAJUAN KASUS	31
BAB 4 PEMBAHASAN	59
4.1 Pengkajian Keperawatan	59
4.2 Diagnosa Keperawatan	60
4.3 Intervensi Keperawatan	60
4.4 Implementasi Keperawatan	60
4.5 Evaluasi Keperawatan	61



BAB 5 KESIMPULAN	59
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran	60
5.2.1 Pengertian	63
5.2.2 Pengertian	63

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut Brunner dan Suddarth (2018) Diabetes Melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Diabetes merupakan penyebab utama kematian akibat penyakit, terutama karena tingginya angka penyakit kardiovaskular seperti infark miokard (MI), stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer.

Dari data WHO (2025) diperkirakan lebih dari 29,1 juta orang di Amerika Serikat menderita diabetes, meskipun hampir sepertiga dari kasus ini tidak terdiagnosis. Jumlah orang berusia lebih dari 20 tahun yang baru didiagnosis menderita diabetes meningkat sebesar 1,7 juta per tahun. Jika tren ini berlanjut, satu dari tiga orang dewasa di Amerika Serikat dapat menderita diabetes pada tahun 2050. Estimasi prevalensi diabetes di seluruh dunia adalah 422 juta orang, dan pada tahun 2040, angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi lebih dari 642 juta (Brunner & Suddarth, 2018).

Organisasi International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan bahwa pada kelompok usia 20-79 tahun, terdapat 463 juta orang di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau sama dengan 9,3% dari jumlah total penduduk pada usia tersebut. Di Asia Tenggara, dimana Indonesia salah satu negara di dalamnya, menempati peringkat ke-3 dengan jumlah penderita diabetes melitus sebesar 11,3%. Indonesia meraih peringkat 7 dari 10 jumlah penderita terbanyak

dengan jumlah 10,7 juta orang . Prevalensi diabetes melitus meningkat dari 6,9% menjadi 10,9% pada penduduk usia ≥ 15 tahun (Widiasari et al., 2021).

Berdasarkan dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 di Provinsi Sumatera Utara mengalami peningkatan yang mana terjadi peningkatan sebesar 1,6% di Pakpak Barat, 1,2% di kota Medan, 1,5% di kota Tebing Tinggi, 1,3% di kota Padang Sidempuan, 1,3% di Mandailing Natal, dan 1,3% di kota Pematang Siantar. Peningkatan jumlah penderita diabetes melitus tipe 2 ini disebabkan oleh kurangnya kontrol glukosa darah dari penderitanya (Hutasuhut & Siregar, 2024).

Menurut Brunner & Suddarth (2028) diabetes tipe 2 memengaruhi sekitar 95% orang dewasa yang mengidap penyakit diabetes tipe 2. Penyakit ini lebih sering terjadi pada orang yang berusia lebih dari 30 tahun dan mengalami obesitas, meskipun insidennya meningkat pesat pada orang yang lebih muda karena meningkatnya epidemi obesitas pada anak-anak, remaja, dan dewasa muda. Dua masalah utama yang terkait dengan insulin pada diabetes tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Biasanya, insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa. Pada diabetes tipe 2, reaksi intraseluler ini berkurang, sehingga insulin kurang efektif dalam merangsang penyerapan glukosa oleh jaringan dan mengatur pelepasan glukosa oleh hati. Mekanisme pasti yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe 2 tidak diketahui, meskipun faktor genetik dianggap berperan.

Bagi sebagian besar pasien (sekitar 75%), diabetes tipe 2 terdeteksi secara tidak sengaja (misalnya, saat tes laboratorium rutin atau pemeriksaan oftalmoskopi dilakukan). Salah satu konsekuensi dari diabetes yang tidak terdeteksi adalah komplikasi diabetes jangka panjang (misalnya, penyakit mata, neuropati perifer, penyakit pembuluh darah perifer) mungkin telah berkembang sebelum diagnosis diabetes yang sebenarnya dibuat, yang menandakan bahwa glukosa darah telah meningkat selama beberapa waktu sebelum diagnosis (Brunner & Suddarth, 2018).

National Institute of Health Diabetes Prevention Program (NIH-DPP) mengemukakan bahwa dasar terapi untuk pencegahan risiko berkembangnya diabetes melitus pada penderita pra diabetes adalah intervensi gaya hidup yang berfokus pada pengaturan pola makan termasuk diet (nutrisi) dan peningkatan aktivitas fisik. Intervensi ini penting diberikan bagi penderita pra diabetes untuk mencapai dan mempertahankan penurunan berat badan minimal 7% atau mempertahankan berat badan yang sehat, mengurangi faktor risiko kardiovaskular dan mencegah atau menunda perkembangan pra diabetes menjadi diabetes. Pasien dianjurkan mengurangi konsumsi karbohidrat baik glukosa, sukrosa, maupun fruktosa atau kombinasi dari ketiganya. Diet karbohidrat sedang akan membantu menurunkan berat badan, meningkatkan penanda metabolik dan kadar glukosa post prandial, sedangkan diet rendah karbohidrat dan protein tinggi akan memberikan efek kenyang yang mengakibatkan massa lemak bebas dipertahankan, massa

lemak menurun, serta meningkatkan efisiensi energi (Fitriani & Sanghati, 2021)

Pada Diabetes Mellitus tipe 2 olahraga berperan dalam pengaturan kadar gula darah. Masalah utama pada Diabetes Mellitus tipe 2 adalah kurangnya respon terhadap insulin (resistensi insulin) sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel. Permeabilitas membran terhadap glukosa meningkat saat otot berkontraksi karena kontraksi otot memiliki sifat seperti insulin. Maka dari itu, pada saat beraktivitas fisik seperti berolahraga, resistensi insulin berkurang. Aktivitas fisik berupa olahraga berguna sebagai kendali gula darah dan penurunan berat badan pada diabetes mellitus tipe 2. Senam kaki diabetes ini juga bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien Diabetes Mellitus. Senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus (Yulianti & Januari, 2021)

Dengan melihat hal tersebut maka penulis sangat tertarik mengambill kasus ini untuk menerapkan asuhan keperawatan serta membahas kaasus ini dalam membentuk karya ilmiah akhir dengan judul asuhan keperawatan pada ny s. Dengan diabetes mellitus tipe 2 di ruangan laura rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2025.

1.2. Identifikasi Masalah

Masalah yang penulis rumuskan adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di ruangan Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.3. Tujuan Penyusunan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan medikal bedah pada Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Ruangan Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan .

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
2. Melakukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
3. Melakukan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
4. Melakukan implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.

1.4 Manfaat

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 dengan diabetes mellitus tipe 2 di Ruang Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

1.4.2 Manfaat Prantis

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit diabetes melitus.

2. Bagi profesi keperawatan

Sebagai acuan dalam meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

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.

BAB 2

TINJUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Menurut Brunner & Suddarth (2018), diabetes adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Perawatan pasien diabetes, yang sebelumnya dikenal sebagai diabetes melitus tetapi sekarang lebih umum disebut diabetes, memerlukan pemahaman tentang epidemiologi, patofisiologi, pengujian diagnostik, perawatan medis dan keperawatan, serta rehabilitasi pasien diabetes. Perawat merawat pasien diabetes di semua lingkungan. Bab ini berfokus pada manajemen keperawatan pasien diabetes.

Menurut Lewis (2020), diabetes melitus (DM) adalah penyakit multisistem kronis yang ditandai dengan hiperglikemia akibat produksi insulin yang tidak normal, gangguan penggunaan insulin, atau keduanya. Diabetes merupakan masalah kesehatan yang serius di seluruh dunia. Diabetes merupakan penyebab kematian ketujuh di Amerika Serikat. Orang dewasa dengan diabetes memiliki tingkat kematian akibat penyakit jantung dan risiko stroke yang 2 hingga 4 kali lebih tinggi daripada orang dewasa tanpa diabetes. Selain itu, lebih dari separuh orang dewasa dengan diabetes memiliki hipertensi dan kadar kolesterol tinggi.²

2.1.2 Etiologi

Teori-teori terkini menghubungkan penyebab diabetes, baik tunggal maupun gabungan, dengan faktor genetik, autoimun, dan lingkungan (misalnya, virus, obesitas). Apa pun penyebabnya, diabetes terutama merupakan gangguan metabolisme glukosa yang terkait dengan tidak adanya atau kurangnya pasokan insulin dan/atau buruknya penggunaan insulin yang tersedia. Asosiasi Diabetes Amerika (ADA) mengakui adanya 4 jenis diabetes yang berbeda. Dua jenis yang paling umum adalah diabetes tipe 1 dan tipe 2. Dua jenis lainnya adalah diabetes gestasional dan jenis diabetes spesifik lainnya dengan berbagai penyebab (Brunner & Suddarth, 2018).

