

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. B. L. DENGAN
DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ONEKORE ENDE**



OLEH:

FLORENTINA V. B. LAMAK
NIM. PO530320218038

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN ENDE**

2021

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. B. L DENGAN
DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ONEKORE ENDE**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH:

FLORENTINA V. B. LAMAK
NIM. PO530320218038

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Florentina Vinsensia B. Lamak

NIM : PO. 530320218038

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa
Medis Diabetes Melitus di Puskesmas Onekore.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, Oktober 2021
Yang Membuat Pernyataan



Florentina Vinsensia B. Lamak
NIM. PO.530320218038

LEMBAR PERSETUJUAN

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ONEKORE ENDE**

OLEH:

FLORENTINA V. B. LAMAK
NIM. PO.530320218038

**Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui
Oleh Pembimbing untuk iujikan**

Ende, 28 September 2021

Pembimbing



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep. Ns., M.Kes
NIP. 19690409 198903 2 002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

**STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIK DIABETES MELITUS
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ONEKORE ENDE**

OLEH:

FLORENTINA V. B. LAMAK
NIM. PO530320218038

**Hasil Studi Kasus Ini Telah Dujikan Dan Dipertanggungjawabkan
Pada Tanggal 4 Oktober 2021**

Penguji

Ketua



Martina Mbedho, SST., M., Kes
NIP. 19600627 198503 2 001

Anggota



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19690409 198903 2 002

Disahkan Oleh:

↳ Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Proposal dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.B.L Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Puskesmas Onekore”** dengan baik. Dalam menyelesaikan Proposal ini, tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai tepat waktunya. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Ragu Harming Kristina, SKM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Arkadius Domingo Amd.Kep selaku kepala Puskesmas Onekore Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di puskesmas Onekore Ende.
4. Yustina P. M. Paschalia, S.Kep. Ns., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Proposal ini.
5. Martina Bedho, SST., M.Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Proposal ini menjadi lebih baik.

6. Kedua orang tua tercinta dan seluruh keluarga atas semua do'a dan dukungan baik moril maupun materi kepada penulis, selama menempuh pendidikan di bangku perkuliahan.
7. Ny. B. L, yang telah bersedia untuk dijadikan subjek dalam mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman satu bimbingan yang telah bersama-sama penulis dan kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga mendapat pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, Agustus 2021

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Program Studi DIII Keperawatan Ende
Juni, 2021

Asuhan Keperawatan Pada Ny. B. L. Dengan Diagnosa Medis Diabets Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore

Florentina Vinsensia B. Lamak⁽¹⁾
Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes⁽²⁾

Diabetes Melitus(DM) adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. Pada tahun 2019 menyebutkan sekitar 9,3% orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 10,2% di tahun 2030an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tnpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 035 mningkat menjadi 600 juta penderita. Studi kasus ini bertujuan untuk melaksanakan Asuhan keperawatan pada Ny. B. L. dengan Diagnose medis

Diabetes Melitus melalui pendekatan proses keperawatan di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore. Metode penulisan studi kasus meliputi observasi, wawancara, konsultasi, dan kepustakaan.

Hasil studi kasus pada Ny. B. L ditemukan bahwa masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Gangguan pola tidur berhubungan dengan krisis situasional, Intervensi dan implementasi dilakukan selama 3 hari dua masalah teratasi. Semua intervensi telah dilaksanakan berkat kerja sama klien dan keluarga. Disimpulkan bahwa pada pengkajian dan analisa data telah ditentukan masalah kesehatan Ny. B. L dengan Diabetes Melitus, TTV : TD : 110 / 80, S : 36,5⁰ C, N : 112 X / mnt, RR: 24 X / mnt. kesadaran composmentis, tidak ada bunyi nafas tambahan, setelah dilakukan intervensi keperawatan Nyeri akut teratasi dan bisa mengatur pola tidur, pencegahan dan pengobatan pada klien Diabetes Melitus.

. Saran: bahawa diabets melitus merupakan penyakit yang disebabkan hiperglikemia dan disarankan bagi puskesmas dapat terus memberikan memperhatikan pasien DM dapat bimbingan kesehatan khususnya kepada keluarga untuk melakukan perawatan, dan Penderita Diabetes Melitus perlu menjaga perilaku hidup sehat dengan mengkonsumsi makanan sehat dan bergizi, kepatuhan pengobatan, perlu adanya pengawasan minum obat DM.

Pustaka : 28 buah (1995 – 2020)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus

Keterangan : (1) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Health Polytechnic of Kupang Ministry of

Health

Ende . Nursing DIII Study Program June, 2021

Nursing Care for Mrs. B. L. With Medical Diagnosis Diabetes Mellitus in the Work Area of the Onekore Health Center

Florentina Vinsensia B. Lamak⁽¹⁾
Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes⁽²⁾

Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia (increased glucose levels) due to a lack of the hormone insulin, decreased insulin effect or both. In 2019, around 9.3% of adults had diabetes, a 4-fold increase from 10.2% in the 2030s. If there are no preventive measures, this number will continue to increase without any decrease. It is estimated that in 035 it will increase to 600 million sufferers. This case study aims to carry out nursing care for Ny. B.L. with medical diagnosis

Diabetes Mellitus through a nursing process approach in the Onekore Health Center Work Area. Case study writing methods include observation, interviews, consultation, and literature.

The results of the case study on Mrs. B. L found that the problem of acute pain related to physiological injury agents, disturbed sleep patterns related to situational crises, intervention and implementation were carried out for 3 days, two problems were resolved. All interventions have been implemented thanks to the cooperation of the client and family. It was concluded that in the assessment and analysis of the data, it was determined that Mrs. B. L with Diabetes Mellitus, family does not use a mask, TTV : BP : 110 / 80, S : 36.50 C, N : 112 X / min, RR: 24 X / min. composmentis awareness, no additional breath sounds, after nursing intervention Acute pain is resolved and can regulate sleep patterns, prevention and treatment of Diabetes Mellitus clients.

Suggestion: that diabetes mellitus is a disease caused by hyperglycemia and it is recommended that health centers can continue to pay attention to DM patients and receive health guidance, especially to families for treatment, and Diabetes Mellitus sufferers need to maintain healthy lifestyle behaviors by consuming healthy and nutritious food, medication adherence, need monitoring of taking DM drugs.

Libraries: 28 pieces (1995 – 2020)

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus

Description: (1) Ende Nursing D III Study Program

(2) Ende Nursing D III Study Program Lecturer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
COVER DALAM	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan	3
D. Manfaat Penulisan	5
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Teoritis Diabetes Mellitus	6
B. Konsep Masalah Keperawatan Menurut SDKI	26
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	33
BAB III: METODE STUDI KASUS	36
A. Desain Studi Kasus	36
B. Subyek Studi Kasus	36
C. Defenisi Operasional	36

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	36
E. Prosedur Studi Kasus.....	37
F. Teknik Pengumpulan Data	37
G. Instrumen Pengumpulan Data	38
H. Keabsahan Data	38
I. Analisis Data.....	39
BAB IV: HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	40
A. Hasil Studi Kasus.....	40
B. Pembahasan	67
BAB V: PENUTUP	68
A. Kesimpulan.....	68
B. Saran	69

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1: Defenisi Operasional.....	36
--------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	17
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Konsultasi

Lampiran 2: Daftar Riwayat hidup

Lampiran 3: SAP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja sekresi insulin. Salah satu tipe diabetes melitus yaitu, merupakan penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak dapat menghasilkan hormon insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak efektif menggunakan insulin yang digunakan (Medikayanti, W. 2017).

