

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I.T.H.
(54 TAHUN) DENGAN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS
PENFUI”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Pendidikan Studi Diploma III Keperawatan**



TATOK WINARTO
NIM: PO.5303201181240

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN NY. LTH (54 TAHUN) DENGAN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS PENFUT" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

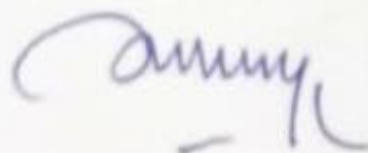
Disusun Oleh :

TATOK WINARTO
NIM: PO.5303201181240

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada

Tanggal 23 Juli 2019

Pembimbing



Dr. Rafael Paun, SKM, M.,Kes
NIP. 195702151982011001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS "ASUHAN KEPERAWATAN NY. I.T.H
(54 TAHUN) DENGAN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS PENFUI"

Disusun Oleh :

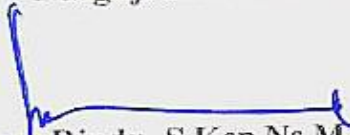
TATOK WINARTO

NIM: PO.5303201181240


Telah Diuji Pada Tanggal, 23 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

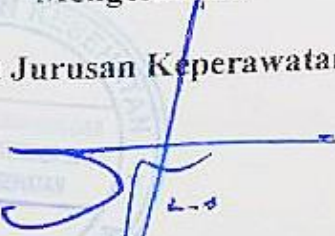

Yustinus Rindu, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIP. 196612311989011001

Penguji II


Dr. Rafael Paun, SKM.M.Kes
NIP. 195702151982011001

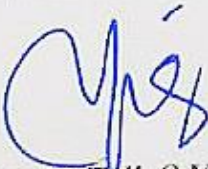
Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan


Florentianus Tat, S.KP.,M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tatok Winarto
NIM : PO.5303201181240
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

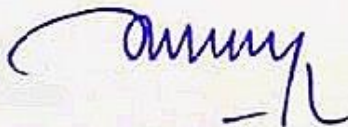
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 23 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Tatok Winarto
NIM: PO.5303201181240

Mengetahui
Pembimbing



Dr. Rafael Paun, SKM, M., Kes
NIP. 195702151982011001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Tatok Winarto
Tempat tanggal lahir : Malang, 26 Desember 1978
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : RSAL Samuel J.Moeda jln.Yos Sudarso

Osmok

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN 02 Sumber Pucung Malang Tahun 1992
2. Tamat SMPN 02 Sumber Pucung Malang Tahun 1995
3. Tamat SPK Sekesal Surabaya Tahun 1998
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

JALASVEVA JAYAMAHE

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan **STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN NY. I.T.H**

(54 TAHUN) DENGAN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS PENFUI”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada : Bapak Dr Rafael Paun,SKM.M.Kes selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik. Dan tidak lupa ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Yustinus Rindu,S.Kep.,Ns.M.Kep selaku penguji dan pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

4. Bapak Jermias D.Ledoh,S.Km selaku kepala Puskesmas Penfui yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Penfui.
5. Ibu Nurul Kusbndiyah,Amd.Kep selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha Puskesmas Penfui yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
8. Bapak dan Ibu tercinta yang telah mendidik dan membesarkan saya dan selalu mendukung saya,saudara-saudari yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Istri terhebat dan anak- anak terhebat yang selalu temani disetiap keadaan yang telah membantu dan memberikan dukungan serta doanya untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Teman - teman kelas RPL yang selama ini selalu berjuang bersama yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 23 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan pada Ny. I.T.H.(54 tahun) dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui. Oleh Tatok Winarto PO.5303201181240

Pembimbing:Dr.Rafael Paun,SKM,M.,Kes*Yustinus Rindu,S.Kep,Ns,M.Kep*

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin. Tujuan Studi Kasus adalah untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan pada Ny. I.T.H.(54 tahun) yang menderita Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.

Desain dalam Studi Kasus ini adalah secara deskriptif dengan Asuhan Keperawatan yang dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama 2 hari.

Hasil penelitian : berdasarkan studi kasus pada Ny. I.T.H. ditetapkan diagnosa keperawatan nyeri akut,resiko ketidakstabilan glukosa darah dan resiko jatuh.Tindakan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit Diabetes Melitus, memberikan motivasi,dan demonstrasi senam kaki diabetik pada Ny. I.T.H.

Kesimpulan: Hasil yang telah dilakukan selama 2 hari ditetapkan nyeri akut teratasi sebagian karena nyeri berkurang dari skala 3 menjadi skala 2,resiko ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian,dan resiko jatuh tidak terjadi karena pasien tidak terjatuh.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan , Diabetes Melitus Ny. I.T.H. (54 tahun).

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar lampiran	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	3
1.4.1. Manfaat Teori.....	3
1.4.2. Manfaat Praktis	3
1.5. Metode Penulisan.....	3
1.6. Sistematika Penulisan	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus	5
2.1.1. Definisi	5
2.1.2. Etiologi	7
2.1.3. Patofisiologi	9
2.1.4. Tanda Dan Gejala	10
2.1.5. Pemeriksaan Data Penunjang	11
2.1.6. Pengobatan Diabetes Melitus	12
2.1.7. Komplikasi Diabetes Melitus	12
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	14
2.2.1. Pengkajian	14
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	17
2.2.3 Intervensi Dan Implementasi	18
2.2.4. Evaluasi	21
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	22
3.1 Hasil Studi Kasus	22
3.1.1 Pengkajian	22
3.1.2 Analisis Data	26
3.1.3 Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan NANDA 2015)	26
3.1.4 Intervensi Keperawatan	26
3.1.5 Implementasi Keperawatan	28
3.1.6 Evaluasi Keperawatan	28

3.2 Pembahasan.....	29
3.2.1 Pengkajian.....	29
3.2.2 Diagnosa Keperawatan NANDA (2015-2017).....	30
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	31
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	32
3.3 Keterbatasan dalam Penulisan.....	32
BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN.....	33
4.1 Kesimpulan.....	34
4.1.1 Pengkajian.....	34
4.1.2 Diagnosa.....	34
4.1.3 Intervensi.....	35
4.1.4 Implementasi.....	35
4.1.5 Evaluasi.....	36
4.2 Saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016).

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelaianan heterogen yang ditandai oleh kenaikan glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Pada diabetes melitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Brunner and Suddarth, 2015)

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi DM tipe 2 diberbagai penjuru dunia. Berdasarkan perolehan data international Diabetes Federation (IDF) tingkat prevalensi global penderita DM pada tahun 2013 sebesar 328 kasus dan diperkirakan pada tahun 2023 mengaalami peningkatan menjadi 55% (592 kasus) diantaranya usia penderita DM 40-59 tahun. Tingginya angka tersebut menjadikan indonesia peringkat keempat jumlah pasien DM terbanyak didunia setelah Amerika Serikat, India dan China. (Suyono, 2006).

Diprediksi adanya peningkatan jumlah penderita diabetes yang cukup besar dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030 dengan pertumbuhan sebesar 152% (WHO, 2006).

Prevalensi diabetes melitus diindonesia berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 sebesar 5,7% . prevalensi DM tertinggi dikalimantan Barat dan Maluku Utara yaitu 11,1% , kemudian Riau sekitar 10,4% sedangkan prevalensi terkecil terdapat di provinsi Papua sekitar 1,7%. Jumlah kasus DM yang ditemukan di Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebanyak 209.319

kasus, terdiri atas pasien DM yang tidak tergantung insulin sebanyak 183.172 jiwa dan pasien yang tergantung insulin sebanyak 26.147 jiwa.

Diabetes yang tidak terkontrol, mengacu pada kadar glukosa yang melebihi batasan target dan mengakibatkan dampak jangka pendek (dehidrasi, penurunan BB, Penglihatan buram, rasa lapar) serta jangka panjang (kerusakan pembuluh darah mikro dan makro).