Insulin adalah hormon yang diproduksi oleh sel-sel β di pulau Langerhans pankreas. Dalam kondisi normal, insulin terus dilepaskan ke dalam aliran darah dalam jumlah kecil, dengan peningkatan pelepasan saat makanan dicerna (Gbr. 48.1). Insulin menurunkan glukosa darah dan memfasilitasi kisaran glukosa normal yang stabil sekitar 74 hingga 106 mg/dL. Insulin meningkatkan pengangkutan glukosa dari aliran darah melintasi membran sel ke sitoplasma sel (Gbr. 48.2). Sel memecah glukosa untuk menghasilkan energi. Sel hati dan otot menyimpan kelebihan glukosa sebagai glikogen. Peningkatan insulin plasma setelah makan menghambat glukoneogenesis, meningkatkan pengendapan lemak pada jaringan adiposa, dan meningkatkan sintesis protein. Karena alasan ini, insulin merupakan hormon anabolik atau penyimpanan. Penurunan kadar insulin selama puasa semalam yang normal meningkatkan pelepasan glukosa yang

tersimpan dari hati, protein dari otot, dan lemak dari jaringan adiposa (Brunner & Suddarth, 2018).

Otot rangka dan jaringan adiposa memiliki reseptor khusus untuk insulin dan dianggap sebagai jaringan yang bergantung pada insulin. Insulin diperlukan untuk "membuka" situs reseptor ini, yang memungkinkan pengangkutan glukosa ke dalam sel untuk digunakan sebagai energi. Jaringan lain (misalnya, otak, hati, sel darah) tidak secara langsung bergantung pada insulin untuk pengangkutan glukosa tetapi memerlukan pasokan glukosa yang cukup untuk fungsi normal. Meskipun sel hati tidak dianggap sebagai jaringan yang bergantung pada insulin, situs reseptor insulin pada hati memfasilitasi penyerapan glukosa dan konversinya menjadi glikogen (Brunner & Suddarth, 2018).

2.1.3 Patofisiologi

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

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

4. Mempercepat pengangkutan asam amino (berasal dari protein makanan) ke dalam sel.
5. Menghambat pemecahan glukosa, protein, dan lemak yang tersimpan.

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

1. Diabetes Tipe 1

Penyakit ini ditandai dengan kerusakan sel beta pankreas. Faktor genetik, imunologi, dan mungkin lingkungan (misalnya, virus) yang dikombinasikan diduga berkontribusi terhadap kerusakan sel beta. Meskipun peristiwa yang menyebabkan kerusakan sel beta belum sepenuhnya dipahami, secara umum diterima bahwa kerentanan genetik merupakan faktor dasar yang umum dalam perkembangan diabetes tipe 1. Orang tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri, melainkan predisposisi genetik, atau kecenderungan, terhadap perkembangan diabetes tipe 1. Kecenderungan genetik ini telah ditemukan pada orang dengan jenis antigen leukosit manusia tertentu. Ada

juga bukti adanya respons autoimun pada diabetes tipe 1. Ini adalah respons abnormal di mana antibodi diarahkan terhadap jaringan tubuh yang normal, merespons jaringan ini seolah-olah jaringan tersebut asing. Autoantibodi terhadap sel islet dan terhadap insulin endogen (internal) telah terdeteksi pada orang-orang pada saat diagnosis dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis diabetes tipe 1. Selain komponen genetik dan imunologi, faktor lingkungan seperti virus atau toksin yang dapat memicu kerusakan sel beta terus diselidiki.

Terlepas dari penyebab spesifiknya, kerusakan sel beta mengakibatkan penurunan produksi insulin, peningkatan produksi glukosa oleh hati, dan hiperglikemia puasa. Selain itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan di hati tetapi tetap berada dalam aliran darah dan berkontribusi terhadap hiperglikemia pasca makan. Konsentrasi glukosa dalam darah melebihi ambang batas ginjal untuk glukosa, biasanya 180 hingga 200 mg/dL (9,9 hingga 11,1 mmol/L), ginjal mungkin tidak menyerap kembali semua glukosa yang disaring; glukosa kemudian muncul dalam urin (glikosuria). Ketika glukosa berlebih dikeluarkan dalam urin, hal itu disertai dengan kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebihan. Ini disebut diuresis osmotik.

Karena insulin biasanya menghambat glikogenolisis (pemecahan glukosa yang tersimpan) dan glukoneogenesis (produksi glukosa baru dari asam amino dan substrat lain), proses ini terjadi tanpa kendali pada orang dengan defisiensi insulin dan semakin berkontribusi terhadap hiperglikemia. Selain itu, terjadi pemecahan lemak, yang mengakibatkan peningkatan

produksi badan keton, zat yang sangat asam yang terbentuk ketika hati memecah asam lemak bebas tanpa adanya insulin.

Ketoasidosis diabetik (KAD) adalah gangguan metabolik yang terjadi paling sering terjadi pada penderita diabetes tipe 1 dan disebabkan oleh kekurangan insulin; badan keton yang sangat asam terbentuk, dan terjadi asidosis metabolik. Tiga gangguan metabolik utama adalah hiperglikemia, ketosis, dan asidosis metabolik. KAD biasanya didahului oleh poliuria, polidipsia, mual, muntah, dan kelelahan selama satu hari atau lebih dengan kemungkinan pingsan dan koma jika tidak diobati. Napas memiliki bau buah yang khas karena adanya asam keto.

2. Diabetes Tipe 2

Penyakit ini lebih sering terjadi pada orang yang berusia lebih dari 30 tahun dan mengalami obesitas, meskipun kejadiannya meningkat pesat pada orang yang lebih muda karena meningkatnya epidemi obesitas pada anak-anak, remaja, dan dewasa muda. Dua masalah utama yang berkaitan dengan insulin pada diabetes tipe 2 adalah resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin mengacu pada penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin. Biasanya, insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan memulai serangkaian reaksi yang terlibat dalam metabolisme glukosa.

Pada diabetes tipe 2, reaksi intraseluler ini berkurang, sehingga insulin kurang efektif dalam merangsang penyerapan glukosa oleh jaringan dan dalam mengatur pelepasan glukosa oleh hati. Mekanisme pasti yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe 2 tidak

diketahui, meskipun faktor genetik dianggap berperan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, insulin dalam jumlah yang lebih banyak harus disekresikan untuk mempertahankan kadar glukosa pada tingkat normal atau sedikit meningkat. Jika sel beta tidak dapat mengimbangi peningkatan permintaan insulin, kadar glukosa akan meningkat dan diabetes tipe 2 pun berkembang. Resistensi insulin juga dapat menyebabkan sindrom metabolik, yang merupakan kumpulan gejala, termasuk hipertensi, hiperkolesterolemia, obesitas perut, dan kelainan lainnya.

Meskipun sekresi insulin terganggu yang merupakan ciri khas diabetes tipe 2, terdapat cukup insulin yang ada untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Oleh karena itu, DKA biasanya tidak terjadi pada diabetes tipe 2. Namun, diabetes tipe 2 yang tidak terkontrol dapat menyebabkan masalah akut lainnya, yaitu sindrom hiperglikemik hiperosmolar (HHS). Intoleransi, timbulnya gejala bisa tidak terdeteksi selama bertahun-tahun. Jika pasien mengalami gejala, gejalanya sering kali ringan dan bisa meliputi kelelahan, mudah tersinggung, poliuria, polidipsia, luka kulit yang sulit sembuh, infeksi vagina, atau penglihatan kabur (jika kadar glukosa sangat tinggi).

Bagi sebagian besar pasien (sekitar 75%), diabetes tipe 2 terdeteksi secara tidak sengaja (misalnya, saat tes laboratorium rutin atau pemeriksaan oftalmoskopi dilakukan). Salah satu konsekuensi dari diabetes yang tidak terdeteksi adalah komplikasi diabetes jangka panjang (misalnya, penyakit mata, neuropati perifer, penyakit pembuluh darah perifer) mungkin telah

berkembang sebelum diagnosis diabetes yang sebenarnya dibuat (ADA, 2016b), yang menandakan bahwa glukosa darah telah meningkat selama beberapa waktu sebelum diagnosis.

3. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah tingkat intoleransi glukosa yang terjadi selama kehamilan. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan karena sekresi hormon plasenta, yang menyebabkan resistensi insulin. Diabetes gestasional terjadi pada 18% wanita hamil dan meningkatkan risiko mereka terhadap gangguan hipertensi selama kehamilan. Wanita yang dianggap berisiko tinggi untuk diabetes gestasional dan harus diskriminasi dengan pengujian glukosa darah pada kunjungan prenatal pertama mereka adalah mereka yang memiliki obesitas yang jelas, riwayat pribadi diabetes gestasional, glikosuria, atau riwayat keluarga diabetes yang kuat.

Jika wanita berisiko tinggi ini tidak memiliki diabetes gestasional pada skrining awal, mereka harus diuji ulang antara 24 dan 28 minggu kehamilan. Semua wanita dengan risiko rata-rata harus diuji pada 24 hingga 28 minggu kehamilan. Pengujian tidak secara khusus direkomendasikan untuk wanita yang diidentifikasi berisiko rendah. Wanita berisiko rendah adalah mereka yang memenuhi semua kriteria berikut: usia lebih muda dari 25 tahun, berat badan normal sebelum kehamilan, anggota kelompok etnis dengan prevalensi diabetes gestasional rendah, tidak memiliki riwayat toleransi glukosa abnormal, tidak ada riwayat diabetes yang diketahui pada kerabat tingkat pertama, dan tidak ada riwayat hasil obstetrik yang buruk (ADA, 2016c).