Berdasarkan data International Diabetes Melitus (IDDM) tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM). DM tipe 2 terjadi karena sel β pankreas menghasilkan insulin dalam jumlah sedikit atau mengalami peningkatan insulin. Jumlah penderita DM tipe 1 sebanyak 5-10% dan DM tipe 2 sebanyak 90-95% dari penderita DM di seluruh dunia (ADA, 2020). *International diabetes federation* (IDF) prevelensi DM.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2019 diperkirakan 9,3% dan pada tahun 2030 naik menjadi 10,2%. Sementara itu, hampir setengah dari populasi orang dewasa di Amerika menderita Diabetes Melitus (ADA, 2019). Menurut Kemenkes RI (2018), Diabetes Melitus diperkirakan akan terus meningkat sekitar 600 juta jiwa pada tahun 2035. Berdasarkan survei data yang didapatkan sebanyak 44.78 pada daerah Nusa Tenggara

Timor sendiri mencapai angka 0,86% dari beberapa Kabupaten / Kota merupakan urutan ke 16 penderita Diabetes Melitus, di kabupaten Ende sendiri pada tahun 2018 mencapai 0,6% dari 22 kabupaten di propinsi NTT. Puskesmas Onekore jumlah kasus DM tahun 2019 mencapai 0,25% kasus selanjutnya pada tahun 2020 meningkat menjadi 11,34% kasus (Puskesmas Onekore, 2020).

Upaya penanganan diabetes melitus (*diabetic foot*) adalah pencegahan terhadap penyakitnya dilakukan melalui edukasi, deteksi dini faktor risiko Penyakit Tidak Menular (PTM), dan tatalaksana sesuai standar. Asuhan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut dengan penatalaksanaan perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh melalui pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus. Perawatan individu dengan mengontrol glukosa yang tinggi, atau darah puasa terganggu. Diabetes pada dasarnya terdiri dari komponen utama, yaitu penggunaan pola makan, aktivitas fisik, konseling nutrisi, manajemen berat badan, perawatan kulit, perawatan luka di kaki dan penggunaan alas kaki yang dapat melindungi, manajemen hiperglikemia dan hipoglikemia, kontrol infeksi (Rahmawati, 2017).

Selain itu perawat berperan memonitor perawatan, peran perawat sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah tersebut perawat juga mampu untuk menjelaskan tentang *nursing system*, pemenuhan kebutuhan *self*

carepasien yang bisa dilakukan oleh perawat, pasien sendiri, ataupun keduanya. pada perwatan diharapkan memilih *supportve compensatory* dalam bentuk memandu, mengarahkan, mengajar dan mendidik kesehatan bagi penderita diabetes yang beresiko ulkus kaki diabetes (Arianti, 2012)

Oleh karena alasan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus di Puskesmas Onekore Kecamatan Ende Tengah Kabupaten Ende”?

C. Tujuan Studi Kasus

Berdasarkan uraian-uraian latar belakang, maka dapat dirumuskan permasalahan yang diangkat peneliti ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus Di Puskesmas Onekore”

1. Tujuan Umum

Penulis dapat melakukan asuhan keperawan pada pasien Diabetes Mellitus di wilayah kerja Puskesmas Onekore Kecamatan Ende Tengah Kabupaten Ende

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari studi kasus ini antara lain :

Melakukan pelaksanaan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medik Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Onekore.

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami masalah Diabetes Melitus di puskesmas Onekore kecamatan Ende Tengah Kab. Ende
- b. Menyusun diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus di puskesmas Onekore kecamatan Ende Tengah Kab. Ende
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus di puskesmas Onekore kecamatan Ende Tengah Kab. Ende
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien yang mengalami masalah Diabetes Melitus di puskesmas Onekore kecamatan Ende Tengah Kab. Ende
- e. Melakukan evaluasi keperawatan kepada klien yang mengalami masalah Diabetes Mellitus
- f. Menganalisa kesenjangan pada klien yang mengalami masalah Diabetes Melitus.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk:

1. Keluarga dan Pasien

Bagi pasien dan Keluarga Pasien dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang bagaimana cara merawat pasien dengan Diabetes Melitus.

2. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai informasi dalam mengembangkan kekhasan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan yang berhubungan dengan penemu kebutuhan pada pasien Diabetes Melitus.

3. Penulis.

Merupakan pengetahuan yang berguna dalam rangka menambah wawasan keilmuan melalui studi kasus di lapangan.

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Bio Medis

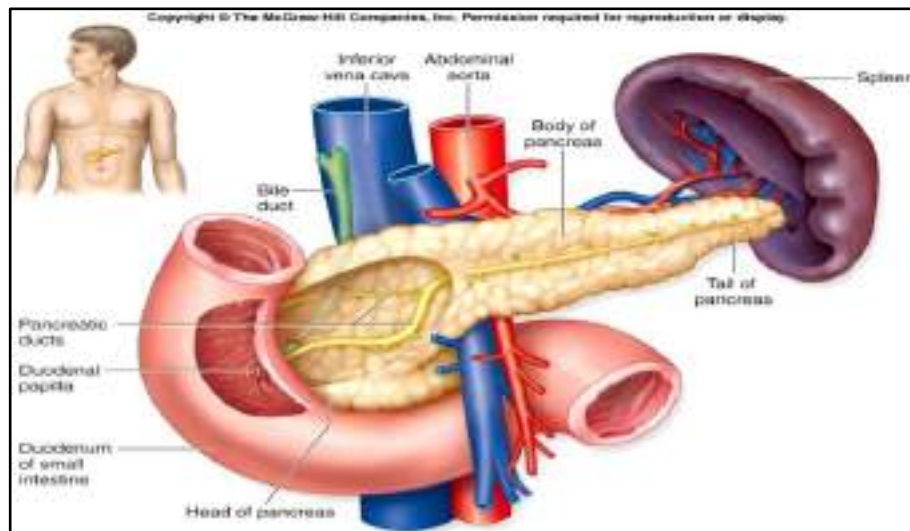
1. Pengertian

Menurut mansjoer (Arif, dkk., 2000), mengatakan diabetes melitus (DM) merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan formula, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh, disertai lesi pada membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop electron. Menurut Purwanto (2016). Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kelainan kadar glukosa kadar dalam darah atau hiperglikemia. Pada diabetes melitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin menurun atau pankreas dapat menghentikan samasekali produksi insulin (Brunner and Suddarth, 2013). Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus adalah penyakit yang disebabkan oleh kelainan metabolik, karena adanya gangguan produksi insulin oleh pankreas yang ditandai dengan hilangnya toleransi terhadap karbohidrat.

2. Patologi Anatomi

Organ yang mengalami kerusakan adalah pankreas.

3. Anatomi Fisiologi pancreas



Gambar 2.1 :
Anatomi Pankreas (Masmusculo, 2009)

Pankreas adalah organ pipih yang berada di belakang lambung dalam abdomen, panjangnya kira-kira 20-25 cm, tebal \pm 2,5 cm dan beratnya 80 gram, terbentang dari atas sampai kelengkungan besar dari abdomen dan di hubungkan oleh saluran ke duodenum. Struktur organ ini lunak dan berlobus, tersusun atas:

- 1) Kepala pankreas, merupakan bagian yang paling lebar, terletak di sebelah kanan rongga abdomen dan didalam lekukan duodenum yang praktis melingkarinya.
- 2) Badan pankreas, merupakan bagian utama pada organ ini, letaknya di belakang lambung dan di depan vertebratalumbalis pertama.
- 3) Ekor pankreas, bagian runcing disebelah kiri dan berdekatan/ menyentuh limpa.

Kelenjar pankreas tersusun atas dua jaringan utama yaitu asini yang merupakan penyusun terbanyak (80 %) dari volume pankreas, jaringan ini menghasilkan getah pencernaan dan pulau-pulau langerhans (sekitar 1 juta pulau) yang menghasilkan hormon. Pulau langerhans merupakan kumpulan sel terbentuk ovoid dan tersebar diseluruh pankreas tetapi lebih banyak pada ekor (kauda).

Kelenjar pankreas mempunyai hubungan ke depan dari kanan ke kiri : kolon transversum dan perlekatan mesocolon transversum, bursa omentalis dan gaster sedangkan ke bagian belakang dari kanan ke kiri *ductus choleduchus*, vena portae hepatis dan vena lienalis, vena cava inferior, aorta, pangkal arteri mesenterica superior, muskulus spoas majir sinistra, glandula suprarenalis.