Pada pasien DM tipe 2 umumnya bertubuh gemuk dan proses terjadinya lebih dipengaruhi oleh lingkungan seperti gaya hidup dan pola makan. Karena sel-sel sasaran (otot dan lemak tubuh) yang seharusnya mengambil gula dengan adanya insulin, tidak memberikan respon normal terhadap insulin. Jenis diabetes ini sering tanpa disertai keluhan, dan jika ada gejalanya lebih ringan daripada DM tipe 1. Karena itu DM tipe 2 pada usia dewasa seringkali dapat diatasi hanya dengan diet dan olahraga. (Soegondo, dkk,2005).

1.2. Rumusan Masalah

- 1) Bagaimana gambaran pengkajian asuhan keperawatan Keperawatan Pada Ny.I.T.H. dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.
- 2) Bagaimana rumusan diagnosa keperawatan Keperawatan Pada Ny.I.T.H. dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.
- 3) Bagaimana proses merencanakan asuhan keperawatan Keperawatan Pada Ny.I.T.H. dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.
- 4) Bagaimana proses implementasi keperawatan Keperawatan Pada Ny.I.T.H. dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.
- 5) Bagaimana prose dokumentasi asuhan keperawatan Keperawatan Pada Ny.I.T.H.dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan dan melaporkan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mempelajari pengkajian pada pasien Diabetes Melitus
- 2) Mempelajari diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diabetes melitus.
- 3) Mempelajari perencanaan keperawatan pada pasien Diabetes melitus.
- 4) Mempelajari tindakan keperawatan pada pasien Diabetes melitus.
- 5) Mempelajari evaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan di masa yang akan datang pada kasus Diabetes Melitus

1.4.2. Manfaat Praktis

- 1) Sebagai bahan masukan yang diperlukan untuk peningkatan mutu pelaksanaan pelayanan praktek keperawatan khusus pada pasien Diabetes Melitus
- 2) Untuk mengembangkan dan mengaplikasikan ilmu keperawatan kedalam praktik keperawatan dengan memberi asuhan keperawatan kepada pasien dengan kasus Diabetes Melitus

1.5. Metode Penulisan

Metode dan teknik penulisan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif, yaitu mengumpulkan data, mengklarifikasi data dan menyampaikan informasi serta memecahkan masalah yang sedang dihadapi. Adapun teknik dalam pengumpulan data, yaitu melalui wawancara, observasi dan studi kepustakaan, studi dokumentasi.

1.6. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari empat BAB, meliputi Bab satu pendahuluan yang memuat tentang latar belakang,

rumusan masalah, tujuan penulisan baik itu tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, Bab dua tinjauan pustaka yang membahas tentang konsep dasar dari masalah yang diangkat yang terdiri dari anatomi fisiologi penyakit, definisi, penyebab, klasifikasi, patofisiologi, penataksanaan dan komplikasi serta juga berisi tentang konsep dasar asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, inetervensi, implementasi dan evaluasi.

Bab tiga tinjauan kasus yang memuat tentang tinjauan kasus secara nyata yang dilakukan pada klien dilapangan secara langsung mulai dari pengkajian yang berisi data demografi, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat psikososial, riwayat spritual, pemeriksaan fisik, aktivitas sehari-hari, pemeriksaan diagnostik, terapi saat ini, klasifikasi data dan analisa data. Bab ini juga membahas tentang diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan. Dan bab empat penutup yang membahas tentang kesenjangan yang didapat dari penulis antara konsep dan asuhan keperawatan yang dilakukan dilapangan, mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus

2.1.1.Defenisi

Diabetes melitus adalah sekelompok kelainan yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Mungkin terdapat penurunan dalam kemampuan tubuh untuk berespon terhadap insulin dan atau penurunan atau tidak terdapatnya pembentukan insulin oleh pancreas. Kondisi ini mengarah pada hiperglikemia, yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi metabolic akut seperti ketoasidosis diabetic.

Hiperglikema jangka panjang dapat menunjang terjadinya komplikasi mikrovaskular kronis (penyakit ginjal dan mata) serta komplikasi neuropati. Diabetes juga berkaitan dengan kejadian penyakit makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke, dan penyakit vaskuler perifer. (Brunner and Suddarth, 2002)

1). Jenis Diabetes Melitus

a). Tipe I : Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

Diabetes ini dikenal sebagai tipe juvenile onset dan tipe dependen insulin, namun kedua tipe ini dapat muncul pada sembarang usia. Insidens tipe I sebanyak 30.000 kasus baru setiap tahunnya dan dapat dibagi dalam dua subtype yaitu autoimun akibat disfungsi autoimun dengan kekurangan sel-sel beta dan idiopatik tanpa bukti adanya autoimun dan tidak diketahui sumbernya. Sub tipe ini lebih sering timbul pada etnik keturunan Afrika-Amerika dan Asia. Diabetes tipe I banyak ditemukan pada balita, anak-anak dan remaja. Sampai saat ini, Diabetes Mellitus tipe I hanya dapat di obati dengan pemberian terapi insulin yang dilakukan secara terus menerus berkesinambungan. Riwayat keluarga, diet dan faktor

lingkungan sangat mempengaruhi perawatan penderita diabetes tipe I. Pada penderita diabetes tipe I haruslah diperhatikan pengontrolan dan memonitor kadar gula darahnya, sebaiknya menggunakan alat test gula darah. Terutama pada anak-anak atau balita yang mana mereka sangat mudah mengalami dehidrasi, sering muntah dan mudah terserang berbagai penyakit.

b.) Tipe II : Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) 90% sampai 95% penderita diabetes adalah tipe II. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin. Pengobatan pertama adalah dengan diet dan olahraga; jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemia (suntikan insulin dibutuhkan jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia). Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

c.) Diabetes gestasional (GDM)

GDM dikenal pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor resiko terjadinya GDM adalah usia tua, etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Karena terjadi peningkatan sekresi berbagai hormone yang mempunyai efek metabolic terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan diabetogenik. Pasien-pasien yang mempunyai predisposisi diabetes secara genetic mungkin akan memperlihatkan intoleransi glukosa atau manifestasi klinis diabetes pada kehamilan.

d.) Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya. Dalam skala yang lebih kecil, ada beberapa kasus diabetes oleh syndrome genetic tertentu (perubahan fungsi sel beta dan perubahan fungsi insulin secara genetis), gangguan pada pancreas

yang didapati pada pecandu alcohol, dan penggunaan obat ataupun zat kimia. Beberapa kasus tersebut dapat memicu gejala yang sama dengan diabetes.

2.1.2.Etiologi

Sesuai dengan klasifikasi yang telah disebutkan sebelumnya maka penyebabnya pun pada setiap jenis dari diabetes juga berbeda. Berikut ini merupakan beberapa penyebab dari penyakit diabetes melitus:

1). Diabetes Melitus tipe I (IDDM)

a) Faktor genetic

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri; tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya DM tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

b). Faktor imunologi

Adanya respons otoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Yaitu otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

c). Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

2). Diabetes Melitus tipe II (NIDDM)

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin dengan Faktor resiko:

a). Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 th)

Sekitar 90% dari kasus diabetes yang didapati adalah diabetes tipe 2. Pada awalnya, tipe 2 muncul seiring dengan bertambahnya usia dimana keadaan fisik mulai menurun.

b). Obesitas

Obesitas berkaitan dengan resistensi kegagalan toleransi glukosa yang menyebabkan diabetes tipe 2. Hal ini jelas dikarenakan persediaan cadangan glukosa dalam tubuh mencapai level yang tinggi. Selain itu kadar kolesterol dalam darah serta kerja jantung yang harus ekstra keras memompa darah keseluruh tubuh menjadi pemicu obesitas. Pengurangan berat badan sering kali dikaitkan dengan perbaikan dalam sensitivitas insulin dan pemulihan toleransi glukosa.

c). Riwayat keluarga

Indeks untuk diabetes tipe 2 pada kembar monozigot hampir 100%. Resiko berkembangnya diabetes tipe 2 pada saudara kandung mendekati 40% dan 33% untuk anak cucunya. Jika orang tua menderita diabetes tipe 2, rasio diabetes dan nondiabetes pada anak adalah 1:1 dan sekitar 90% pasti membawa carrier diabetes tipe 2.