Wanita yang dianggap berisiko tinggi atau risiko rata-rata harus menjalani tes toleransi glukosa oral (OGTT) atau tes tantangan glukosa (GCT) diikuti oleh OGTT pada wanita yang melebihi nilai ambang glukosa 140 mg/dL (7,8 mmol/L).

Penatalaksanaan awal meliputi modifikasi pola makan dan pemantauan glukosa darah. Jika hiperglikemia berlanjut, insulin diresepkan. Skadar glukosa darah selama kehamilan adalah 95 mg/dL (5,3 mmol/L) atau kurang sebelum makan dan 120 mg/dL (6,72 mmol/L) atau kurang 2 jam setelah makan (ADA, 2016c).

Setelah melahirkan, kadar glukosa darah pada wanita dengan diabetes gestasional biasanya kembali normal. Namun, banyak wanita yang pernah mengalami diabetes gestasional mengalami diabetes tipe 2 di kemudian hari. Sekitar 35% hingga 60% wanita yang pernah mengalami diabetes gestasional mengalami diabetes dalam 10 hingga 20 tahun berikutnya.

4. Diabetes Autoimun Laten pada Orang Dewasa (LADA)

Pada orang dewasa, LADA merupakan sub tipe diabetes yang perkembangan kerusakan sel beta autoimun di pankreas lebih lambat dibandingkan pada diabetes tipe 1 dan 2. Pasien dengan LADA tidak bergantung pada insulin dalam 6 bulan pertama timbulnya penyakit. Manifestasi klinis LADA memiliki ciri-ciri diabetes tipe 1 dan 2. Munculnya sub tipe ini telah menyebabkan beberapa pihak mengusulkan agar skema klasifikasi diabetes direvisi untuk mencerminkan perubahan pada sel-sel beta di pankreas (Brunner & Suddarth, 2018).

2.1.4 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis bergantung pada tingkat hiperglikemia pasien. Manifestasi klinis klasik diabetes meliputi "tiga P": poliuria, polidipsia, dan polifagia. Poliuria (sering buang air kecil) dan polidipsia (sering haus) terjadi akibat kehilangan cairan berlebihan yang terkait dengan diuresis osmotik. Pasien juga mengalami polifagia (nafsu makan meningkat) yang diakibatkan oleh kondisi katabolik yang disebabkan oleh defisiensi insulin dan pemecahan protein dan lemak. Gejala lain meliputi kelelahan dan kelemahan, perubahan penglihatan mendadak, kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi berulang. Timbulnya diabetes tipe 1 juga dapat dikaitkan dengan penurunan berat badan mendadak atau mual, muntah, atau nyeri perut, jika KAD telah berkembang (Brunner & Suddarth, 2018).

Sedangkan menurut Lewis (2020), manifestasi klinik adalah:

a. Diabetes Tipe 1

Karena timbulnya diabetes tipe 1 berlangsung cepat, manifestasi pertama biasanya 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, dikaitkan dengan manifestasi tambahan.

b. Diabetes Tipe 2

Manifestasi 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.

2.1.5 Pemeriksaan diagnostik

- 1) Pemeriksaan Laboratorium
- 2) HbA1C (HbA1C)
- 3) Profil lipid puasa
- 4) Tes untuk mikroalbuminuria
- 5) Kadar kreatinin serum
- 6) Urinalisis
- 7) Elektrokardiogram (Bruuner & Suddarth ,2018)

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Brunner & Suddarth (2018), tujuan utama pengobatan diabetes adalah untuk menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah guna mengurangi perkembangan komplikasi. Ada beberapa penatalaksanaan yaitu:

1. Terapi Nutrisi

Nutrisi, perencanaan makan, pengendalian berat badan, dan peningkatan aktivitas merupakan dasar dari manajemen diabetes. Sasaran terpenting dalam manajemen diet dan nutrisi diabetes adalah pengendalian asupan kalori total untuk mencapai atau mempertahankan berat badan yang wajar, pengendalian kadar glukosa darah, dan normalisasi lipid dan tekanan darah untuk mencegah penyakit jantung. Manajemen nutrisi diabetes mencakup sasaran berikut:

- 1) Untuk mencapai dan mempertahankan:
 - a. Kadar glukosa darah dalam kisaran normal atau sedekat mungkin dengan normal sejauh yang memungkinkan secara aman
 - b. Profil lipid dan lipoprotein yang mengurangi risiko penyakit vaskular
 - c. Kadar tekanan darah dalam kisaran normal atau sedekat mungkin dengan normal sejauh yang memungkinkan secara aman
- 2) Mencegah atau setidaknya memperlambat laju perkembangan komplikasi kronis diabetes dengan memodifikasi asupan nutrisi dan gaya hidup.
- 3) Untuk memenuhi kebutuhan gizi individu, dengan mempertimbangkan preferensi pribadi dan budaya serta kemauan untuk berubah

2. Perencanaan Makan dan Pendidikan Terkait

Rencana makan harus mempertimbangkan preferensi makanan pasien, gaya hidup, waktu makan yang biasa, dan latar belakang etnis dan budaya. Bagi pasien yang memerlukan insulin untuk membantu mengendalikan kadar glukosa darah, menjaga konsistensi sebanyak mungkin dalam jumlah kalori dan karbohidrat yang dikonsumsi pada setiap waktu makan sangatlah penting. Selain itu, konsistensi

dalam perkiraan interval waktu antara waktu makan, dengan penambahan makanan ringan jika perlu, membantu mencegah reaksi hipoglikemia dan menjaga kontrol glukosa darah secara keseluruhan. Bagi pasien yang dapat menguasai perhitungan insulin terhadap karbohidrat, gaya hidup dapat lebih fleksibel dan kontrol diabetes lebih dapat diprediksi. Bagi mereka yang menggunakan terapi insulin intensif, mungkin ada fleksibilitas yang lebih besar dalam pengaturan waktu dan isi makanan dengan memungkinkan penyesuaian dosis insulin untuk perubahan kebiasaan makan dan olahraga.

3. Masalah Diet Lainnya

1) Konsumsi Alkohol

Pasien diabetes tidak perlu menghentikan konsumsi minuman beralkohol sepenuhnya, tetapi pasien dan penyedia layanan primer harus menyadari potensi efek samping alkohol yang khusus untuk diabetes. Alkohol diserap sebelum nutrisi lain dan tidak memerlukan insulin untuk penyerapan. Jumlah besar dapat diubah menjadi lemak, sehingga meningkatkan risiko KAD. Secara umum, tindakan pencegahan yang sama terkait penggunaan alkohol oleh orang tanpa diabetes harus diterapkan pada pasien diabetes. Disarankan untuk tidak berlebihan. Bahaya utama konsumsi alkohol oleh pasien diabetes adalah hipoglikemia, terutama bagi pasien yang mengonsumsi insulin atau insulin secretagogues (obat yang meningkatkan sekresi insulin oleh pankreas). Alkohol dapat menurunkan reaksi fisiologis normal dalam tubuh yang menghasilkan glukosa (glukoneogenesis). Oleh karena itu, jika pasien diabetes mengonsumsi

alkohol saat perut kosong, kemungkinan terjadinya hipoglikemia akan meningkat. Selain itu, asupan alkohol yang berlebihan dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mengenali dan mengobati hipoglikemia atau mengikuti rencana makan yang ditentukan untuk mencegah hipoglikemia. Untuk mengurangi risiko hipoglikemia, pasien harus diperingatkan untuk mengonsumsi makanan bersama alkohol; namun, karbohidrat yang dikonsumsi bersama alkohol dapat meningkatkan glukosa darah.

Konsumsi alkohol dapat menyebabkan kenaikan berat badan yang berlebihan (akibat kandungan kalori alkohol yang tinggi), hiperlipidemia, dan peningkatan kadar glukosa (terutama pada minuman campuran dan minuman keras). Edukasi pasien mengenai asupan alkohol harus menekankan pada moderasi dalam jumlah alkohol yang dikonsumsi. Asupan sedang dianggap sebagai satu minuman beralkohol per hari untuk wanita dan dua per hari untuk pria. Minuman rendah kalori atau kurang manis (misalnya, bir ringan, anggur kering) dan asupan makanan bersamaan dengan konsumsi alkohol disarankan (ADA, 2016e). Pasien dengan diabetes tipe 2 yang ingin mengendalikan berat badan mereka harus memasukkan kalori dari alkohol ke dalam keseluruhan rencana makan.

2) Pemanis

Penggunaan pemanis buatan dapat diterima, terutama jika membantu kepatuhan diet secara keseluruhan. Penggunaan pemanis dalam jumlah sedang dianjurkan untuk menghindari potensi efek samping. Ada

dua jenis pemanis utama: bergizi dan tidak bergizi. Pemanis bergizi mengandung kalori, sedangkan pemanis tidak bergizi mengandung sedikit atau tidak mengandung kalori dalam jumlah yang biasanya digunakan.