Pankreas mempunyai dua saluarn utama yang menyalurkan sekresi kedalam duodenum yaitu:

- 1) *Duktus wrisung* atau *duktus pankreatikus*, duktus ini mulai dari ekor / cauda pankreas dan berjalan sepanjang kelenjar, menerima banyak cabang dari perjalanannya. Duktus ini yang bersatu dengan ductus koledukus, kemudian masuk kedalam doedenum melalui spingter oddi.
- 2) *Duktus sarotini* atau *penkreatikus asesori*, duktus ini bermuara sedikit di atas duktus pankreatikus pada duodenum.

Aliran darah yang memperdarahi pankreas adalah arteria lienalis dan arteria pankreatikoduodenalis superior dan inferior. Sedangkan pengaturan persarafan berasal dari serabut-serabut saraf simpatis dan parasimpatis saraf vagus (Tarwoto, 2012).

a) Fungsi pankreas

Kelenjar pankreas mempunyai dua fungsi utama yaitu fungsi eksokrin dan fungsi endokrin.

1) Fungsi eksokrin

Kelenjar pankreas hampir 99% terdiri dari sel asini yang merupakan penghasil kelenjar pankreas yang menghasilkan 1200-1500 ml cairan. Cairan pankreas jernih dan tidak berwarna, mengandung air, beberapa garam, sodium bikarbonat dan enzim-enzim. pH cairan pankreas alkali (Ph: 7.1–8.2) karena mengandung sodium bikarbonat. Keadaan pH ini akan menghambat gerak pepsin dari lambung dan menciptakan lingkungan yang sesuai dengan enzim-enzim dalam usus halus.

Enzim-enzim pada pankreas di hasilkan oleh sel-sel asinar, fungsinya membantu pemecahan protein, karbohidrat dan lemak. Enzim-enzim yang berperan dalam pencernaan protein atau preolitik diantaranya tripsin, kimotripsin dan karboksipeptidase. Enzim-enzim ini di produksi di dalam sel-sel pankreas dalam bentuk tidak aktif yaitu tripsingen, kimotripsinogen dan p karboksipeptidase. Setelah di sekresi kedalam saluran pencernaan, zat tersebut diaktifkan,

tripsinogen di aktifkan oleh enzim untuk pencernaan enterokinase diaktifkan oleh tripsin menjadi kemotripsin, demikian juga terjadi pada prokarbonsipeptidase. Pengaturan produksi dari cairan pankreas dilakukan oleh pengaturan saraf dan pengaturan hormonal. Pengaturan saraf terjadi bila adanya stimulus dari fase sefalik dan sekresi lambung terjadi maka impuls parasimpatis secara serentak dihantarkan sepanjang nervus vagus ke pankreas dan mengakibatkan produksi cairan pankreas. Sedangkan pengaturan hormonal terjadi akibat stimulasi hormon sekretin dan kolesistokonin yang menyebabkan peningkatan sekresi enzim (Tarwoto, 2012).

2) Fungsi endokrin

Kelenjar endokrin dalam pankreas adalah pulau langerhans yang menghasilkan hormon. Hormon merupakan zat organik yang mempunyai sifat khusus untuk pengaturan fisiologis terhadap kelangsungan hidup suatu organ atau sistem. Sel-sel langerhans tersusun atas sel alfa yang menghasilkan hormon glukagon, sel-sel beta yang menghasilkan insulin, sel delta yang menghasilkan somastostatin atau *growth hormon-inhibiting hormone* (GH-IH) dan sel yang menghasilkan polipeptida pankreatik.

a. Hormon glukagon

Molekul glukagon merupakan polipeptida rantai lurus yang mengandung residu asam amino. Sasaran utama glukagon adalah hati, yaitu dengan mempercepat konversi glikogen dalam

hati dari nutrisi lainnya seperti asam amino, gliserol dan asam laktat menjadi glukosa (glukoneogenesis). Sekresi glukagon secara langsung di kontrol oleh kadar gula darah melalui *system feed back negative*. Ketika gula darah menurun maka akan merangsang sel-sel alfa untuk mensekresi glukagon juga disebabkan karena hormon somastostatin. Secara umum fungsi glukagon adalah merombak glikogen menjadi glukosa, mensintesis glukosa dari asam lemak dan asam amino (glukoneogenesis) serta pembebasan glukosa ke darah oleh sel-sel hati (Tarwoto, 2012).

b. Hormon insulin

Hormon ini dihasilkan oleh sel beta pulau langerhans pada pankreas, merupakan hormon peptida yang tersusun oleh dua rantai asam amino yaitu rantai A dan rantai B yang di hubungkan melalui jembatan disulfida. Insulin di bentuk di retikulum endoplasma sel B, kemudian di pindahkan ke aparatus golgi selanjutnya kemembran plasma dan akan melintasi lamina basalis sel B serta kapiler dan endotel apiler yang berpori untuk mencapai aliran darah. Insulin diproduksi dalam jumlah sedikit dan meningkat ketika makanan di cerna. Pada orang dewasa rata-rata di produksi 40-50.

Insulin berfungsi memfasilitasi dan mempromosikan transport glukosa melalui membran plasma sel dalam jaringan tertentu/targetnya seperti otot dan adiposa. Tidak adanya insulin maka glukosa tidak dapat menembus sel. Insulin juga berfungsi untuk mengubah glukosa dalam darah menjadi glikogen dan merubah menjadi sel. Gliserol bersama asam lemak membentuk trigliserida, menjadi suatu bentuk lemak yang disimpan. Insulin juga berperan dalam memperlambat pembentukan glukosa menjadi glikogen, konversi asam amino atau asam lemak menjadi glukosa. Peningkatan kadar insulin mempunyai afek pada penurunan kadar glukosa darah (hipoglikemia) (normal kadar gula darah 70-110 mg/dl). Jika kadar insulin menurun menyebabkan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) seperti yang terjadi pada diabetes militus meliputi:

- 1) Transport dan metabolisme glukosa untuk energi.
- 2) Menstimulus penyimpanan glukosa dalam hati dan otot dalam bentuk glikogen.
- 3) Memberi peringatan pada hati untuk berhenti memecahkan glukogen menjadi glukosa.
- 4) Membantu penyimpanan lemak dalam jaringan adiposa.
- 5) Mempercepat transport asam amino ke dalam sel.
- 6) Insulin juga bekerja untuk menghambat pemecahan cadangan glukosa, protein dan lemak.

Sekresi insulin dikontrol oleh mekanisme kimia, hormonal dan persarafan, produksi insulin meningkat oleh adanya peningkatan kadar gula darah, asam amino (seperti arginin dan lysisne), serum lemak bebas. Peningkatan hormon-hormon gastrointestinal juga memicu peningkatan insulin, disamping adanya stimulus saraf parasimpatik. Sedangkan yang menghambat produksi insulin adalah rendahnya kadar gula darah (hipoglikemia), keadaan kadar gula yang tinggi yang sudah ada, stimulasi saraf simpatis dan prostaglandin (Tarwoto, 2012).

c. Somastostatin atau *growth hormone-inhibiting hormon* (GH-IH)

Somastostatin diproduksi oleh sel delta, yang merupakan hormon yang penting dalam metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (keseimbangan pencernaan) (Tarwoto, 2012). Hormon ini juga diproduksi oleh hypothalamus. Produksi somastostatin menghambat produksi hormon pertumbuhan, sekresi gastrin dalam lambung serta menghambat produksi hormon-hormon yang dihasilkan oleh pankreas seperti glukagon dan insulin sehingga mencegah terjadinya kelebihan sekresi insulin. Sekresi somastostatin dari pulau langerhans meningkat oleh glukosa, asam amino tertentu (Tarwoto, 2012).

d. Polipeptida pankreatik

Hormon ini dihasilkan sel, mempunyai efek penghambat kontraksi kandung empedu, pengaturan enzim-enzim pankreas dan berpengaruh terhadap laju absorpsi nutrisi oleh saluran cerna (Tarwoto, 2012)

4. Etiologi

Penyebab Diabetes Melitus berdasarkan klasifikasi menurut WHO tahun 1995 adalah:

a) Insulin dependent Diabetes Melitus (IDDM) atau diabetes mellitus tergantung insulin (DMTI) disebabkan oleh destruksi sel β pulau langerhans akibat proses autoimun.