3). Diabetes gestasional (GDM)

Pada DM dengan kehamilan, ada 2 kemungkinan yang dialami oleh si Ibu:

a). Ibu tersebut memang telah menderita DM sejak sebelum hamil

b). Ibu mengalami/menderita DM saat hamil

4). Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom

lainnya a) Kelainan genetic dalam sel beta. B). Kelainan genetic pada kerja insulin, c). sindrom resistensi insulin berat dan akantosis nekrotikans

e) Penyakit endokrin seperti sindrom Cushing dan akromegali f).

Obat-obat yang bersifat toksik terhadap sel-sel beta, g). Infeksi

2.1.3. Patofisiologi

Sebagian besar gambaran patologik dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

- a. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel – sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300 – 1200 mg/dl.
- b. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
- c. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh. Pasien – pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal(konsentrasi glukosa darah sebesar 160 – 180 mg/100 ml), akan timbul glikosuria karena tubulus – tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa.

Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangren.

Manifestasi gangguan pembuluh darah yang lain dapat berupa : ujung kaki terasa dingin, nyeri kaki di malam hari, denyut arteri hilang,

kaki menjadi pucat bila dinaikkan. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen (zat asam) serta antibiotika sehingga menyebabkan luka sulit sembuh. Infeksi sering merupakan komplikasi yang menyertai KD akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan atau pengobatan dari KD.

2.1.4.Tanda dan Gejala

Keluhan umum pasien DM seperti poliuria, polidipsia, poliphagia pada DM umumnya tidak ada. Sebaliknya yang sering mengganggu pasien adalah keluhan akibat komplikasi degeneratif kronik terhadap pembuluh darah dan saraf. Pada DM lansia, terdapat perubahan patofisiologi akibat proses menua, sehingga gambaran klinisnya bervariasi dari kasus tanpa gejala sampai kasus dengan komplikasi yang luas. Keluhan yang sering muncul adalah gangguan penglihatan, karena katarak, rasa kesemutan pada tungkai serta kelemahan otot (neuropati perifer) dan luka pada tungkai yg sukar sembuh dengan pengobatan lazim. Menurut Supartondo, gejala-gejala akibat DM pada usia lanjut yang sering ditemukan adalah : a). Katarak, b). Glaukom, c). Retinopati, d). Gatal seluruh badan, e). PrurituVulvae, f) Infeksi bakteri kulit, g) Infeksi jamur di kulit, h). Dermatopati, i). Neuropati perifer, j). Neuropati visceral, k). Amiotropi, l). Ulkus Neurotropik, m). Penyakit ginjal, n). Penyakit pembuluh darah perifer, o). Penyakit koroner, p). Penyakit pembuluh darah otak, q). Hipertensi

2.1.5.Pemeriksaan Penunjang

Pada kasus Diabetes militus biasanya melakukan pemeriksaan penunjang seperti: Glukosa darah sewaktu, Kadar Glukosa darah puasa dan Tes Toleransi Glukosa Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl) seperti pada tabel dibawah ini:

Kadar glukosa darah sewaktu	Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Plasma vena	< 100	100-200	>200
Darah kapiler	<80	80-200	>200
Kadar glukosa darah puasa			
Plasma vena	<110	110-120	>126
Darah Kapiler	<90	90-100	>100

Teknik pemeriksaannya a) 3 hari sebelumnya makan seperti biasa, b). Kegiatan jasmani secukupnya, seperti yang biasa dilakukan, c). Puasa semalam, selama 10-12 jam, d). Kadar glukosa darah puasa diperiksa, e). Diberikan glukosa 75 gram atau 1,75 gram/kgBB, dilarutkan dalam air 250 ml dan diminum selama/dalam waktu 5 menit dan e). Diperiksa kadar glukosa darah 2 (dua) jam sesudah beban glukosa; selama pemeriksaan subyek yang diperiksa tetap istirahat dan tidak merokok. Sedangkan Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan : adalah a) Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/L); b). Glukosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L) dan c). Plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dl

2.1.6. Pengobatan Diabetes Mellitus

Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan teraupetik pada setiap jenis diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas klien. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes seperti: 1) Diet. 2). Latihan, 3). Pemantauan dan 4). Terapi serta (brunner and suddarth, 2002:)

2.1.7. Komplikasi Diabetes Mellitus

1) Komplikasi Akut

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah. Ada tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah: Hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom HHNK (juga disebut koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik). Komplikasi Akut meliputi : hiperglikemia, diabetik ketoacidosis (DKA), kondisi hiperosmolar hiperglikemik (HH) dan hipoglikemia.

2) Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang diabetes dapat menyerang semua sistem organ dalam tubuh. Komplikasi Kronis meliputi : Perubahan pada sistem kardiovaskular (PJK, hipertensi, stroke, penyakit pembuluh darah perifer, diabetik retinopati, diabetik nefropati, visceral neuropati dan komplikasi pada kaki).

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit. Dengan mempertimbangkan aspek bio, psiko, sosial dan spiritual yang komprehensif.

Asuhan keperawatan yang komprehensif dilaksanakan pada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien yang dilaksanakan secara bio, psiko, sosial dan spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

2.2.2. Pengkajian:

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien ((Nursalam, 2001). Kegiatan yang dilaksanakan dalam pengkajian adalah pengumpulan data dan merumuskan prioritas masalah. Pada pengkajian – pengumpulan data yang cermat tentang klien, keluarga, didapatkan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

1). Identita klien:

Merupakan data subyektif menurut yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independent tetapi melalui suatu sistem interaksi atau komunikasi seperti: **Nama** untuk mengenal dan mengetahui pasien sehingga penulisan nama harus jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan, **Umur**; dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko dalam menentukan dosis obat, skap yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap; **Agama** untuk memberikan motivasi dorongan moril sesuai dengan agama yang dianut; **Suku** untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari; **Pendidikan** Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman pengetahuan, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya; **Alamat** Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan melakukan kunjungan rumah; **Pekerjaan** untuk mengetahui status ekonomi keluarga, karena dapat mempengaruhi pemenuhan gizi pasien tersebut.

2). Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu akan didapatkan informasi apakah terdapat factor-faktor resiko terjadinya diabetes mellitus misalnya riwayat obesitas, hipertensi, atau juga atherosclerosis

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian pada RPS berupa proses terjadinya gejala khas dari DM, penyebab terjadinya DM serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji adanya riwayat keluarga yang terkena diabetes mellitus, hal ini berhubungan dengan proses genetic dimana orang tua dengan diabetes mellitus berpeluang untuk menurunkan penyakit tersebut kepada anaknya.

3) Pola Aktivitas

a) Pola Nutrisi

Akibat produksi insulin tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita.

b) Pola Eliminasi

Adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urine (glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan.

c) Pola Istirahat dan Tidur

Adanya poliuri, dan situasi rumah sakit yang ramai akan mempengaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, sehingga pola tidur dan waktu tidur penderita Pola Aktivitas. Adanya kelemahan otot – otot pada ekstermitas menyebabkan penderita tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan.

d) Pola persepsi dan konsep diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem).

e) Pola sensori dan kognitif

Pasien dengan diabetes mellitus cenderung mengalami neuropati / mati rasa pada kaki sehingga tidak peka terhadap adanya trauma.

f) Pola seksual dan reproduksi

Angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sek, gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme.

g) Pola mekanisme stres dan coping

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain – lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme coping yang konstruktif / adaptif.