Pemanis bergizi meliputi fruktosa (gula buah), sorbitol, dan xylitol, yang semuanya menyediakan kalori dalam jumlah yang mirip dengan sukrosa (gula meja). Pemanis ini menyebabkan peningkatan kadar gula darah yang lebih sedikit daripada sukrosa dan sering digunakan dalam makanan bebas gula. Pemanis yang mengandung sorbitol mungkin memiliki efek pencahar.

Pemanis nonnutrisi memiliki kalori yang minimal atau tidak sama sekali. Pemanis ini digunakan dalam produk makanan dan juga tersedia untuk dikonsumsi di meja makan. Pemanis ini menghasilkan sedikit atau tidak ada peningkatan kadar glukosa darah, dan Badan Pengawas Obat dan Makanan AS (FDA) menggolongkannya sebagai pemanis yang aman bagi penderita diabetes.

4. Rekomendasi Latihan

Pertimbangan umum untuk olahraga pada pasien diabetes. Rekomendasi olahraga harus diubah seperlunya untuk pasien dengan komplikasi diabetes, seperti retinopati, neuropati otonom, neuropati sensorimotor, dan penyakit kardiovaskular. Peningkatan tekanan darah yang terkait dengan olahraga dapat memperburuk retinopati diabetik dan meningkatkan risiko pendarahan ke dalam vitreus atau retina.

5. Latihan Kewaspadaan

Pasien yang kadar glukosa darahnya melebihi 250 mg/dL (14 mmol/L) dan memiliki keton dalam urinnya sebaiknya tidak mulai berolahraga hingga hasil tes urin negatif untuk keton dan kadar glukosa darah mendekati normal. Berolahraga dengan kadar glukosa darah yang tinggi meningkatkan sekresi glukagon, hormon pertumbuhan, dan katekolamin. Hati kemudian melepaskan lebih banyak glukosa, dan hasilnya adalah peningkatan kadar glukosa darah (Brunner & Suddarth, 2018).

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Lewis (2020), pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi Dm. Adapun yang perlu dikaji adalah:

Data Subjektif

1. Riwayat kesehatan sebelumnya: Gondongan, rubella, virus coxsackie, atau infeksi virus lainnya. Trauma, infeksi, atau stres baru-baru ini. Kehamilan, melahirkan bayi >9 pon. Pankreatitis kronis, sindrom Cushing, akromegali, riwayat keluarga diabetes tipe 1 atau tipe 2
2. Obat-obatan: Penggunaan insulin atau OA, kortikosteroid, diuretik, fenitoin (Dilantin)
3. Persepsi kesehatan-manajemen kesehatan: Riwayat keluarga positif, malaise
4. 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

5. Eliminasi: Konstipasi atau diare, sering buang air kecil, sering infeksi kandung kemih, nokturia, inkontinensia urin
6. Aktivitas-olahraga: Kelemahan otot, kelelahan
7. Kognitif-persepsi: Sakit perut, sakit kepala, penglihatan kabur, mati rasa atau kesemutan pada ekstremitas, pruritus
8. Seksualitas-reproduksi: DE, infeksi vagina yang sering, keputihan kekeringan atau nyeri, libido
9. Adaptasi: Depresi, mudah tersinggung, apatis
10. Nilai-keyakinan: Keyakinan kesehatan, komitmen terhadap perubahan gaya hidup yang melibatkan makanan, pengobatan, dan pola aktivitas

2. Data Objektif

1. Mata, bola mata lunak dan cekung, riwayat pendarahan vitreal, katarak yang menutupi
2. Kulit kering, hangat, dan tidak elastis. Lesi berpigmen (pada kaki), bisul (terutama pada telapak kaki), rambut rontok pada jari kaki, akantosis nigrikans
3. Pernafasan, pernapasan cepat dan dalam (pernapasan Kussmaul)
4. Kardiovaskular, hipotensi, denyut nadi lemah dan cepat
5. Saluran pencernaan, mulut kering, muntah, napas berbau buah
6. Neurologis, refleks berubah, gelisah, bingung, pingsan, koma
7. Muskuloskeletal, pengecilan otot
8. Temuan yang mungkin, kelainan elektrolit serum. Kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dL. OGTT >200 mg/dL, glukosa acak 2200 mg/dL.

Leukositosis. ↑ BUN, kreatinin, trigliserida, kolesterol, LDL, VLDL, HDL. A1C >6,0% (A1C >7,0% pada mereka yang didiagnosis diabetes), glikosuria, ketonuria, albuminuria.

2.2.2 Dignosa keperawatan

Menurut Lewis (2020), diagnosa keperawatan terkait diabetes mungkin meliputi:

- 1) hipertermia
- 2) Hiperglikemia
- 3) Hipoglikemia
- 4) Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- 5) Pola nafas tidak efektif

2.2.3 Intervensi keperawatan

Menurut Lewis (2020), 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.

2.2.4 Implementasi keperawatan

Menurut Lewis (2020), ada beberapa implementasi keperawatan pada kasus DM yaitu:

a) Promosi Kesehatan

Peran Anda dalam promosi kesehatan adalah mengidentifikasi, memantau, dan mendidik pasien yang berisiko terkena diabetes. Obesitas merupakan faktor risiko utama untuk diabetes tipe .

b) Perawatan Akut

Situasi akut yang melibatkan pasien diabetes meliputi hipoglikemia, KAD, dan sindrom hiperglikemik hiperosmolar (HHS). Manajemen keperawatan untuk situasi ini dibahas lebih rinci nanti dalam bab ini. Bidang perawatan akut lainnya berkaitan dengan manajemen selama penyakit akut dan pembedahan.

c) Penyakit akut dan operasi

Baik stres emosional maupun fisik dapat meningkatkan kadar glukosa darah dan mengakibatkan hiperglikemia. Karena stres tidak dapat dihindari

d) Perawatan rawat jalan

Manajemen diabetes yang berhasil melibatkan interaksi berkelanjutan antara pasien, pengasuh, dan tim interprofesional. Penting bagi CDE 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. Sayangnya, banyak pasien menghadapi tantangan dalam mencapai tujuan ini. Diabetes meningkatkan risiko kondisi kronis lainnya yang dapat memengaruhi aktivitas perawatan diri. Ini termasuk gangguan penglihatan, masalah ekstremitas bawah yang memengaruhi mobilitas, dan keterbatasan fungsional lainnya yang terkait dengan stroke.

Fungsi keperawatan yang penting adalah menilai kemampuan pasien dan pengasuh dalam melakukan aktivitas seperti SMBG dan injeksi insulin. Alat bantu untuk pemberian insulin sendiri meliputi kaca pembesar jarum suntik, penstabil vial, dan alat bantu pemberian dosis untuk tuna netra. Dalam beberapa kasus, rujukan diberikan untuk membantu pasien mencapai tujuan perawatan diri. Ini dapat mencakup terapis okupasi, pekerja sosial, perawat perawatan rumah, asisten kesehatan rumah, atau ahli gizi.

1. Terapi Insulin

Tanggung jawab perawat 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

2. Agen oral dan suntik non-insulin

Pemberian yang tepat, penilaian penggunaan dan respons pasien terhadap obat-obatan ini, serta pengajaran kepada pasien dan keluarga merupakan tindakan keperawatan yang penting. Penilaian Anda sangat berharga dalam menentukan tindakan yang paling tepat obat untuk pasien. Faktor-faktor seperti status mental pasien, kebiasaan makan, lingkungan rumah, kemampuan belajar, sumber daya, sikap terhadap diabetes, dan riwayat pengobatan semuanya memainkan peran penting dalam menentukan obat yang paling tepat.

3. Kebersihan pribadi

Perawatan rutin meliputi mandi secara teratur, dengan penekanan pada perawatan kaki. Anjurkan pasien untuk memeriksa kaki mereka setiap hari, hindari bertelanjang kaki, dan kenakan sepatu yang nyaman dan mendukung. Jika terjadi luka, lecet, atau luka bakar, obati segera dan pantau dengan saksama. Cuci area tersebut dan oleskan salep antiseptik yang tidak abrasif atau tidak mengiritasi. Tutupi area tersebut dengan pembalut yang kering dan steril. Ajarkan pasien untuk segera memberi tahu petugas kesehatan jika cedera tidak kunjung sembuh dalam waktu 24 jam atau jika timbul tanda-tanda infeksi.

4. Identifikasi medis dan perjalanan

Ajarkan pasien untuk selalu membawa tanda pengenal medis yang menunjukkan bahwa mereka menderita diabetes. Polisi, paramedis,

dan banyak warga sipil menyadari perlunya mencari tanda pengenal ini saat menangani orang yang sakit atau tidak sadarkan diri. Kartu identitas dapat memberikan informasi yang berharga, seperti nama HCP; jenis diabetes; dan jenis serta dosis insulin, agen suntik noninsulin, atau OA. Perjalanan bagi pasien diabetes memerlukan perencanaan. Tidak banyak bergerak dalam jangka waktu lama dapat meningkatkan kadar glukosa seseorang. Dorong pasien untuk bangun dan berjalan setidaknya setiap 2 jam untuk menurunkan risiko trombosis vena dalam dan mencegah peningkatan kadar glukosa. Ajari pasien untuk membawa perlengkapan perawatan diabetes lengkap di tas jinjing saat bepergian dengan pesawat, kereta api, atau bus. Perlengkapan ini meliputi peralatan pemantauan glukosa darah, insulin, agen suntik noninsulin, OA, dan jarum suntik atau pena insulin dan jarum suntik.