1) Faktor genetik / Herediter

Faktor herediter menyebabkan timbulnya DM melalui kerentanan sel-sel beta dan perkembangan antibodi autoimun senyawa sel-sel beta, terhadap penghancuran sel-sel beta.

2) Faktor Infeksi Virus

Infeksi Virus Coxsackie dan Gondogen yang merupakan pemicu pada individu yang peka secara genetik

3) Faktor imunologi

Respon imunologi abnormal: antibody menyerang jaringan normal yang dianggap jaringan asing.

b) DM Tipe II (DM tidak bergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, dimana terjadi obesitas pada individu. Obesitas dapat menurunkan jumlah reseptor insulin dari dalam sel target insulin diseluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa (Purwanto, 2016).

5. Patofisiologi

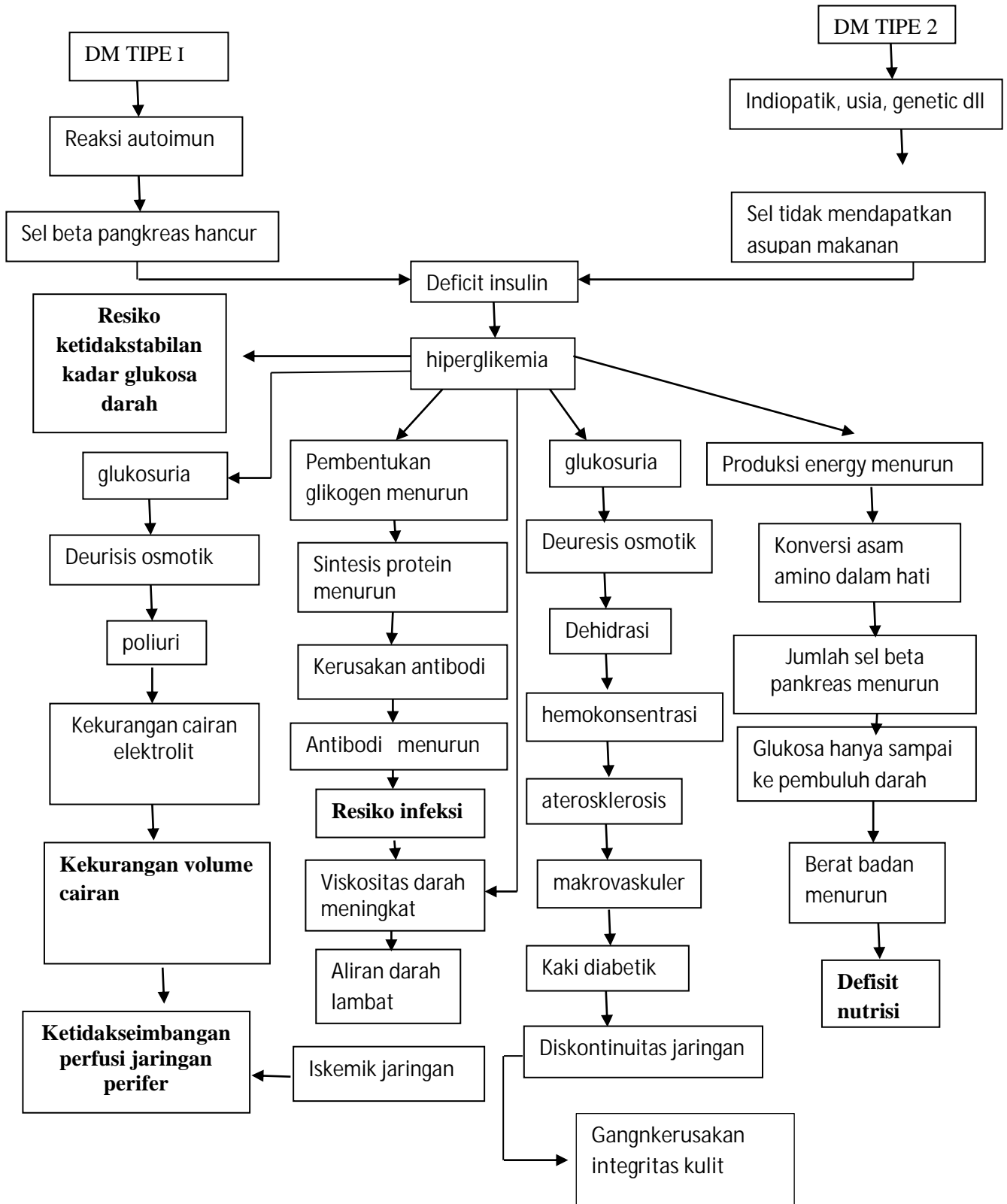
Sebagian besar gambar patologik dari diabetes mellitus dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut: berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan kenaikan konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200mg/dl. Peningkatan metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah akibat dari berkurangnya protein dalam jaringan tubuh. Pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau ditolerasi sesudah makan (karbohidrat).

Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa sebesar 160-180mg/100ml). akan timbul glukosuria karena tubulus-tubulus renalis dapat menyerang kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potassium dan pospat, adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami

keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung menjadi polifagia. Akibat yang lain adalah asthenia atau kekurangan energy sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurang atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama dapat menyebabkan arterosklerosis, penebalan membrane masalis dan perubahan pada saraf perifer menyebabkan gangren.

Pathway

Sumber : (Smeltzel & Bare, 2015)



6. Manifestasi Klinik

1) Gejala khas

a. Poliuria (sering kencing terutama di malam hari)

Suatu kondisi ketika seseorang buang air kecil lebih sering, dengan jumlah urine yang juga melebihi normal alias abnormal. normalnya, orang dengan mengeluarkan urine sebanyak satu hingga dua liter perhari. Namun pada pasien terduga diabetes, ia dapat mengeluarkan urine lebih dari tiga liter sehari. Poliuria juga terjadi karena kadar gula dalam darah terlalu tinggi, zat yang akan direabsorpsi atau diserap kembali oleh ginjal saat menyaring darah untuk “membuat” urine.

b. Polidipsi (rasa haus yang berlebihan)

Suatu kondisi ketika seseorang merasa sangat kehausan dan biasanya di ikuti dengan mulut yang kering terus-menerus. Meskipun sudah minum, bahkan dalam jumlah yang banyak, tidng berap lama kemudian rasa haus akan kembali melanda. Polidipsia terjadi salah satunya sebagian kompensasi dari kondisi poliuria, karena tubuh mengeluarkan air leat urine dalam jumlah banyak, maka tubuh bereaksi memberi sinyal haus agar mendapat asupan air yang lebih banyak pula.

c. Polifagia (banyak makan atau cepat lapar)

Polifagia adalah suatu kondisi medis ketika seseorang merasa sangat kelaparan atau mengalami peningkatan nafsu makan yang

lebih besar dari biasanya. Gula tidak bisa masuk ke dalam sel karena adanya resistensi insulin ataupun kekurangan produksi insulin. Padahal, gula diperlukan sebagai bahan bakar utama bagian sel untuk memproduksi energi.

2) Gejala lain

a. Kelainan kulit seperti gatal dan bisul.