4) Pengkajian Fisik

a) Keadaan Umum

Penilaian tingkat kesadaran seperti komposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi-coma, coma perlu dilakukan dengan menilai Glasglou coma Skil (GCS) melalui proses penilaian : Eye (4) mampu membuka mata secara spontan, verbal (5) mampu berkomunikasi secara baik, motorik (6) mampu menunjukkan tempat yang sakit dan dilanjutkan dengan pengukuran tekanan darah, biasanya pada khusus hipertensi tekanan darah systole 110 mmHg dan tekanan diastole diatas 80 mmHg (Haryanto & Rini, 2015), Nadi Meningkat pada arteri karotis, jugularis, pulsasi radialis; perbedaan denyut nadi atau tidak ada denyut nadi pada beberapa area seperti arteri popliteal, posterior tibia. (Udjianti, 2013)

b) Kepala Leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

c) Sistem integumen

Kaji Turgor kulit menurun pada pasien yang sedang mengalami dehidrasi, kaji pula adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

d) Sistem pernafasan

e) Adakah sesak nafas menandakan pasien mengalami diabetes ketoasidosis, kaji juga adanya batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi.

f) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis. Hal ini berhubungan erat dengan adanya komplikasi kronis pada makrovaskuler

g) Sistem urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih. Kelebihan glukosa akan dibuang dalam bentuk urin.

h) Sistem muskuloskeletal

Adanya katabolisme lemak, Penyebaran lemak dan, penyebaran masa otot, berubah. Pasien juga cepat lelah, lemah.

i) Sistem neurologis

Berhubungan dengan komplikasi kronis yaitu pada system neurologis pasien sering mengalami penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

5). Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa >120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

b) Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine : hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (++++).

c) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diabetes mellitus (Doenges, 1999) adalah :

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, kehilangan gastrik, berlebihan diare, mual, muntah, masukan dibatasi, kacau mental.
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral : anoreksia, mual, lambung penuh, nyeri abdomen, perubahan kesadaran : status hipermetabolisme, pelepasan hormon stress.
- 3) Risiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan perifer, perubahan sirkulasi, kadar gula darah yang tinggi, prosedur invasif dan kerusakan kulit.

2.2.4. Intervensi Dan Implementasi

Intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus (Doenges, 1999) meliputi :**Diagnosa I.** Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, kehilangan gastric berlebihan (diare, muntah) masukan dibatasi (mual, kacau mental).**Tujuan** : Kondisi tubuh stabil, tanda-tanda vital, turgor kulit, normal. **Kriteria Hasil** : Pasien menunjukkan adanya perbaikan keseimbangan cairan, dengan kriteria ; pengeluaran urine yang adekuat (batas normal), tanda-tanda vital stabil, tekanan nadi perifer jelas, turgor kulit baik, pengisian kapiler baik dan membran mukosa lembab atau basah.**Intervensi / Implementasi** :1) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah ortestastik.R/ Hipovolemia dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia.2) Kaji pola napas dan bau napas. dengan R/ Paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis.3) Kaji suhu, warna dan kelembaban kulit.R/

Demam, menggigil, dan diaferesis merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi. Demam dengan kulit yang kemerahan, kering, mungkin gambaran dari dehidrasi, 4). Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membran mukosa.R/ Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi atau volume sirkulasi yang adekuat.5). Pantau intake dan output. Catat berat jenis urine.R/ Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan dari terapi yang diberikan.6). Ukur berat badan setiap hari.R/ Memberikan hasil pengkajian yang terbaik dari status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam memberikan cairan pengganti.7). Kolaborasi pemberian terapi cairan sesuai indikasiR/ Tipe dan jumlah dari cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individual.

Diagnosa 2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insulin, penurunan masukan oral : anoreksia, mual, lambung penuh, nyeri abdomen, perubahan kesadaran : status hipermetabolisme, pelepasan hormon stress.Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam berat badan dapat meningkat dengan nilai laboratorium normal dan tidak ada tanda-tanda malnutrisi. Kriteria Hasil : Pasien mampu mengungkapkan pemahaman tentang penyalahgunaan zat, penurunan jumlah intake (diet pada status nutrisi), mendemonstrasikan perilaku, perubahan gaya hidup untuk meningkatkan dan mempertahankan berat badan yang tepat. Dengan Intervensi / Implementasi :1) Timbang berat badan setiap hari sesuai indikasi 2). R/ Mengetahui pemasukan makan yang adekuat. 3). Tentukan program diet dan pola makanan pasien dibandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. R/ Mengidentifikasi penyimpangan dari kebutuhan. 4) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual,muntah, pertahankan puasa sesuai indikasi.R/ Mempengaruhi pilihan intervensi. 5). Observasi tanda-tanda

hipoglikemia, seperti perubahan tingkat kesadaran, dingin/lembab, denyut nadi cepat, lapar dan pusing. R/ Secara potensial dapat mengancam kehidupan, yang harus dikali dan ditangani secara tepat.6). Kolaborasi dalam pemberian insulin, pemeriksaan gula darah dan diet.R/ Sangat bermanfaat untuk mengendalikan kadar gula darah.

Diagnosa 3 Risiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan perifer, perubahan sirkulasi, kadar gula darah yang tinggi, prosedur invasif dan kerusakan kulit.Tujuan : Infeksi tidak terjadi.Kriteria Hasil : Mengidentifikasi faktor-faktor risiko individu dan intervensi untuk mengurangi potensial infeksi.10. Pertahankan lingkungan aseptik yang aman. Intervensi / Implementasi1). Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka , sputum purulen, urin warna keruh dan berkabut. R/ Pasien masuk mungkin dengan infeksi yang biasanya telah mencetus keadaan ketosidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial.2). Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik, setiap kontak pada semua barang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.R/ Mencegah timbulnya infeksi nosokomial. 3). Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (seperti pemasangan infus, kateter folley, dsb).R/ Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman. 4). Pasang kateter / lakukan perawatan perineal dengan baik.R/ Mengurangi risiko terjadinya infeksi saluran kemih. 5). Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh. Masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen kering dantetap kencang (tidak berkerut).R/ Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit / iritasi dan infeksi. 6). Posisikan pasien pada posisi semi fowler.R/ Memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang, menurunkan

terjadinya risiko hipoventilasi.7). Kolaborasi antibiotik sesuai indikasi.R/
Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan pada pasien dengan diabetes mellitus adalah :
Kondisi tubuh stabil, tanda-tanda vital, turgor kulit, normal.

- 1) Berat badan dapat meningkat dengan nilai laboratorium normal dan tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
- 2) Infeksi tidak terjadi

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL STUDI KASUS

3.1.1. Gambaran umum Loksai Studi Kasus

Puskesmas Penfui terletak di kelurahan Penfui kecamatan Maulafa, dengan wilayah kerja tiga kelurahan (Penfui, Naimata dan Maulafa) dengan jumlah penduduk terus meningkat dari tahun 2018 20.533 jiwa. Puskesmas penfu memiliki data kesakitan terbanyak antara penyakit menular dan tidak menular seperti ISPA, Mialgia, hipertensi dan diabetes militus yang dikelola oleh berbagai tenaga kesehatan seperti Dokter umum 3 orang, dokter gigi 1 orang perawat umum 7 orang, perawat gigi 2 orang, bidan 12 orang, tenaga kesmas 2 orang, kesehatan lingkungan 3 orang, laboratorium 2 orang Gisi 2 orang dan tenaga farmasi 3 orang

3.1.2. Pengkajian

1) Biodata Klien

Pengkajian dilakukan oleh Tatok Winarto dengan auto anamnesis pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2019. Berawal dari puskesmas kemudian berlanjut di rumah keluarga Ny.I.T.H. Jln.Arbaru RT 14,RW 06, kelurahan Penfui.Data-data sebagai berikut .Nama Ny. I.T.H. Umur 54 tahun,Agama Katolik, Pendidikan terakhir SD, Jenis Kelamin Perempuan, status janda, suku bangsa, ende, pekerjaan IRT.