5. Pengajaran Pasien dan Pengasuh

Tujuan dari edukasi pengelolaan diri 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 mereka memiliki hasil yang lebih baik daripada mereka yang tidak. Oleh karena itu, pendekatan edukasi yang memfasilitasi

pengambilan keputusan yang tepat oleh pasien dianjurkan. Kami menyebutnya pendekatan pemberdayaan dalam edukasi.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Lewis (2020), hasil yang diharapkan adalah pasien diabetes akan

1. Sebutkan elemen kunci dari rencana perawatan
2. Jelaskan tindakan perawatan diri yang dapat mencegah atau memperlambat perkembangan komplikasi kronis.
3. Menjaga keseimbangan nutrisi, aktivitas, dan ketersediaan insulin yang menghasilkan kadar glukosa darah yang stabil, aman, dan sehat
4. Tidak mengalami cedera akibat berkurangnya sensasi pada kaki
5. Menerapkan tindakan untuk meningkatkan sirkulasi perifer.

BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Ony Kristin Natalia Pasaribu	NIM: 052024028
---	----------------

Unit	: KMB	Tgl. Pengkajian	: 13 – 05 - 2025
Ruang	: Laura	Waktu Pengkajian	: 15.00
Tgl. Masuk RS	: 12 -05 -2025	Auto Anamnese	: ✓
		Allo Anamnese	: ✓

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama	: Ny S
Usia	: 62 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 3
Agama/Suku	: Kristen Protestan
Warga Negara	: ✓ Indonesia
Bahasa yang Digunakan	: ✓ Indonesia
	✓ Daerah Batak
Pendidikan	: SI Pendidikan
Pekerjaan	: Pensiun Guru
Alamat Rumah	: Medan

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Tn P
Alamat	: Medan
Hubungan dengan klien	: Suami

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : ✓ UGD

b. Diagnosa Medik :

DM TIPE II ++ VIRAL INFECTION

b.1. Saat Masuk : DM TIPE II + VIRAL INFECTION

a. KEADAAN SAKIT : Pasien tampak sakit sedang.

Alasan : Pasien terbaring lemah, napas sesak dan memakai oksigen *nasal canule* 4L/menit, serta pada tangan kiri terpasang infus RL 20 tetes/menit.

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama : Sesak napas sejak 1 minggu sebelum masuk RS.

2). Riwayat kesehatan sekarang .:

Pasien mengalami demam naik turun dan diikuti dengan sesak napas seminggu sebelum masuk rumah sakit, namun saat dikaji suhu tubuh sudah mulai turun meski belum mencapai rentang normal. Pasien juga merasa seluruh badan lemas dan tidak selera makan.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien memiliki riwayat penyaki DM dan mendapat terapi insulin sejak tahun 2022 sampai sekarang.

4. TANDA-TANDA VITAL

a. Kesadaran: Compos mentis, GCS 15.

b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif ✓ Negatif

c. Tekanan darah : 130/60 mmHg

d. Suhu : 37,6 °C (axila)

e. Nadi : 79kali/menit

f. Pernafasan : Frekuensi 26 kali/menit, reguler, tidak ada penggunaan otot bantu napas, dan terpasang oksigen melalui nasal kanule 4 L/menit.

5. PENGUKURAN

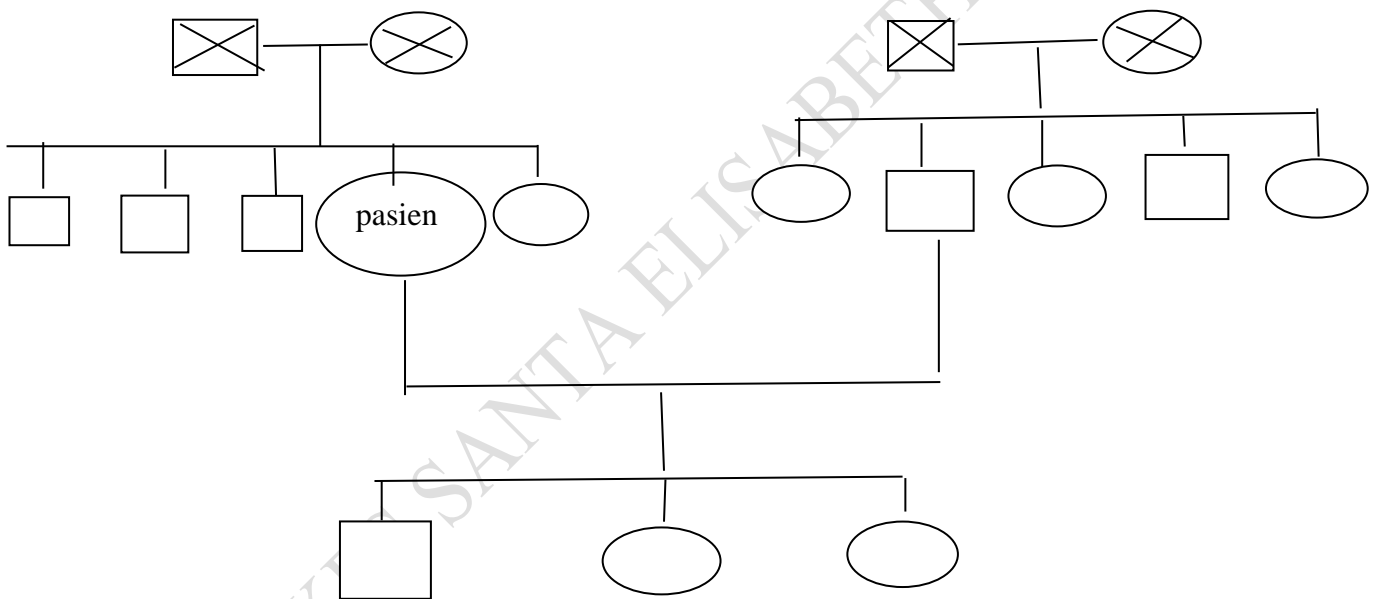
Tinggi Badan : 155 cm

Berat Badan : 65 kg

IMT : 27,5

Kesimpulan :berlebihan berat badan .

6. GENOGRAM : (3 generasi / keturunan)



7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

I. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN

1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien menderita DM sejak 2022.

2). Data Subyektif

Keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di rumah sakit, dan menjalani terapi insulin sejak tahun 2022 hingga sekarang. Kontrol penyakit biasa dilakukan di Puskesmas.

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : rambut bersih, tidak ada rontok
- Kulit kepala : bersih, tidak ada ketombe
- Kebersihan kulit : bersih, tidak ada lesi
- Kebersihan rongga mulut : bersih, tidak ada scabies
- Kebersihan genitalia : bersih, tidak ada iritasi
- Kebersihan anus : bersih

II. NUTRISI DAN METABOLIK

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien susah makan, dan jarang minum.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien semakin tidak selera makan.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Rambut bersih tidak ada ketombe
- Hidrasi kulit : bersih
- Palpebrae : tidak ada masalah
- Conjunctiva : anemis
- Sclera : tidak iptestik

- Rongga mulut : bersih
- Gusi : gusi berwarna merah mudah
- 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 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
- Kemampuan mengunyah keras : susah mengunyah yang keras
- Lidah : normal
- 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 26 X / menit
 - = Palpasi : Tanda nyeri umum tidak ada
 - * Massa tidak ada
 - * Hidrasi kulit kulit kering
 - * Nyeri tekan:
 - R. Epigastrica
 - Titik Mc. Burney
 - R. Suprapubica

- R. Iliaca
- = Perkusi Tympani
 - * Ascites ✓ Negatif
 - Positif, Lingkar perut .../.../...Cm
- Kelenjar limfe inguinal : teraba ada pembesaran
 - ✓ tidak terah pembesaran
- Kulit :
 - = Uremic Frost ✓ Negatif Positif
 - = Edema ✓ Negatif Positif
 - = Icteric ✓ Negatif Positif
 - = Tanda-tanda radang tida ada peradangan

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

keluarga mengatakan BAB dan BAK Ny S sebelum saakit lancar..

b. Keadaan sejak sakit

keluarga mengatakan Ny S jarang BAB dan BAK tetap lancar

2). Data Obyektif

a. Observasi

keluarga mengatakan Ny S mengatakan BAB dan BAK selalu menggunakan pempes untuk BAB dan menggunakan kateter urine yang diperoleh 800 per 8 jam

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih
 Penuh ✓ kosong
- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : ✓ Negatif Positif
 - = Kanan : ✓ Negatif Positif
- Mulut Urethra : tidak dikaji
- Anus :
 - = Peradangan : ✓ Negatif Positif
 - = Hemoroid : ✓ Negatif Positif
 - = Penemuan lain : tidak ada penemuan lain

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

keluarga mengatakan Ny S saat melakukan aktifitas hanya dirumah membersihkan rumah.