Biasanya, bagian tubuh yang terasa gatal adalah daerah genitalia atau daerah lipatan kulit, seperti ketiak bawah payudara dan pelipatan paha.

b. Katarak atau gangguan refraksi akibat perubahan lensa akibat lensa disebabkan oleh hiperglikemia

c. Kelainan ginekologi, seperti keputihan yang diakibatkan adanya jamur candida dan kelainan pola haid.

d. Impotensi pada laki-laki

e. Kesemutan dan mati rasa (baal) pada jari tangan dan kaki yang diakibatkan neuropati

f. Tubuh merasa lemah dan mudah merasa lelah

g. Berat badan menurun tanpa penyebab khusus

(Brunner and Suddarth, 2002)

7. Penatalaksanaan

Diet bagi pasien diabetes melitus sesuai dengan diabetes melitus berdasarkan klasifikasi terbaru:

a) Diabetes melitus Tipe I : diabetes melitus tergantung insulin (IDDM)

Insulin Dependent Diabetes Melitus

hal ini terjadi dikarenakan timbulnya reaksi autoimun oleh karena adanya peradangan pada sel beta insulin.

Beberapa komplikasi diabetes tipe 1 akibat gula darah yang tidak terkontrol, untuk menjaga kadar gula:

- 1) Jangan melewati waktu makan.
- 2) Biasakan makan pada waktu yang sama setiap hari
- 3) Perhatikan tabel yang ada di kemasan makanan yang dibeli.

Berikut makana untuk penderita diabetes:

(1) Karbohidrat

Adalah makanan yang cepat meningkatkan kadar gula darah, bagi penderita diabetes tipe 1 untuk mengontrol karbohidrat, penderita diabetes melitus umumnya cukup mengonsumsi 15 gram karbohidrat setiap kali makan. $\frac{1}{4}$ cangkir jus buah, satu sendok berukuran kecil (4 ounce), 2 sendok makan kismis, 1 sendok makan madu.

(2) Buah-buahan

Adalah sumber gula alami dan harus di ditung sebagai karbohidrat. Harus mengetahui seberapa banyak karbohidrat di

dalam porsi buah yang di konsumsi, $\frac{1}{2}$ cangkir buah kalengan, $\frac{1}{4}$ cangkir buah kering, 1 buah bukurma kecil, 3 ounce anggur, 1 cangkir melon, $\frac{1}{2}$ cangkir jus buah.

(3) Sayur

Beberapa sayuran memiliki kandungan karbohidrat lebih banyak ketimbang sayuran lain, misalnya kentang dan jagung. Adapun sayuran yang tidak mengandung karbohidrat, harus diksumsi lebih banyak karena bisa membantu menjaga kadar gula darah stabil. Selai rendah kabohidrat sayur juga kaya akan vitamin, mineral dan serat. Contoh sayur non pati adalah sayuran berdaun hijau, wortel, seledri, mentimun, bawang bombay, an tomat. Sedangkan 15 gram karbohidrat termasuk: 3 ounce, $\frac{1}{2}$ kentang panggang, $\frac{1}{2}$ kentang rebus.

(4) Biji-bijian utuh

Gandum utuh adalah karbohidrat yang bernutrisi dan tinggi serat, yang bisa dikonsumsi adalah nasi merah an roti gandum.

(5) Protein dan lemak

Protein sangat penting untuk memelihara kesehatan sel dan otot, serta menyembuhkan luka. Contohnya seperti protein heani yang sehat adalah daging tanpa lemak, telur, dan ikan. Lemak sehat penting untuk kesehatan otak dan fungsi jantung. Contoh lemak sehat adalah lemak pada alpukat, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Mesipun protein dan lemak tidak akan meningkatkan

kadar gula darah secara langsung, ahli merekomendasikan membatasi asupan makanan olahan atau lemak daging, karena mengandung lemak jenuh dan sodium tinggi. Meskipun sodium tidak memiliki efek langsung terhadap kadar gula darah, mengonsumsi terlalu banyak tidak baik untuk kesehatan dan peningkatan risiko penyakit jantung.

b) Diabetes melitus Tipe II : diabetes melitus tidak tergantung insulin (NIDDM) *NonInsulin Dependent Diabetes Melitus*

Disebabkan karena reaksi mekanisme insulin dan sekresi insulin pada DM tipe 2.

Ada beberapa jenis makanan yang baik dan disarankan untuk dikonsumsi penderita penyakit ini, di antaranya:

1) Makanan yang terbuat dari biji-bijian.

Penderita diabetes melitus juga disarankan untuk mengonsumsi karbohidrat kompleks, seperti nasi merah, ubi panggang, oatmeal, dan seledai dari biji-bijian utuh.

2) Daging tanpa lemak.

Nyatanya penderita diabetes tetap membutuhkan asupan nutrisi dari daging. Biar lebih aman, disarankan untuk memilih daging segar tanpa lemak. Kamu juga dapat mengonsumsi daging ayam tanpa kulit.

3) Sayur-sauran.

Makanan ini sudah dikenal sebagai makanan yang sehat dan bisa memberi manfaat untuk tubuh. Kamu juga bisa mengonsumsi sayur-sayuran mentah, banyak mengonsumsi sayuram brokoli dan naya.

4) Buah-buahan.

Banyak mengonsumsi buah-buahan segar, bisa makan langsung atau dijadikan jus.

5) Kacang-kacangan

Pastikan untuk masak kacang-kacangan dikukus, ditumis, atau dijadikan sup.

6) Susu dan produk olahan susu

Pengidap diabetes melitus disarankan untuk banyak mengonsumsi yogurt rendah lemak tanpa pemanis tambahan.

7) Ikan.

Kandungan nutrisi dalam ikan sangat menjanjikan bagi penderita diabetes, kamu mengonsumsi ikan tuna, salmon, sarden, dan makarel.

c) Diabetes melits gestational (GDM)

Pada dasarnya, penderita diabetes gestasional perlu menghindari makanan olahan, seperti roti putih dan apapun yang mengandung banyak gula, pastikan hindari konsumsi makanan:

- 1) makanan pat saji
- 2) minum berakohol

- 3) kue-kue dan roti, seperti muffin, donat dan kue tart.
- 4) Gorengan
- 5) Minuman manis, seperti soda, jus kemasan, dan minuman kemasan.
- 6) Permen

Ada juga beberapa pilihan cemilan yang aman dikonsumsi penderita diabetes gestasional, antara lain:

- 1) Potongan sayur segar yang dikukus
- 2) Telur utuh atau putih telur
- 3) Oatmeal dengan potongan buah segar
- 4) Dada ayam tanpa kulit
- 5) Ikan-ikan yang dipanggang
- 6) Yoghurt tawar
- 7) Sup sayuran.

Prinsipnya adalah mencapai sasaran normoglikemia, yaitu kadar glukosa darah puasa < 105 mg/dl, dua jam sesudah makan < 120mg/dl, dan kadar Ic <6%. Selain itu juga menjaga agar tidak ada episode hiperglikemia, tidak ada ketonuria, dan pertumbuhan fetus normal. Pantau kadar glukosa darah minimal 2 kali seminggu dan kadar Hb glikosilat. Ajarkan pasien untuk memantau gula darah sendiri di rumah dan anjurkan untuk kontrol 2-4 minggu sekali, bahkan lebih sering lagi saat mendekati persalinan.

Untuk mencapai sasaran tersebut dapat dilakukan perencanaan maka yang sesuai dengan kebutuhan, pemantauan glukosa darah sendiri di rumah, dan pemberian insulin bila perlu. Obat hipoglikemik tidak dipakai saat hamil dan menyusui mengingat efek teratogenitas dan dikeluarkan melalui ASI (Mansjoer, dkk, 2001)

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada diabetikum adalah :

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik secara keseluruhan mulai dari kepala sampai kaki dengan menggunakan prinsip inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk melihat tanda klinis yang terjadi pada tubuh pasien seperti warna kulit, kuku, cacat warna, bentuk, memperhatikan jumlah rambut, distribusi, teksturnya dan lain-lain (Bararah, 2013).

b. Pemeriksaan Vaskuler

Tes Vaskuler non nonivasive : pengukuran oksigen transkutaneus, *ankle brachia index (ABI)*, *absolute toe systolic*

Pressure ABI: tekanan sistolik betis dengan tekanan sistolik lengan.

c. Pemeriksaan radiologi

Gas subkutan, benda asing asteomilitis.

d. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan

Pemeriksaan darah. Pemeriksaan darah meliputi :

- 1) Kadar glukosa dara sewaktu
- 2) Kadar glukosa dara puasa

3) Plasma vena

4) Darah kapiler

(Manjoer dkk, 2000).