2) Riwayat Kesehatan

Keluhan utama pandangan mata kabur kurang lebih satu tahun yang lalu, gatal-gatal di seluruh tubuh, sering lapar,sering kencing,penurunan berat badan (BB),gengaman kurang kuat, nyeri pinggang dan sendi kaki,sehabis makan kacang dan kangkung,Ny I.T.H. mengatakan upaya yang dilakukan ialah pergi ke puskesmas untuk berobat,tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, riwayat alergi tidak ada, riwayat operasi tidak ada, kebiasaan merokok ada, kurang lebih 1 bungkus

1 tahun yang lalu, minum alkohol sopi satu hari satu sloki, tidak mengkonsumsi kopi dan obat-obatan lainnya.

3) Genogram

Ny.I.T.H. adalah anak ke lima dari pasangan Tn.G.S dan Ny.M. Dan mempunyai sembilan orang saudara perempuan dan dua orang saudara laki-laki,dimana saudaranya perempuan lima orang sudah meninggal dunia, dan kedua orang tuanya juga sudah meninggal dunia.Riwayat penyakit diabetes melitus baru di derita Ny. I.T.H. Mulai dari Kakek,Nenek dan Bapak,Mama juga Paman dan Bibinya Ny. I.T.H. Tidak ada yang menderita Diabetes Melitus. (Genogram terlampir).

4) Pemeriksaan Fisik

Hasil Pemeriksaan Tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/80 mmHg, pernapasan : 25 x/menit, Nadi : 76x/menit, Suhu Badan : 36,5°C.Pemeriksaan dari kepala, untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga, mulut, dan leher melakukan pemeriksaan dengan metode inspeksi dan palpasi saja. Inspeksi pada bagian rambut terdapat perubahan warna (uban), rontok, tidak ada lesi, tidak ada ketombe, dan tidak ada kutu. Pada mata, bentuk mata lebar, simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, penglihatan kabur ketajaman penglihatan berkurang hasil visus 4/4. Pada telinga simetris antara kiri dan kanan,bersih tidak ada cacat dan pendengaran baik. Pada hidung tidak ada mimisan, distribusi rambut rata dan bersih. Pada leher tidak tampak ada pembesaran kelenjar. Pada mulut membran mukosa kering,gigi tidak utuh, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan. Palpasi: pada rambut tidak ada rambut yang rontok saat dipalpasi, pada mata tidak ada bengkak dan nyeri disekitar mata. Pada telinga tidak ada nyeri di sekitar telinga. Pada hidung saat dipalpasi tidak ada bengkak dan nyeri. Pada leher tinggi vena jugularis 3 cm.

Pada sistem kardiovaskuler : pada dada: inspeksi bentuk dada normal, diameter anterior posterior transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat

pernapasan dada dan perut, ritme pernapasan eupnea, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris, perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan : ICS 7/8/ (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior, supraskapula (3-4 jari dipundak), auskultasi: suara napas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

Jantung : inspeksi : tampak denyut nadi daerah apeks, palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavikula kiri, perkusi batas jantung: batas atas pada ICS III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavikularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sisi sternum kanan, auskultasi : S1 terdengar bunyi lup pada ICS V sebelah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dup pada ICS II sebelah kanan sternum.

Abdomen, inspeksi : tidak ada asites, tidak ada ikterik, tidak ada pelebaran vena, kelainan umbilikus, auskultasi suara peristaltik normal terdengar 5-20 kali dengan durasi sekitar 1 menit, perkusi : batas hati dibagian bawah berada di tepi batas bawa tulang iga kanan. Batas hati bagian atas terletak antara sela tulang iga ke 5 sampai ke 7. Jarak batas atas dengan bawah hati berkisar 6-12 cm dan pergerakan bagian bawah hati pada waktu bernapas yaitu berkisar 2-3 cm, batas lambung tulang iga bagian bawah anterior dan bagian epigastrium kiri, batas ginjal perkusi sudut kostovertebral di garis skapular dengan sisi ulnar tangan kanan, palpasi : didapat hasil kuadran kanan atas terdapat organ hati, kuadran kanan bawah terdapat colon asending, kuadran kiri atas terdapat organ limpa, dan kuadran kiri bawah terdapat organ colon desenden, auskultasi bising usus dalam batas normal 5-30 x/menit.

Muskuloskeletal : superior : tidak ada deformitas, tidak ada edema, perfusi kapiler baik, tidak anemis, akral hangat, inferior : nyeri pada sendi

dan pinggul dengan skala nyeri 3 dan rasa kesemutan pada ujung jari kaki, tidak ada edema, perfusi kapiler baik, tidak anemis, akral hangat.

Pola kegiatan sehari-hari, pola makan 3x sehari, frekuensi makan sedang, nafsu makan baik, makanan pantangan, pepaya masak, banyak minum dalam sehari 3000 cc, tidak menyukai makan yang pedas, BB : 73 KG, TB: 149 CM, IMT = 32 berat badan turun, sebelum sakit 76 kg

Eliminasi: bak 2-3 kali sehari warna kuning, jumlah 2000 cc, bab 2 kali sehari, warna kuning, konsistensi lunak, olahraga dan aktifitas sehari-hari naik sepeda dan jalan kaki, dan olahraga dilakukan secara teratur, istirahat dan tidur malam jam 21-22, bangun jam 04.00 dan tidur siang jam 13-15, bangun jam 15.00, klien mudah terbangun, dan yang menolong untuk tidur ialah dengar musik.

Pola interaksi sosial : orang yang paling dekat ialah anak kandung, tidak pernah mengikuti organisasi sosial, keadaan rumah dan lingkungan bersih dan status rumah baik, cukup untuk ditempati terhindar dari bising, jika mempunyai masalah sering bercerita dengan orang terdekat, interaksi dengan keluarga sangat baik. Tiap minggu ke gereja dan aktif dalam organisasi keagamaan.

Data penunjang : GDA stik : 70-140, hasil pemeriksaan : tanggal 20 -05-2019 terakhir 256. Obat –obat yang dikonsumsi : piroksikam 2x1, koemetason 2x1, gliben 3x1, metformin 3x1.

3.1.3 Analisa Data

- 1) **Data subyektif** : Ny I.T.H. nyeri punggung dan sendi. **Data objektif** : Ny I.T.H. tampak menunjukkan mata yang kabur, wajah tampak tidak rileks, skala nyeri 3, tampak Ny.I.T.H. sering memegang daerah punggung. masalah gangguan rasa nyaman nyeri.
- 2) **Data Subjektif** : Ny.I.T.H. mengatakan susah mengendalikan pola makan, sering lapar. **Data Objektif** : data BB : 73 KG, TB: 149 CM , IMT : 32,9 masalah perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh.

- 3) **Data Subjektif** : Ny.I.T.H. mengatakan gengaman tidak kuat dan mengatakan mata kabur. **Data Objektif** : pemeriksaan visus mata 4/4. Masalah resiko jatuh.
- 4) **Data Subjektif** : Ny I.T.H.mengatakan gatal-gatal diseluruh badan,dan jarang kontrol gula darah ke puskesmas. **Data Objektif** : pemeriksaan gula darah tanggal 09 maret 2019: hasil 127 mg/dl,tanggal 20 mei 2019 : hasil 256 mg/dl.masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah.

3.1.4. Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan NANDA 2015)

Dalam studi kasus ini ditemukan 3 diagnosa keperawatan seperti : 1) Nyeri akut ; 2) Resiko ketidakstabilan glukosa darah ; 3) Resiko Jatuh,4) perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh.