b. Keadaan sejak sakit

keluarga mengatakan saat sakit Ny S hanya terbarig di tempat tidur

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- Makan : 0
- Mandi : 2
- Berpakaian : 2
- Kerapian : 2

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

- Buang air besar : 1
- Buang air kecil : 1
- Mobilisasi ditempat tidur : 0
- Ambulansi : 0
- Postur tubuh / gaya jalan : Sedikit membungkuk
- Anggota gerak yang cacat : tidak ada anggota gerak cacat

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : < 2 Detik
- Thorax dan Pernafasan
 - = Inspeksi : Bentuk Thorax : simetris kanan dan kiri
 - * Stridor ✓ Negatif
 - * Dyspnea d'effort ✓ Negatif
 - * Sianosis ✓ Negatif
 - = Perkusi : ✓ Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 4-5 linea sternalis dextra

Kesimpulan : Normal

- = Auskultasi :
 - Suara Napas : normal
 - Suara Ucapan : normal
 - Suara Tambahan : normal

- Jantung

- = Inspeksi : Ictus Cordis : tidak nampak
- = Palpasi : Ictus Cordis : tidak teraba

Thrill: ✓ Negatif Postitif

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

Batas atas jantung : ICS 2 STERNALIS DEXTRA

Batas kanan jantung : Mid sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 media clavicularis dextra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : ICS 2 STERNALIS DEXTRA (LUP)
Bunyi Jantung II P : ICS 3 STERNALIS SINISTRA (LUP)
Bunyi Jantung I T : ICS 4 STERNALIS SINISTRA (DUP)
Bunyi Jantung I M : ICS 5 MEDIA CLAVICULA SINISTRA

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif

Positif

Murmur : Negatif

Positif :

HR : 82 X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :.....

* Mati sendi : Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

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

Kiri

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

Kanan

=ReflexFisiologik : Keduanya 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

* Kaku duduk : tidak terdapat kaku duduk

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

keluarga mengatakan sebelum sakit pola tidur dan istirahatnya cukup.

b. Keadaan sejak sakit

keluarga mengatakan sejak sakit sulit untuk tidur

b). Pemeriksaan Fisik

- Penglihatan

- = Cornea : Normal
- = Visus : Pasien tampak membaca nama parawat
- = Pupil : iskor
- = Lensa Mata : jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): tidak dikaji

- Pendengaran

- = Pina : simetris
- = Canalis :
- = Membran Tympani :
- = Tes Pendengaran :

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :

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

keluarga mengatakan cemas di rawat rumah sakit dan Ny S tidak suka dirawat.

b. Keadaan sejak sakit

keluarga mengatakan Ny S ingin cepat sembuh dikarenakan Ny S sudah tampak bosan di rawat di rumah sakit

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

keluarga mengatakan hubungan terjalin dengan erat pada anak, menantu, cucu bahkan dengan tetangga sekitar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

sejak sakit Ny. S tetap menjalani hubungan komunikasi yang baik dengan keluarga ataupun tetangga, walaupun hanya dengan telepon atau video call dan bahkan Ny.S menjalani komunikasi yang baik dengan pasien disebelahnya

**2). Data Obyektif
Observasi**

Ny. S tampak menjalani komunikasi dengan pasien disatu ruangnya

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

keluarga Ny. S mengatakan tidak ada masalah pada resproduksi yang berhubungan dengan penyakit yang ia derita

b. Keadaan sejak sakit

keluarga Ny. S mengatakan tidak ada masalah pada reproduksi walaupun Ny. S menderita DM Tipe II

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

Keluarga Ny. S mengatakan jika memiliki masalah dan diberitahukan kepada suami dan anak-anaknya

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Ny. S mengatakan sejak sakit selalu menceritakan kepada keluarganya apa yang ia derita dan rasakan

2). Data Obyektif

a). Observasi

keluarga Ny. S tampak sering diajak cerita jika ia tampak bosan dengan aktifitas dirumah sakit yang hanya berbaring ditempat tidur

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

keluarga Ny. S mengatakan ia rajin mengikuti kegiatan kerohanian dan perkumpulan seperti partamiangan. Dan Ny. S rajin mengikuti ibadah

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Ny. S mengatakan sejak sakit ia hanya mengikuti ibadah dirumah sakit yang selalu diadakan setiap pagi

2). Data Obyektif

Observasi

Ny. S tampak selalu rajin untuk beribadah ditempat tidur

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

ONY KRISTIN NATALIA PASARIBU

HASIL PEMERIKSAN LABORATORIUM

Nama pasien : Ny.S
Tanggal : 12 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai
Esionofil (ESO)	0.2 L	%	2.0 – 4.0
Basofil (BAS)	0.1	%	0.0 – 1.0
Limfosit	1,730	/UI	
Laju Endap Darah (LED)	20	mm/jm	0 -20
Natrium (Na)	126 L	mmol/L	130 -145
Kalium	3.6	mmol/L	33.3 – 5.2
Klorida (CL)	95	mmol/L	90 – 105
KGD sewaktu	420 H	mg/dl	80 – 200

HASIL PEMERIKSAN LABORATORIUM

Nama pasien : Ny.S
Tanggal : 13 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai
HEMOSTASIS			
D – dimer	3926.17	ng/mL	0.00 -500.00
HASIL HATI			
GOT (AST)	85 H	U/L	15 – 37
GPT (ALT)	146 H	U/L	12 – 78
FUNGSI GINJAL			
Ureum (BUN)	37	mg/dL	15 -39
Kreatinin	1.17 H	mg/dL	0.60 – 1.00
Asam urat	6.1 H	Mg/dl	2.6 – 6.0
Profil lemak			
Cholestrol Total	198	mg/dL	0 -200
Cholesterol LDL	84	Mg/dL	<130 (Low risk 130 – 159 (moderate risk) >= 160 (High risk)
Cholestrol HDL	36.0 L	mg/dL	>45
Crigliserida	322 H	mg/dL	0 – 150
GULA DARAH			
Glukosa puasa	339 H	Mg/dL	70/110
Albumin	12.8 H	%	4.0 -5,7

HASIL PEMERIKSAN LABORATORIUM

Nama pasien : Ny.S

Tanggal : 14 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai
ELEKTROLIT			
Natrium	135	mmol/L	130 – 145
Kalium	3.6	mmnol/L	33, - 5,2
Klorida	103	mmnol/L	90 – 105
GULADARA			
Gula darah sewaktu	106.	mmnol/L	80 – 200

HASIL PEMERIKSAN LABORATORIUM

Nama pasien : Ny.S

Tanggal : 14 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai
DARAH			
Gula darah sewaktu	69 L	mg/dL	80 -200

DAFTAR OBAT

No	Nama Obat	Fungsi Obat
1	Ceftriaxone	Untuk mengatai penyakit akibat infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, dan infeksi salran cerna
2.	Ranitidine	Untuk mengurangi produksi asam lambung dan mengobati penyakit seperti maag, tukak lambung, dan gerd
3.	Ondansentron	Untuk mencengah terjadinya mual dan muntah
4.	Ryzodeg	Untuk mengontrol kadar gula darah pada penderita diabetes melitus
5	Atorvastatin	Untuk menurunkan jumlah kolestrol yang tinggi didalam darah
6	Citicoline	Untuk meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di dalam otak
7	Curcuma	Untuk memelihara kesehatan tubuh dan memperbaiki nafsu makan

ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

NO	Data	Penyebab	Masalah Keperawatan	TT
13/05/2025	DS : Badan lemas dan tidak selera makan, memiliki riwayat DM II dan menerima terapi insulin sejak 2022. DO : KGD 420 mg/dl	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Ony
13/05/2025	DS : demam naik turun sejak 1 minggu sebelum masuk RS. DO : <ul style="list-style-type: none">• Kulit teraba hangat• Suhu 37.6°C	Proses Penyakit	Hipertemia	Ony
13/05/2025	DS : sesak napas selama 1 minggu sebelum masuk RS. DO : <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak lemah.• Frekuensi napas 26 kali/menit, reguler.• Nadi 79 kali/menit• Terpasang oksigen nasal kanul 4 L/menit	Penurunan energi	Pola nafas tidak efektif	Ony

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NAMA JELAS
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi ditandai dengan mengatakan Ny. S sesak napas sejak 1 minggu sebelum masuk RS. tampak Ny S lemas , dan terpasang nasal kanul 4L/i	Ony
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Hiperglikemia ditandai dengan Ny S mengatakan pasien lemas, dan tidak nafsu makan dan KGD pada tanggal 13 mei 2025. 420 mg/dl fan Ny. S tampak lemas	Ony
3	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan keluarga Ny. S mengatakan demam disertai lemas dan tampak badan Ny. S teraba hangat, suhu tubuh 37.6°C	Ony

PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NAMA JELAS
1	13/05/2025	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi ditandai dengan mengatakan Ny. S sesak napas sejak 1 minggu sebelum masuk RS. tampak Ny S lemas , dan terpasang nasal kanul 4L/i	Ony
2	13/05/2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan Ny S mengatakan pasien lemas, dan tidak nafsu makan dan KGD pada tanggal 13 mei 2025. 420 mg/dl fan Ny. S tampak lemas	Ony
3	13/05/2025	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan keluarga Ny. S mengatakan demam disertai lemas dan tampak badan Ny. S teraba hangat, suhu tubuh 37.6°C	Ony