9. Komplikasi

Menurut Brunner & Suddarth (2002), komplikasi dari diabetes melitus adalah hiperglikemia, ketoasidosis diabetikum, sindrom HHNK (Hiperglikemik Hiperosmoler Non Ketotik).

10. Pengobatan dan Perawatan

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), tujuan utama pengobatan dan perawatan adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropati. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes melitus yaitu: diet, latihan, pemantauan, terapi jika diperlukan dan pendidikan kesehatan.

B. Konsep Masalah Keperawatan Menurut SDKI

Masalah yang timbul bagi klien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan standar diagnosa keperawatan Indonesia sebagai berikut (SDKI) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

a) Penyebab :

1) Hiperglikemia :

- (1) Disfungsi pankreas
- (2) Resistensi insulin
- (3) Gangguan toleransi glukosa darah
- (4) Gangguan glukosa darah puasa

2) Hipoglikemia

- (1) Disfungsi hati
- (2) Disfungsi ginjal kronis
- (3) Efek agen farmakologis
- (4) Hiperinsulinemia.

b) Gejala tanda mayor dan minor

1) Gejala dan tanda mayor :

Subjektif: mengantuk/pusing, lelah atau lesu
Objektif: gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah dan kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

2) Gejala dan tanda minor :

subjektif: palpitasi, mengeluh lapar, mulut kering, haus meningkat. Objektif: gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat, jumlah urin meningkat.

c) Kondisi klinis terkait :1. Diabetes melitus 2. Ketoasidosis diabetes 3. Hipoglikemia 4. Diabetes gestasional 5. Penggunaan kortikosteroid 6. Nutrisi perenteral total (SDKI, 2016).

2. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemi.

Risiko terhadap variasi kadar glukosa darah dari rentang normal.

a) Penyebab :

- 1) Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes
- 2) Ketidak tepatan pemantauan glukosa darah
- 3) Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes
- 4) Manajemen medikasi tidak terkontrol
- 5) Kehamilan
- 6) Periode pertumbuhan cepat
- 7) Stres berlebihan
- 8) Penambahan berat badan
- 9) Kurang dapat menerima diagnosis

b) Kondisi klinis terkait:

- 1) Diabetes melitus
- 2) Ketoasidosis diabetes
- 3) Hipoglikemia
- 4) Diabetes gestasional
- 5) Penggunaan kortikosteroid
- 6) Nutrisi perenteral total (SDKI, 2016).

3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatnya pertahanan tubuh perimer

berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenetik.

a) Penyebab :

- 1) Penyakit kronis
- 2) Efek prosedur invasiv
- 3) Mal nutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
- 6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh skunder.

b) Kondisi klinis terkait :1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif kronis 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasif 6. Penyalagunaan obat 7.kanker 8. Gagal ginjal 9. Imono superesi(SDKI, 2016).

4. Defenisi nutrisi berhubungan dengan Peningkatan kebutuhan metabolisme
Asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolisme.

a) Penyebab :

- 1) Ketidak mampuan menelan makanan
- 2) Ketidak mampuan mencerna makanan
- 3) Ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Faktor ekonmi
- 6) Faktor psikologis

b) Gejala tanda minor dan mayor

- 1) Gejala dan tanda mayor :subjektif: -, objektif: berat badan menurun minimal 10% dari bawa rentanideal.
- 2) Gejala dan tanda minor :subjektif; cepet kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Objektif: bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

c) Kondisi klinis terkait :stroke, parkinson, mobius synrome, cleft lip, cleft palate, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit crohns, enterokolitis, fibrosis kistik. (SDKI, 2016).

5. Perfusi perifer tidak efektif

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

a. Kriteria masalah

- 1) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- 2) Akral teraba dingin
- 3) Warna kulit pucat
- 4) Tugor kulit menurun
- 5) Parastesia
- 6) Nyeri ekstermitas (klaudikasi intermiten)
- 7) Edema
- 8) Penyembuhan luka lambat

9) Indeks ankie-brachial < 0,90

10) Bruit femoral

b. Faktor yang berhubungan

1) Hiperglikemia

2) Penurunan konsentrasi hemoglobin

3) Peningkatan tekanan darah

4) Kekurangan volume cairan

5) Penurunan aliran arteri dan/atau vena

6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas).

7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes mellitus, hyperlipidemia).

8) Kurang aktivitas fisik.

6. Gangguan integritas kulit/jaringan

Defenisi kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

a. Kriteria masalah

1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

2) Nyeri

3) Perdarahan

4) Kemerahan

5) Hematoma

b. Faktor yang berhubungan

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktorelektris (elektrodiatermi, energy listrik bertengangan tinggi)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembaban
- 10) Proses penuaan
- 11) Neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi
- 13) Perubahan hormonal
- 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya memepertahankan/melindungi integritas kulit

7. Resiko infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

a. Faktor yang berhubungan

- 1) Penyakit kronis (mis. diabetes mellitus)
- 2) Efek prosedur invasive

- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - (1) Gangguan peristaltik
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi Ph
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Stasis cairan tubuh
 - (8) Merokok
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Imunosupresi
 - (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. fase proses keperawatan ini mencakup empat langkah yakni pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder (keluarga), tabulasi data, klasifikasi data, serta analisa data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Tujuan dari

pengkajian adalah menetapkan dasar data tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman berkaitan, praktik kesehatan, tujuan dan nilai gaya hidup yang dilakukan klien (Potter & Perry, 2005)

a. Pengkajian perpola

Menurut Doenges, Marilyn E.(1999)

1) Pola pernapasan

Takipnea pada keadaan istirahat dengan aktivitas, sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum, nafas berbau aseton

2) Pola eliminasi

Urin encer, kuning, polyuria, sering berkemi

3) Pola aktifitas

Kesemutan dan mati rasa pada jari tangan dan kaki, yang diakibatkan neuropatik, tubuh merasa lemah dan lelah

4) Pola nutrisi

Rasa haus berlebihan, banyak makan atau cepat lapar Muntah, penurunan BB, bising usus lemah /menurun, kekakuan,/distensi abdomen, polipagia, dan polidipsi

5) Pola neurosensory

Mengantuk dan gangguan memori

6) Pola kardiovaskuler

Takikardi, hipertensi, distrimia

7) Reproduksi

Kelainan ginekologo, seperti keputihan yang diakibatkan adanya jamur candida dan kelainan pola haid, dan terjadi impotensi pada laki-laki, Gatal dan keputihan.

8) Musculoskeletal

Penurunan kekuatan otot, kesemutan, rasa berat pada tungkai, mengeluh nyeri

9) Pola persepsi sensorik

Katarak atau gangguan refraksi, akibat perubahan lensa yang disebabkan oleh hiperglikemia.

10) Integument

Gatal-gatal, Kulit panas, kering, kemerahan, lesi, penyembuhan luka lama

b. Tabulasi data

Takipnea pada keadaan istirahat dengan aktivitas, sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum, nafas berbau aseton, Urin encer, kuning, polyuria, sering berkemih, Kesemutan dan mati rasa pada jari tangan dan kaki, yang diakibatkan neoropatik, tubuh merasa lemah dan lelah, Rasa haus berlebihan, banyak makan atau cepat lapar muntah, penurunan BB, bising usus lemah/menurun, kekakuan/distensi abdomen, polipagia, dan polidipsi, Mengantuk dan gangguan memori, Takikardi, hipertensi, distrimia, Kelainan ginekologo, seperti keputihan yang diakibatkan adanya jamur candida dan kelainan pola haid, dan terjadi impotensi pada laki-laki, gatal dan keputihan, Penurunan

kekuatan otot, kesemutan, rasaberat pada tungkai, mengeluh nyeri, katarak atau gangguan refraksi, akibat perubahan lensa yang disebabkan oleh hiperglikemia, gatal-gatal, kulit panas, kering, kemerahan, lesi, penyembuhan luka lama.

c. Klasifikasi data

DS: Takipneu, sesak nafas, urin, kuning, polyuria, kekakuan, distensi abdomen, polidipsi, mengantuk, kesemutan, rasa berat pada tungkai, mengeluh nyeri, kulit panas.