3.1.5. Intervensi Keperawatan (Berdasarkan NOC dan NIC, 2013)

- 1) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan kode 00179 setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah normal. **NOC** : kadar gluosa darah (2300): glukosa darah dari skala 2 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal)ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal),keparah hiperglikemia (2111): peningkatan glukosa darah dari skala 2(berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan), manajemen diri (1619): memantau glukosa darah dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan).**NIC**: Manajemen hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah,2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia,3.dorong asupan cairan oral,4. Review kadar glukosa pasien/keluarga,5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral (metformin), kode 5614. Manajemen berat badan 1. Diskusikan dengan pasien menenai hubungan antara makanan dan penurunan BB,2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan,3. Hitung BBI, kode 5612, pengajaran: peresepan Latihan 1. Nilai tingkat pengetahuan pasien (senam kaki diabetik),2. Informasikan pasien

mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang dianjurkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan.

- 2) Nyeri Acute dengan kode 00132 **NOC** : Mobilitas : mobilitas fisik individu dan gejala sisa dari pergerakan dibatasi ditingkatkan dari 2 ke 4 (ringan) dengan indicator : 210201 nyeri yang dilaporkan. **NIC** : Fisiologi dasar, kelas E: Peningkatan kenyamanan fisik, kode 1400 manajemen nyeri, 1. Gunakan strategi komunikasi terapeutik, 2. Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, 3. Observasi adanya petunjuk non verbal, 4. Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan dan memperberat nyeri, 5. Berikan informasi mengenai nyeri, 6. Pilih dan implementasi tindakan farmakologi, 7. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, musik, bermain, kompres dan napas dalam), 8. Dukung istirahat tidur untuk mengurangi nyeri. Evaluasi ketidakefektifan dari pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian.
- 3) Resiko Jatuh dengan kode 00155. **NOC** : kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk : **NIC** a) gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerja sama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan , b) mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan, c) sarankan alas kaki yang aman (tidak licin), d) dorong aktifitas fisik pada siang hari (menyapu, menyiram, bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan), e) pasang palang pegangan kamar mandi.
- 4) Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh. **NOC** : kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien

mampu untuk : a) manajemen nutrisi, b) pendidikan diet, c) konseling nutrisi.

3.1.6. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrom sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Yogiantoro,2006).

Hari pertama : dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu : **diagnosa keperawatan 1 resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah** : jam 09.00 mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, jam 09.15. memonitor tanda dan gejala hiperglikemi, dan memonitor kadar glukosa darah. **Diagnosa keperawatan 2 nyeri akut** : jam 10.00 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, Jam 10.15. mengobservasi respon non verbal, yaitu raut wajah pasien dan postur tubuh dan menggali faktor yang meringankan maupun memperberat nyeri dan memberikan informasi terkait nyeri. **Diagnosa keperawatan 3 resiko jatuh**. Jam 12.00 : mengkaji riwayat jatuh. **Diagnosa 4 perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh**, anjurkan klien untuk mengatur pola makan dalam bentuk porsi kecil dalam waktu tertentu

Hari kedua: dilakukan pada tanggal 18 juli 2019 yaitu : **diagnosa keperawatan 1** resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah : jam 09.00 mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, jam 09.15. memonitor tanda dan gejala hiperglikemi, dan memonitor kadar glukosa darah, dan menganjurkan untuk rutin minum obat (metformin 3x1) sesuai advis dokter. **Diagnosa keperawatan 2** nyeri akut : jam 10.00 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, Jam 10.15. mengobservasi respon non verbal, yaitu raut wajah pasien dan postur

tubuh dan menggali faktor yang meringankan maupun memperberat nyeri dan memberikan informasi terkait nyeri dan ajarkan teknik relaksasi sebagai terapi non farmakologi. **Diagnosa keperawatan 3** resiko jatuh. Jam 12.00 : mengkaji riwayat jatuh, anjurkan untuk menggunakan alas kaki anti selip dan mengajarkan teknik senam kaki diabetik. **Diagnosa 4 perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh**, jam 12.15. anjurkan klien untuk mengatur pola makan dalam bentuk porsi kecil dalam waktu tertentu

3.1.7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Yogiantoro, 2006). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan. Pada hari Kamis 18 Juli 2019 jam 09.00 **diagnosa 1 resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah : S:** pasien mengatakan rutin minum obat, tidak sering kencing pada malam hari, tidak merasa lapar dan haus berlebih, tidak makan makanan manis, dan sering melakukan SKD sebelum tidur. **O :** keadaan umum baik, kesadaran CM, GCS 15 (E4V5M6), BB : 73 Kg, GDS : 211 mg/Dl. TD : 120/80 mmHg, Nadi : 80 x/mnt Suhu : 37 °c, pasien dapat merobek koran menjadi 8 bagian, dalam membuat bola kaki kiri lebih cepat dari kaki kanan, pasien dapat menawali dan mengakhiri latihan SKD dengan baik. **A :** masalah belum teratasi **P :** intervensi di hentikan dan pasien di anjurkan untuk tetap melakukan SKD. **Diagnosa 2 nyeri akut : S :** Klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul saat beraktifitas, nyeri tidak menjalar hanya berpusat pada pinggang dan punggung dan persendian, skala nyeri 2 (nyeri ringan) **O :** keadaan umum baik, wajah tampak rileks. **A :** Masalah nyeri teratasi sebagian **P :** intervensi dihentikan dan anjurkan untuk melakukan SKD di rumah setiap pagi dan malam sebelum tidur. **Diagnosa 3 resiko jatuh : S :** Pasien mengatakan telah mengetahui teknik jatuh yang benar. **O :** pasien

menggunakan alas kaki anti selip. **A** : masalah tidak akan terjadi. **P** : intervensi dihentikan dan menganjurkan tetap menggunakan alas kaki yg tidak licin dan lantai dalam keadaan kering. **Diagnosa 4 perubahan nutrisis lebih dari kebutuhan tubuh** : **S** : Pasien mengatakan sudah mulai makan dengan porsi sedikit tapi sering. **O** : data BB : 73 KG, TB: 149 CM, IMT : 32,9 **S** : pasien mengatakan mulai makan dalam porsi kecil **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi di hentikan dan memotifasi pasien untuk terus makan dalam porsi kecil.

3.2. Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada Asuhan keperawatan pada Ny.I.T.H. dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Puskesmas Penfui. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan selama 3 hari mulai tanggal 16-18 juli 2019, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny.I.T.H. Mengalami sakit sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tanggal 16 juli 2019 pada Ny.I.T.H. mengatakan nyeri persendian, nyeri punggung, genggaman kurang kuat, dan meringis kesakitan, skala

nyeri 3, tampak Ny.I.T.H. sering memegang daerah pinggul, dan penglihatan kabur, Ny.I.T.H. juga mengatakan sejak menderita penyakit diabetes melitus sering lapar dan susah mengendalikan pola makan.

Pada kasus Ny.I.T.H. didapati data meliputi : GDA 256 mg/Dl, tidak ada pemeriksaan penunjang, tau tentang diabetes melitus tetap tidak mengetahui cara pencegahannya. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan NANDA (2015-2017)

Berdasarkan teori NANDA (2015), diagnosa keperawatan ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami penyakit diabetes melitus. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah kode : 00179, nyeri akut kode : 000132, Resiko Jatuh. Kode : 00155 dan perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh. Hasil pengumpulan data yang dilakukan terhadap Ny.I.T.H. pada tanggal 16 juli 2019 di puskesmas penfui tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa 1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kode : 00179, NOC domain II: Kesehatan fisiologi. Kelas AA-Respon Terapeutik : reaksi sistemik individu terhadap perawatan agen maupun metode pengobatan yang diberikan ditingkatkan dari 2 sampai 4 (kisaran normal) dengan indikator: kode 2120 manajemen hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah. 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Review kadar glukosa pasien/keluarga, 5. Intruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, kode 5614. Manajemen berat badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI. Kode 5612 pengajaran : peresapan latihan. 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik), 2. Informasikan pasien

mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan.

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. I.T.H. Semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan tanggal 16 juli 2019-18 juli 2019.