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Harapkan	Rencana tindakan	Rasional
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka ketidak stabilan glukosa darah teratasid dengan kriteia hasil: SLKI.05022 1. kadar glukosa membaik 2. mengantuk berkurang. 3. pusing menurun 4.keluhan lapar menurun. 5. gemetar menurun.	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi: 1. indentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. indentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. monitor tanda dan gejala hiperglikemia. Terapeutik 1. berikan asupan cairan oral 2. konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk 3. fasilitas ambulasi jika ada hiportensi ortastatik Edukasi 1. ajurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah dari 250 mg/dL 2. anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi 1. kolaborasi pemberian insuline 2.kolaborasi pembeian cairan.	1. Pasien dan keluarga dapat memathui atau mengetahui diet 2. Keluarga dan pasien dapat memahani penggunaan insuline

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Harapkan	Rencana tindakan	Rasional
2	Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan termoregulasi membaik yang diharapkan dengan hasil : SLKI .14134 1. memengigil menurun, 2. kulit merah menurun 3 suhu tubuh membaik	Manajemen Hipertemia (I.15506) Observasi: 1. indentifikasi penyebab hipertemia 2. monitor suhu 3. monitor elektrolit Terapeutik 1. sediakan lingkungan yang dingin. 2. longgarkan atau lepaskan pakainya. 3. basahi dan kipas permukaan tubuh 4. berikan cairan oral. 5. ganti linen setiap hari atau setiap tau sering jika hiperhidrosis 6. lakukan pendinginan oksternal 7.hindari pemberian antipiretik. 8 berikam oksigen Edukasi Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Pemberian cairan dan elektrolit melalui intrtravena.	1. Pasien dan keluarga dapat memahami penanganan demam saat gejala awal

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang Harapkan	Rencana tindakan	Rasional
3.	Pola napas tidak efektif b/d penurunan energi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam penurunan energi dengan kriteria hasil 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik	Manajemen Hipertemia (I.05178) Observasi: 1. indentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. monitor kelehan fisik dan emosional 3.monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. lakukan latihan rentang ferak pasif dan aktif 2. fasilitas duduk di tempat tidur Edukasi 1. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2. anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1.kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makan .	1. keluarga dan pasien memahami tingkat penurunan energi

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

Tgl Jam	No Dp	Implementasi	Respon	TT
13/05/2025				
14.00		Melakukan Melakukan komunikasi terapeutik kepada keluarga Ny. S	Keluarga Ny. S lebih terbuka pada saat di tanyakan kondisi pasien	ony
14.30		Melakukan pengkajian kepada keluarga pasien dengan menanyakan keluhan utama pasien dan data-data lainnya Melakukan pemeriksaan vital sign pada Ny.S TD:130/60 MmHg T:37.6 °	Ny S mengatakan masi demam, dan lemas	
15.30		Memberikan obat injeksi pada Ny.S dengan nama obat ceftriaxone dengan fungsi obat untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri didalam tubuh	Pasien tampak kooperatif pada saat diberikan terapi dan tidak terdapat alergi pada daera di suntikan	
17.00		Memberikan terapi insulin pada lengan sebelah kanan sebanyak 10 unit	Setelah dilakukan pemberian terapi insulin Pasien tampak kooperatif dan masih tampak lemas.	
18.00		Memberikan posisi nyaman kepada pasien yaitu posisi semi fowler	Pasien sudah nyaman dengan diberikan posisi semi flower	
19.00		Mengukur kembali suhu tubuh Ny. S T: 37.4°C Dan menganjurkan untuk banyak minum air hangat dan menganjurkan keluarga untuk memberikan kompres air hangat pada pasien	Setelah dilakukan observasi pasien tampak masih lemas dan dan suhu tubuh masih belum normal	
20.00		Mengganti cairan infus Ny. S Cairan RL	Kebutuhan cairan pasien terpenuhi	

Tgl Jam	No Dp	Implementasi	Respon	TT
14/05/2025				
14.30		Memberikan obat makan curcuma tablet pada Ny. S. Dengan fungsi obat: untuk memperbaiki fungsi makan dan memelihara kesehatan tubuh	Pasien tampak mengkonsumsi onat yang curcuma yang diberikan	
15.00		Menganjurkan Ny. S untuk tirah baring dan anjurkan pasien minum air putih yang banyak T: 37,2 °C	Pasien tampak mengkonsumsi air hangat	
16.00		Memberikan obat injeksi pada Ny.S dengan nama obat ceftriaxone dengan fungsi obat untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri didalam tubuh.	Pasien tampak kooperatif pada saat diberikan terapi dan tidak terdapat alergi pada daera di suntikan	
17.00		Memberikan terapi insulin pada lengan sebelah kanan sebanyak 10 unit	Setelah dilakukan pemberian terapi insulin Pasien tampak kooperatif dan masih tampak lemas	
18.00		Memberikan cairan paracetamol pada Ny.S	Setelah diberikan terapi paracetamol demam pasien menerun dan sudah diobservasi	
19.30		Memeriksa vital sign Ny. S TD: 120/70 mmhg T:36.9°C	Pasien tampak tidak mngeluh pada saat dilakukan obsevasi	
20.00		Memonitoring kebutuhan oksigen pasien dan memastikan nasal kanul sudah terpasang bagus, dengan kecepatan 4l/menit	Pasien tampak sesak berkurang, dan membaik dengan Sop2 96 %	
20.30		Memberikan posisi nyaman kepada pasien yaitu posisi semi fowler	Pasien sudah nyaman dengan diberikan posisi semi flower	

Tgl Jam	No Dp	Implementasi	Respon	TT
15/05/2025				
14.30		Mengganti cairan pada Ny. S Cairan RL	Kebutuhan cairan pasien terpenuhi	
15.00		Menganjurkan Ny. S untuk tirah baring sungkan minum air putih yang banyak	Pasien tampak mengonsumsi air hangat	
15.50		Memeriksa vital sign Ny. S TD: 120/70 Mmhg T:37.°C	Pasien tampak tidak mngeluh pada saat dilakukan obsevasi	
16.00		Memberikan obat injeksi pada Ny.S dengan nama obat ceftriaxone dengan fungsi obat untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri didalam tubuh	Pasien tampak kooperatif pada saat diberikan terapi dan tidak terdapat alergi pada daera di suntikan	
17.00		Memberikan terapi insulin pada lengan sebelah kanan sebanyak 10 unit	Setelah dilakukan pemberian terapi insulin Pasien tampak kooperatif dan masih tampak lemas	
18.00		Membantu memberikan Ny. S makan secara oral dan nasi tidak habis	Pasien tampak kurang selerah makan	
20.00		Memberikan obat melalui injeksi dengan nama obat ondansentron. Dan fungsi obat yaitu untuk mencegah mual dan muntah pada pasien	Pasien tampak tidak mengalami mual dan muntah	
20.30		Memberikan posisi nyaman kepada pasien yaitu posisi semi fowler	Pasien sudah nyaman dengan diberikan posisi semi flower	

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. S/ 62 Tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/ K.15

Diagnosa	Evaluasi (SOP)
1 : pola nafas tidak efektif	<p>S : pasien mengatakan masih sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- RR 26x/menit dan teratur- Terpasang oksigen nasal kanul 4 l/menit- Spo2 94%- Frekuensi nadi 79 x/ menit <p>A : pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau status penafasan pasien dan tanda – tanda vital- Atur posisi semi fowler- Lanjutkan pemberian obat – obatan dan terapi oksigen 4 l/menit sesuai dengan kebutuhan pasien
2 : ketidak stabilan glukosa darah	<p>S : pasien mengatakan badan terasa lemas dan memiliki riwayat penyakit dm dan menerima terapi insulin sejak tahun 2022.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien lemas- KGD Tanggal 13/5/2025 = 339 mg/d <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau keadaan pasien- Pantau monitor KGD pasien- Berikan terapi insulin sesuai dengan anjuran dokter atau sesuai dengan kebutuhan pasien.
3 : Hipertermia	<p>S : Pasien mengatakan masih demam</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak pasien lemas dan kulit teraba hangat- Suhu tubuh : 37,6 <p>A : Hipertermia belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pantau keadaan pasien terutama suhu tubuh pasien

	- Berikan terapi yang mendukung seperti Paracetamol drips
--	---

Diagnosa	Evaluasi (SOP)
1 : pola nafas tidak efektif	<p>S : pasien mengatakan masih sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 24x/menit dan teratur - Terpasang oksigen nasal kanul 3 l/menit - Spo2 96% - Frekuensi nadi 83 x/ menit <p>A : pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau status penafasan pasien dan tanda – tanda vital - Atur posisi semi fowler - Lanjutkan pemberian obat – obatan dan terapi oksigen 3 l/menit sesuai dengan kebutuhan pasien
2 : ketidak stabilan glukosa darah	<p>S : pasien mengatakan badan terasa lemas dan memiliki riwayat penyakit dm dan menerima terapi insulin sejak tahun 2022.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - KGD Tanggal 14/5/2025 = 106 mg/d <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau keadaan pasien - Pantau monitor KGD pasien <p>Berikan terapi insulin sesuai dengan anjuran dokter atau sesuai dengan kebutuhan pasien.</p>
3 : Hipertermia	<p>S : Pasien mengatakan tidak demam lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih lemas dan kulit tidak teraba hangat lagi - Suhu tubuh : 37,2 <p>A : Hipertermia sudah teratasi</p> <p>P : - Tetap pantau keadaan pasien terutama suhu tubuh pasien</p>