DO: Sesak nafas, nafas berbau aseton, penurunan BB, bising usus lemah/menurun, takikardi, penyembuhan luka lama, kulit panas, kering, kemerahan.

d. Analisa data

Analisa adalah kemampuan mengkaitkan data menghubungkan data menghubungkan data tersebut dengan pemberian asuhan keperawatan yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Rohman, 2009).

1) Sign/simptom

Data Subjektif : Polyuria, polidipsi.

Data Objektif : Takikardi.

Etiologi: Diuresis osmotik (poliuri).

Problem: kekurangan volume cairan

2) Sign/simptom

Data Subjektif : parastesia/kesemutan/rasa berat pada tungkai

Data Objektif : lemas.

Etiologi: penurunan aliran darah, iskemik jaringan.

Problem: Ketidakseimbangan perfusi jaringan perifer.

3) Sign/simptom

Data Subjektif : -,

Data Objektif : -,

etiologi: ketidak adekuatnya pertahanan tubuh perimer.

Problem: Resiko infeksi.

4) Sign/simptom

Data Subjektif : pruritus, kemerahan

Data Objektif : kemerahan pada kulit, gatal-gatal.

Etiologi: Diskontinuitas jaringan.

Problem: Kerusakan integritas kulit

5) Sign/simptom

Data Subjektif : penurunan BB, diare, muntah.

Data Objektif : penurunan kekuatan otot.

Etiologi: Penurunan mobilitas nutrisi

Problem: Defisit nutrisi.

2. Diagnosa Keperawataa

SDKI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus antara lain:

- a) Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan:
- DS : lelah atau lesu
- DO : kadar glukosa dalam darah/ urin tinggi
- b) Resiko ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Diuresis osmotik (poliuri) yang ditandai dengan:
- DS : polyuria, polidipsi
- DO : nadi meningkat, takikardi
- c) Ketidakseimbangan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan iskemik jaringan, penurunan aliran darah yang ditandai dengan:
- DS: parastesia/kesemutan/rasa berat pada tungkai
- DO : lemas.
- d) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatannya pertahanan tubuh primer ditandai dengan:
- DS : Mengeluh nyeri
- DO : Nadi meningkat
- e) Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan yang ditandai dengan :
- DS : pruritus.
- DO : kemerahan pada kulit, pruritus.
- f) Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan mobilitas yang ditandai dengan:
- DS : penurunan BB, diare, muntah.

DO : penurunan kekuatan otot.

3. Intervensi Keperawatan

SDKI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

a. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan mobilitas yang ditandai dengan penurunan berat menurun.

1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah kekurangan volume cairan dapat teratasi.

Kriteria hasil: TTV stabil, Turgor kulit baik, Haluaran urine normal, Kadar elektrolit dalam batas normal.

2) Intervensi :

a) Monitor status hidrasi

Rasional: Memberikan informasi tentang kondisi cairan dalam tubuh pasien dan memudahkan dalam memberikan intervensi yang tepat.

b) Pantau Tanda-Tanda Vital (TTV)

Rasional: Hipovolemia dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi

c) Monitor BB harian

Rasional: Memberikan informasi tentang status kalori pasien dan membantu dalam memberikan hasil status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam pemberian cairan pengganti.

1) Catat intake dan output dan hitung balance cairan 24 jam

Rasional: Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

2) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

Rasional: Mempertahankan keseimbangan cairan dengan membatasi pemberian cairan kepada pasien DM sehingga mencegah terjadinya kekurangan dan kelebihan cairan tubuh.

b. Resiko ketidakseimbangan cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (poliuri) yang ditandai dengan polyuria, polidipsi

1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil: Berat badan stabil, Mencerna jumlah nutrisi yang tepat, Menunjukkan tingkat energi yang stabil

2) Intervensi :

a) Timbang berat badan setiap hari

Rasional : Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

b) Tentukan program diet dan pola makan pasien, dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien.

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

c) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen atau mual muntah

Rasional: Hiperglikemi dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileusparalitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi.

d) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: Jika makanan yang disukai dapat dimasukkan dalam pencernaan makanan, kerjasama ini dapat diupayakan setelah pulang

e) Libatkan keluarga pada perencanaan makan sesuai indikasi

Rasional: Memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien

f) Kolaborasi dengan ahli diet

Rasional: Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat dicegah atau tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil: Pasien bebas dari tanda gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, Jumlah lekosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat

2) Intervensi:

a) Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan

Rasional: Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau infeksi nasokomial.

b) Tingkatkan upaya pencegahan dengan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan pasien meskipun pasien itu sendiri.

Rasional: Mencegah timbulnya infeksi nosokomial

c) Pertahankan teknik aseptik prosedur invasive

Rasional: Kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

d) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, massage daerah yang tertekan. Jaga kulit tetap kering dan kencang

Rasional: Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya iritasi kulit dan infeksi.

e) Bantu pasien melakukan oral hygiene

Rasional: Menurunkan resiko terjadinya penyakit mulut

f) Anjurkan untuk makan dan minum adekuat

Rasional: Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi

g) Kolaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional: Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya.

d. Ketidak seimbangan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah, iskemik jaringan.

1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi jaringan maksimal seimbang.

Kriteria hasil: Nyeri berkurang atau hilang, Pergerakan/aktivitas pasien bertambah dan tidak terbatas, Pasien mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri

2) Intervensi:

a) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi setiap hari

Rasional: mengetahui kemampuan pasien dalam aktivitasnya sehari-hari

b) Monitoring tanda-tanda vital pasien sebelum dan sesudah latihan

Rasional: mencegah penurunan status kesehatan pasien

c) Bantu klien menggunakan tongkat saat berjalan

Rasional: mencegah cedera

d) Damping dan bantu pasien dalam pemenuhan ADLs

Rasional: kebutuhan ADLs pasien terpenuhi

e) Mendekatkan alat / barang yang dibutuhkan pasien

Rasional: pasien tidak kesulitan dalam kebutuhan fasilitasnya

f) Kolaborasi dengan keluarga untuk pemenuhan ADLs pasien

Rasional: memaksimalkan nafsu makan, dan kebutuhan ADLs yang lainnya

e. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan.

1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien akan menunjukkan integritas kulit yang baik.

Kriteria Hasil : Tidak gatal-gatal, Tidak ada kemerahan pada kulit,
Luka sembuh.

2) Intervensi:

a) Kaji keadaan kulit. Perhatikan adanya kemerahan dan gatal-gatal.

Rasional: Pengkajian yang tepat terhadap kulit dan kelainan pada kulit akan membantu dalam menentukan tindakan selanjutnya.

b) Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya gatal-gatal dan kemerahan pada kulit.

Rasional: pemahaman pasien tentang penyebab gatal dan kemerahan yang terjadi akan mengurangi ketegangan pasien dan memudahkan pasien untuk diajak bekerjasama dalam melakukan tindakan pencegahan.

c) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian antibiotik.

Rasional: insulin akan menurunkan kadar gula darah, pemeriksaan kultur pus untuk mengetahui jenis kuman dan antibiotik yang tepat untuk pengobatan, pemeriksaan kadar gula darah untuk mengetahui perkembangan penyakit.

f. Resiko ketidakstabilan glukosa darah, ditandai dengan ketidak tepatan pemantauan glukosa darah Hiperglikemia, seperti muntah dan diare.