Untuk diagnosa 1 Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah implementasinya adalah : manajemen hiperglikemia. 1. Memonitor kadar glukosa darah, 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, 3. Mendorong asupan cairan oral, 4. Mereview kadar glukosa pasien/keluarga, 5. Menginstruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Manajemen Berat Badan 1, mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Mengkaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Menghitung BBI, Pengajaran : persiapan latihan 1 : menilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kakai diabetik), 2. Menginformasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan 4. Menginstruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Menginstruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan.

Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan, sehingga peneliti tidak menemukan kesenjangan antara intervensi dan implementasi.

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Yogiantoro (2006). Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati). Evaluasi adalah respon pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian kontrol proses keperawatan, melalui mana status pernyataan diagnostik pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan atau memerlukan perbaikan (Doenges,2000).

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. I.T.H. Sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa 1 Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah , masalah belum teratasi karena,GDS : 211 mg / dl, . Untuk diagnosa 2 Nyeri Acute,. Masalah teratasi sebagian karena klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul bila bekerja,nyeri tidak menjalar dan berpusat di persendian dan punggung,skala nyeri 2 (nyeri ringan), untuk diagnosa 3 Resiko Jatuh, masalah tidak terjadi karena pada evaluasi pasien tidak terjatuh, diagnosa 4 perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh,masalah belum teratasi karena BB 73 Kg belum turun.

3.3. Keterbatasan dalam Penulisan

Keterbatasan waktu dimana melakukan studi kasus hanya sampai dua hari sehingga masalah tidak dapat diatasi secara tuntas, adanya keterbatasan sumber untuk mengerjakan studi kasus ini

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

4.1.1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny.I.T.H. Mengalami sakit sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tanggal 16 juli 2019 pada Ny.I.T.H. mengatakan nyeri persendian, nyeri punggung, genggaman kurang kuat, dan meringis kesakitan, sekala nyeri 3 tampak Ny.I.T.H. sering memegang daerah pinggul, dan penglihatan kabur pemeriksaan visus 4/4, Ny.I.T.H. juga mengatakan sejak menderita penyakit diabetes melitus sering keram dan kesemutan pada ujung jari kaki. Pada kasus Ny.I.T.H. didapati data meliputi : pemeriksaan GDA 256 mg/Dl, tidak ada pemeriksaan penunjang, tau tentang diabetes melitus tetapi tidak mengetahui cara pencegahannya. Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

4.1.2. Diagnosa

Berdasarkan teori NANDA (2015), diagnosa keperawatan ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami penyakit diabetes melitus. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah kode : 00179, nyeri akut kode : 000132, Resiko Jatuh. Kode : 00155. Hasil pengumpulan data yang dilakukan terhadap Ny.I.T.H. pada tanggal 16 juli 2019 di puskesmas penfui tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek (sesuai teori sebanyak 4 diagnosa keperawatan)

Diagnosa 1. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kode : 00179, NOC domain II: Kesehatan fisiologi. Kelas AA-Respon Terapeutik : reaksi sistemik individu terhadap perawatan agen maupun metode pengobatan yang diberikan ditingkatkan dari 2 sampai 4 (kisaran normal) dengan indikator: kode 2120 manajemen hiperglikemia 1. Monitor

kadar glukosa darah. 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Review kadar glukosa pasien/keluarga, 5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, kode 5614. Manajemen berat badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI. Kode 5612 pengajaran : peresepan latihan. 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik), 2. Informasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan. PEMBAHASAN : Rencana keperawatan untuk diagnosa I-III yang ditemukan penulis sudah sesuai dengan yang tertera di teori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata.

4.1.3. Intervensi

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. I.T.H. Semua intervensi dilakukan sesuai teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Monitor kadar glukosa darah. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, Dorong asupan cairan oral, Review kadar glukosa pasien/keluarga dan kesimpulan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata.

4.1.4. Implementasi

Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan tanggal 16 juli 2019-18 juli 2019. Untuk diagnosa Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah implementasinya adalah : manajemen hiperglikemia. 1. Memonitor kadar glukosa darah, 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, 3. Mendorong asupan cairan oral, 4. Mereview kadar glukosa pasien/keluarga, 5. Menginstruksikan pada pasien mengenai penggunaan

obat oral, Manajemen Berat Badan 1, mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Mengkaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Menghitung BBI, Pengajaran : persiapan latihan 1 : menilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kakai diabetik), 2. Menginformasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihanm4. Menginstruksikan pasien melakukan latihan yang , 5. Menginstruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan. Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan, sehingga peneliti tidak menemukan kesenjangan antara intervensi dan implementasi.

4.1.5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. I.T.H. Sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatan 1 Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, masalah belum teratasi karena BB 73 Kg, GDS : 211 mg / dl, . Untuk diagnosa keperawatan 2 Nyeri Acute, Masalah teratasi sebagian karena klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul bila bekerja, nyeri tidak menjalar dan berpusat di persendian dan punggung, skala nyeri 2 (nyeri ringan), untuk diagnosa keperawatan 3 Resiko Jatuh, masalah tidak terjadi karena pada evaluasi pasien tidak terjatuh. diagnosa 4 perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, teratasi sebagian karena berat bada pasien masih belum turun yaitu 73 kg.

4.2. Saran

1) Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global

2) Bagi Pelayanan Kesehatan

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Diabetes Melitus

3) Untuk Penulis

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik ketrampilan dan pengalaman.

DAFTAR PUSTAKA

American Diabetes Association,(2007), “Standards of Medical Care in Diabetes 2017”. Vol. 40. USA : ADA

Brunner & Suddarth,2000. Buku Ajar Keperawatan Medikal- Bedah. Terjemahan Suzanne C.Smeltzer. edisi 8. Vol 8. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Brunner & Suddarth,2015. Buku Ajar Keperawatan Medikan Bedah. Terjemahan Suzanne C.Smeltzer. edisi 9. Vol 9. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Kementerian Kesehatan RI.2011.Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta : Pusat Data Informasi.Pdf

Bare, Suzanne 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikan Bedah Brunner & Suddarth (Ed.8,Vol,1,2),Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk),EGC, Jakarta.

Craven & Hirnle .2000. Fundamentals of Nursing. Philadelfia : Lippincott

International Diabetes Federation (IDF).2015.IDF Diabetes Atlas – 7 th Edition.
www.diabetesatlas.org

Kemenkes RI.2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS,Jakarta : Balitbang Kemenkes RI

PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015 *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC.*

Profil Kesehatan NTT 2013 Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.
Smeltzer, Suzanne C. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Burnner and Suddarth.* Ed. 8. Vol.3. Jakarta: EGC.

Telly Margaretha,dkk. 2015. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Kupang. Lima Bintang.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : Tatok winarto
Mahasiswa
NIM : PO5303200181240

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny I.T.H.
Ruang/Kamar : -
Diagnosa : DM
Medis
No. Medical :
Record
Tanggal : 15 juli 2019
Pengkajian Ja : 10 00
m Witta
Masuk Rumah : -
Sakit Ja : -
m

Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny I.T.H
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur/Tanggal Lahir : 54 Th
Status Perkawinan : Janda
Agama : Kristen Katolik
Suku Bangsa : Ende
Pendidikan Terakhir : SD
Pekerjaan : wiraswasta
Alamat : Air baru Rt 14,
Rw 05

Identitas Penanggung

Nama : Pekerjaan :
Jenis Kelamin : Hubungan dengan klien :
Alamat :

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama Pandangan mata kabur
 - Kapan : Mulai 1 Th yang lalu
 - Lokasi : ke dua mata
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : 1 Th yang lalu
 - Sifat keluhan : Meningkatkan
 - Lokasi : Kedua mata
 - Keluhan lain yang menyertai : Nyeri pergelangan kaki, sering kencing malam hari
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Nyeri kaki timbul apabila habis makan kacang-kacangan
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) Keluhan sering kencing pada malam hari
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan Berobat ke Puskesmas
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan,
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**
 - Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis, Waktu,
Cara Mengatasi :
 - **Tidak**