Diagnosa	Evaluasi (SOP)
1 : pola nafas tidak efektif	<p>S : pasien mengatakan masih sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 23 x/menit dan teratur - Terpasang oksigen nasal kanul 3 l/menit - Spo2 98% - Frekuensi nadi 93 x/ menit <p>A : pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau status penafasan pasien dan tanda – tanda vital - Atur posisi semi fowler - Lanjutkan pemberian obat – obatan dan terapi oksigen 3 l/menit sesuai dengan kebutuhan pasien
2 : ketidak stabilan glukosa darah	<p>S : pasien mengatakan badan terasa lemas dan memiliki riwayat penyakit dm dan menerima terapi insulin sejak tahun 2022.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - KGD Tanggal 15/5/2025 = 69 mg/d <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau keadaan pasien - Pantau monitor KGD pasien - Berikan terapi insulin sesuai dengan anjuran dokter atau sesuai dengan kebutuhan pasien..
3 : Hipertermia	<p>S : Pasien mengatakan tidak demam lagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih lemas dan kulit tidak teraba hangat lagi - Suhu tubuh : 37.0 <p>A : Hipertermia sudah teratasi</p> <p>P : - Tetap pantau keadaan pasien terutama suhu tubuh pasien.</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada saat dilakukan pengkajian, menurut teori Lewis (2020), keluhan utama yang sering terjadi pada pasien dengan DM yaitu, pernapasan cepat dan dalam (pernapasan Kussmaul), berat badan berlebih, dan kadar glukosa darah yang tinggi atau diatas normal (420 mg/dl). Pasien mengatakan mengidap penyakit DM tipe 2 sudah 3 tahun , pasien berobat rutin di puskesmas dan mendapatkan insulin.

Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan bahwa kombinasi sesak napas sejak 1 minggu sebelum masuk RS pasien tampak lemas, terpasang nasal kanul 4L/i, tidak nafsu makan, KGD pada tanggal 13 mei 2025. 420 mg/dl dan suhu tubuh 37.6°C dengan diabetes melitus tipe 2 mengingat kompleksitas keluhan yang dirasakan perlu penanganan yang tepat dan akurat.

Hal ini sejalan dengan pengkajian yang terdapat dalam buku Lewis (2019), didapatkan bahwa pengkajian yang didapatkan pasien dengan diabetes melitus tipe 2 yaitu klien mengeluh sesak napas sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, demam, lemas dan tidak nafsu makan

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan CKD adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi

Penulis berasumsi bahwa masalah ketidakstabilan kadar gula darah dikarenakan Masalah utama pada Diabetes Melitus tipe 2 adalah kurangnya respon terhadap insulin (resistensi insulin) sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel. Permeabilitas membran terhadap glukosa meningkat saat otot berkontraksi karena kontraksi otot memiliki sifat seperti insulin. Maka dari itu, pada saat beraktivitas fisik seperti berolahraga, resistensi insulin berkurang.

Penulis berasumsi bahwa masalah pola nafas tidak efektif dikarenakan adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Penyebabnya adalah hambatan upaya nafas (kelemahan otot pernafasan) yang dibuktikan dengan gejala dan tanda mayor : penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal, data minor : pernafasan cuping hidung. Hal ini sejalan dengan penelitian Khoerul Ummah, (2022) yang menyatakan bahwa gangguan dengan pemberian dengan pemberian teknik Progressive muscle relaxation selama 3 hari dan dilakukan sehari 2x di pagi hari dan sore hari, dari tindakan tersebut penulis mengukur saturasi oksigen pada pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul tidak jauh berbeda dengan yang ada pada tinjauan teoritis, namun tidak semua diagnosa ditemukan pada kasus. Penulis merumuskan diagnosa sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien berdasarkan dengan pengkajian yang sudah dilakukan.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien diabetes melitus adalah ketidakstabilan kadar gula darah. Ketidakstabilan kadar gula darah bahwa manifestasi klinis yang harus diamati (misalnya, didapatkan bahwa pengkajian

yang didapatkan pasien dengan ketidakstabilan kadar gula darah yaitu lemas, dan tidak nafsu makan dan KGD pada tanggal 13 Mei 2025. 420 mg/dl

Dalam hal ini, penulis berasumsi bahwa implementasi yang harus dilakukan yaitu dengan senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien didiagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus (Yulianti & Januari, 2021)

4.4 Implementasi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik adalah Ketidakstabilan kadar gula darah bahwa manifestasi klinis yang harus diamati (misalnya, didapatkan bahwa pengkajian yang didapatkan pasien dengan ketidakstabilan kadar gula darah yaitu lemas, dan tidak nafsu makan dan KGD pada tanggal 13 Mei 2025. 420 mg/dl

Dalam hal ini, penulis berasumsi bahwa implementasi yang harus dilakukan yaitu dengan pertahankan kepatenan jalan nafas memberikan posisi semifowler pertahankan akses intravena memberikan oksigenasi sesuai keperluan.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Yulianti & Januari, (2021) yang menyatakan bahwa dalam mengatasi Diabetes Mellitus tipe 2 olahraga berperan dalam pengaturan kadar gula darah. Masalah utama pada Diabetes Mellitus tipe 2 adalah kurangnya respon terhadap insulin (resistensi insulin) sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel. Permeabilitas membran terhadap glukosa

meningkat saat otot berkontraksi karena kontraksi otot memiliki sifat seperti insulin. Maka dari itu, pada saat beraktivitas fisik seperti berolahraga, resistensi insulin berkurang. Aktivitas fisik berupa olahraga berguna sebagai kendali gula darah dan penurunan berat badan pada diabetes melitus tipe 2. Senam kaki diabetes ini juga bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien Diabetes Mellitus. Senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus.

Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan. Dalam pelaksanaan keperawatan dalam kasus ini, penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana atau intervensi yang telah penulis susun. Dalam pemberian implementasi selama 3x8 jam, dari ketiga diagnosa masalah pasien belum teratasi sepenuhnya namun kondisi pasien sudah membaik.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2 yang dilakukan terus menerus adalah didapati masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia , Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi

Penulis berasumsi bahwa tindakan senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus peningkatan peran tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi, dukungan, motivasi dan komunikasi pada diabetes melitus tipe 2

BAB 5
SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik didapat bahwa pasien terdiagnosis diabetes melitus tipe 2. Kondisi ini ditandai dengan ketidakstabilan glukosa darah pada pasien selama 2 tahun yang progresif dan berdampak pada berbagai sistem tubuh seperti resistensi insulin.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia , Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi.
3. Intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik direncanakan dan diimplementasikan dengan tujuan untuk mengoptimalkan kondisi fisik, mengatasi gejala, mencegah komplikasi, meningkatkan kualitas hidup, serta memberikan dukungan psikologis dan edukasi. Pada diagnosa : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia , Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan energi.
4. Evaluasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 adalah dilakukan penilaian terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan yaitu tindakan yang dilakukan yaitu dengan senam kaki diabetes yang bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha

serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien

5.2 Saran

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

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.

2. Bagi mahasiswa

Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan sebagai sumber pengetahuan dan acuan bagi mahasiswa keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap penderita diabetes melitus tipe 2 yang mengalami ketidakstabilan gula darah.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan karya ilmiah akhir ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth's. (2018). *Medical Surgical Nursing* (14th ed., Vol. 14, Issue 1, pp. 4136–4139). Julie K. Stegman.
- Brunner, & Suddarth. (2018). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (14th ed.). Julie K. Stegman.
- Fitriani, F., & Sanghati, S. (2021). Intervensi Gaya Hidup Terhadap Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Pasien Pra Diabetes. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 704–714. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.682>
- Harding, M. M., & Kwong, J. (2019). *Lewis 's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Medical-Surgical Nursing* (14thn ed.).
- Hutasuhut, R. F., & Siregar, P. P. (2024). Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Dapat Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Medan Area Selatan. *Pandu Husada*, 5(2), 42–50.
- khoerul ummah. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus. 2005–2003, 8.5.2017, ٧٧٨٧.
- Widiasari, K. R., Wijaya, I. M. K., & Suputra, P. A. (2021). Diabetes Melitus Tipe 2: Faktor Risiko, Diagnosis, Dan Tatalaksana. *Ganesha Medicine*, 1(2), 114. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.40006>
- Yulianti, Y., & Januari, R. S. (2021). Pengaruh Senam Kaki Diabetes Mellitus terhadap Kadar Gula Darah Penderita DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Ciemas. *Lentera : Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Keperawatan*, 4(2), 87–94. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i2.1444>