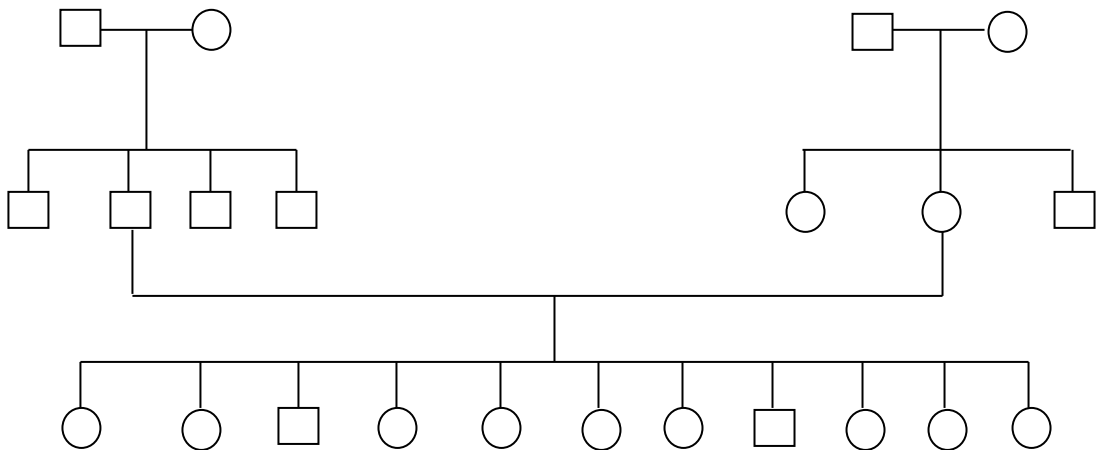
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis, Waktu
 - **Tidak**

4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
- Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
- Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah:, waktu
 - **Tidak**

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 110/80 MmHg - Nadi : 76 x/ mnt
- Pernapasan : 25 x / mnt - Suhu badan : 36,7 cl
- Kepala :
 - Sakit kepala : Tidak Pusing : Tidak
 ya **tidak**
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan
- Penglihatan :
 - Konjungtiva:
 - Sklera:
 - Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Nyeri : **tidak**
 - Peradangan : **tidak**
 - Operasi : **tidak**
 - Jenis :
 - Waktu
 - Tempat
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Gigi seri dan taring tanggal

- Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

2. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Compos Mentis
 - Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : **normal**
 - Bibir : sianosis **normal**
 - Kuku : sianosis **normal**
 - Capillary Refill : Abnormal **normal**
 - Tangan : Edema **normal**
 - Kaki : Edema **normal**
 - Sendi : Edema **normal**
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba **tidak teraba**
- Vena jugularis : **Teraba** tidak teraba
- Perkusi :
- pembesaran jantung : tidak
- Auskultasi :
 - BJ I : Abnormal **normal**
 - BJ II : Abnormal **normal**
- Murmur :

3. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) **tidak**
 - Irama Napas : **teratur** tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
 - Udara : Ya **tidak**
 - Massa : Ya **tidak**
- Auskultasi :
 - Inspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ekspirasi : **Normal** Abnormal

- Ronchi : Ya tidak
- Wheezing : Ya tidak
- Krepitasi : Ya tidak
- Rales : Ya tidak

Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

4. Sistem Pencernaan

a. Keluhan :

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
- Keadaan bibir : **lembab** kering
- Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : Merah muda
Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**
Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**
Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**
- Keadaan abdomen
Warna kulit : Coklat
Luka : Ya, Jelaskan **tidak**
Pembesaran : Abnormal, Jelaskan
normal
- Keadaan rektal
Luka : Ya, Jelaskan **tidak**
Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**
Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**
Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... **tidak**

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan **normal**

Nyeri : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

5. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : Tidakada

- b. Tingkat kesadaran: Compos mentis GCS (E/M/V): 4,5,6
- c. Pupil : Isokor
 anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal
6. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan :
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak
 ada
- c. Nyeri otot : ada tidak ada
- d. Nyeri Sendi : **ada** tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hiperthropi normal
- | | | |
|---|---|--|
| 3 | 5 | |
| | | |
| | | |
| 5 | 4 | |
7. Sistem Integumentari
- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Turgor : Normal Warna :
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: Tidak ada
8. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan : kencing menetes ii ontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
 nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine :

- e. Intake cairan : oral : 3000 cc/hr parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal, sebutkan.....
- g. Uretra : **Normal** hipospadia/Epispadia
Lain-lain :

9. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- c. Lain – lain :

10. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : Normal
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan
 - Riwayat Persalinan: Persalinan normal
 - Abortus: Tidak pernah
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: Tidak ada

11. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : 3 x sehari
- Frekuensi makan : Sedang
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Pedas
- Makanan yang disukai : Sayur daun pepaya
- Banyaknya minuman dalam sehari : 3000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : buah pepaya
- BB : 73kg TB : 149 cm

- Kenaikan/Penurunan BB: 3 kg, dalam waktu: 1Th
2. Perubahan selama sakit : pola berubah karena porsi nasi di kurangi, pakai gula deabetasol dan minum susu Diabetasol
- B. Eliminasi
1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 6 - 7 x,	Warna : kuning jernih
Bau : Amoniak	Jumlah/ hari : 2000-2500 cc
 - b. Perubahan selama sakit : bila hari sering kencing 2-3 x semalam
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : tiap pagi hari

Warna : kuning	Frekuensi dalam sehari : 1 x
Konsistensi : Lunak	Bau : Khas
 - b. Perubahan selama sakit : tidak ada
- C. Olah raga dan Aktivitas
- Kegiatan olah raga yang disukai : bersepeda
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : jarang jarang
- D. Istirahat dan tidur
- Tidur malam jam : 21 00
Bangun jam : 04 00
 - Tidur siang jam : 12 00
Bangun jam : 14 00
 - Apakah mudah terbangun : mudah terbangun karena kebisingan
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : mendengarkan musik

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih
 - Status rumah : milik sendiri
 - Cukup / tidak : Cukup
 - Bising / tidak: bising karena dekat dengan bandara eltari (suara pesawat)
 - Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : di bicarakan dengan anak
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : di musyawarahkan dengan anak

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : tiap hari minggu pergi ke gereja
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : penyakitnya di sebabkan karena polamakan yg kurang sehat sewaktu masih muda
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : kesehatan sekarang makin menurun
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : sangat baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			19/1/19	29/1/19	9/3/19	16/5/19	20/5/19
1	GDP	70-140	165	142	127	248	256

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

-

 c. Cholescystogram :

 d. Foto colon :

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy :

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan
 (pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

- Obat

Metformin	3 x 1 tab
Peroxikam	2 x 1 tab
Kalmetason	2 x 1 tab

- Lain-lain

.....

.....

.....



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG




Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Tatok Winarto
NIM : PO.5303201181240
NAMA PEMBIMBING : Dr. Rafael Paun, SKM.M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	Selasa, 12-07-2019	Konsultasi Studi Kasus di Puskesmas Penfui Kupang	
2	Jumat, 15-07-2019	Ujian Praktek dan Konsultasi Studi Kasus di Puskesmas Penfui Kupang	
3	Rabu, 17-07-2019	Konsultasi Bab I Studi Kasus di Puskesmas Penfui Kupang	
4	Kamis, 18-07-2019	Konsultasi Bab II Studi Kasus di Puskesmas Penfui Kupang	
5	Rabu, 23-07-2019	Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah	
6	Kamis, 24-07-2019	Konsultasi Perbaikan Bab I,	
7	Jumat, 25-07-2019	Konsultasi perbaikan Bab II	
8	Senin, 29-07-2019	Konsultasi Perbaikan Bab III	

9	Selasa 30-07-2019	Konsultasi Perbaikan Bab IV	
10	Rabu, 31-07-2019	ACC Jilid Karya Tulis	