1) Tujuan: setelah mendapatkan pengobatan dan perawatan diharapkan klien akan menunjukkan atau melaporkan risiko ketidakstabilan glukosa darah tidak terjadi.

2) Intervensi:

Manajemen Hiperglikemia Independen

a) Tentukan factor individual yang dapat menyebabkan situasi saat ini. Catat usia, tingkat perkembangan, dan kesadaran akan kebutuhan klien.

Rasional: Memberikan informasi yang membantu dalam pemberian intervensi lanjut.

b) Lakukan pemeriksaan glukosa tusuk jari

Rasional: Memberikan informasi yang cepat tanpa harus ke fasilitas kesehatan membantu pasien dalam mengontrol kadar glukosa darah setiap waktu.

c) Tinjau diet klien dan pola biasa

Rasional: memberikan informasi tentang pola diet pasien dan mencegah terjadinya hiperglikemia akibat ketidakpatuhan pasien dalam mengontrol pola diet.

d) Timbang BB setiap hari

Rasional: Memberikan perkembangan status nutrisi sekaligus menilai keberhasilan dari pelaksanaan pengobatan dan perawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2011).

5. Evaluasi

Menurut Nursalam, 2011, evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

- a. Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai
- b. Evaluasi somatif merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk memenuhi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Dengan masalah keperawatan yang ada kemungkinan :

- a. Masalah keperawatan deficit nutrisi teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.
- b. Masalah keperawatan hipovolemia teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.
- c. Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.
- d. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Studi Kasus

Jenis studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus (DM) melalui proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus yang digunakan pada studi kasus ini adalah pasien dengan diagnosa medik DM dan berada dalam wilayah kerja Puskesmas Onekore Ende.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Nomor	Pernyataan	Definisi Operasional
1	Asuhan Keperawatan DM	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada klien dengan diabetes melitus
2	Diabetes Melitus	Penyakit yang disebabkan oleh gangguan sensitivitas insulin atau gangguan sekresi insulin.dengan manifestasi, Poli uria, Poliphagia, Polidipsia.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Onekore, Jl. Samratulangi, RT/RW. 03/02 kelurahan onekore, waktu studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 18 – 20 Juni 2021.

E. Metoda/ Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Sebelum melakukan pengumpulan data pertama-tama penulis meminta izin kepada Kepala Dinas Kesehatan dan meminta izin ke Puskesmas Onekore untuk melakukan studi kasus pada pasien Diabetes Melitus di wilayah Puskesmas Onekore. Penulis ditargetkan pada pasien, lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan Informed Consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orang tua/wali, keluhan utama yang dirasakan klien saat Wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Melitus.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien dengan Diabetes Melitus dikhususkan pada pemeriksaan yang dilakukan terdiri dari Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapat data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan.

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini dapat diperoleh dari:

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat

kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), yaitu suami, anak-anak dan keluarga yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit dan laporan dari petugas puskesmas.

I. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, selanjutnya mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian studi kasus ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore yang beralamat di Kelurahan Onekore, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende. Studi kasus ini dilakukan pada pasien Diabetes Melitus yang berada di wilayah kerja Puskesmas Onekore. Puskesmas Onekore merupakan sebuah Puskesmas Non Rawat Inap yang dibentuk untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kelurahan Paupire, Onekore dan sekitarnya. Kapasitas 11 tempat tidur yang terdiri dari, Ruangan KIA 1 tempat tidur, Ruang VK 2 tempat tidur, Ruang ANC 1 tempat tidur, Ruang persalinan 2 tempat tidur, Ruang Nifas 1 tempat tidur, Ruang KB 1 tempat tidur, Ruang UGD 1 tempat tidur, Ruangan MBS 1 tempat tidur dan Ruang Poli umum 1 tempat tidur.

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Onekore sebanyak 62 orang yaitu Kepala puskesmas Onekore, Perawat 19 orang, Bidan 23 orang, tenaga kesling 4 orang, analis 3 orang, gizi 2 orang, perawat gigi 3 orang, promosi kesehatan 2 orang, asisten apoteker 1 orang, elektronik medik 1 orang, tenaga rekam medik 2 orang, dan sopir 1 orang.

2. Gambaran Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini sebagai subyek studi kasus yaitu: Ny. B L. berusia 36 tahun, beragama katolik, pendidikan terakhir SD, beralamat di Jl Samratulangi dengan diagnosis medis diabetes melitus.

3. Data Asuhan Keperawatan

Penulis melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian

1) Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Juni 2021 jam 08.00 WITA pada klien Ny. B. L. umur 67 tahun, jenis kelamin perempuan pendidikan SD alamat Jalan Samratulangi RT 03 RW 02 Kelurahan Paupire. Dengan data dari puskesmas mengatakan di Diagnosa medis diabetes melitus. Penanggung jawab Ny. B.L yaitu Tn. B B. yang berumur 69 tahun hubungan dengan klien sebagai suami. Waktu dan tanggal pengobatan terakhir Ny. B.L, 24 Agustus 2020 obat-obat yang terakhir didapat yaitu Merformin HCL 500mg, Amplodipine besylate.

a) Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Ny. B.L mengatakan merasa terganggu dengan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Ny. B. L mengatakan menderita diabetes melitus sejak tahun 2013 keaaan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, saat merasakan kram dan kesemutan N.y B.L menggunakan minyak gosok yang hangat untuk mengurangi rasa kram dan kesemutannya. Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya dengan terus meremas tangan dan menekan kakinya. Saat dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu klien hasilnya yaitu 230mg/dl

3) Riwayat kesehatan dahulu

Ny. B. L mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan masih mendapatkan pengobatan hingga sekarang, penyakit Diabetes Melitus yang dideritanya muncul sejak tahun 2013 dan memeriksa di fasilitas kesehatan terdekat.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Ny. B. L mengatakan anggota keluarganya menderita hipertensi dan tidak ada keluarga dengan riwayat DM.

b. Pemeriksaan pola kesehatan :

(1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan setiap kali sakit selalu berobat ke Puskesmas atau kerumah sakit, Ny. B L rutin minum obat untuk selalu menjaga kesehatan.
- (b) Keadaan klien saat ini: Ny. B. L mengatakan saat ini masih memeriksakan kesehatannya ke Rumah sakit atau Puskesmas Onekore, karena merasa penting untuk mendapatkan pengobatan sakit yang sekarang dialami .

(2) Pola nutrisi dan metabolik

- (a) Kebiasaan sebelum sakit Ny. B L mengatakan pola makan Ny. B L sebelum sakit 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ubi, sayur, daun papaya, makanan dihabiskan, tidak ada pantangan, dan tidak ada alergi pada makanan.
- (b) Keadaan klien saat ini: Ny. B L mengatakan saat ini pola makan 3x makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipantang, tidak ada alergi makanan.

(3) Pola eliminasi

- (a) Kebiasaan sebelum sakit : Ny. B L mengatakan pola BAB 2x sehari, feses lembek, warna kuning. BAK 3x sehari, warna kuning, bau pesing.

(b) Keadaan saat ini: Ny. B L mengatakan pola BAB klien 2x sehari, feses lembek, warna coklat, BAK 6-7 kali terlebih di malam hari, warna kuning, bau pesing, tetapi kalau Ny. B L minum obat maka urin berbau obat

(4) Pola Ativitas-Istirahat

(a) Kebiasaan sebelum sakit : Ny. B. L mengatakan beraktivitas dari pagi jualan di pasar jam 10 pagi Ny. B L pulang kerumah untuk mengurus anaknya lalu Ny. B L istirahat tidur siang. Sore hari Ny. B L menyapu halaman lalu memasak untuk makan malam selanjutnya Ny. B L mandi, menonton, makan, dan istirahat malam.

(b) Keadaan Ny. B. L saat ini : Ny. B L mengatakan aktivitas hanya dirumah memasak, membersihkan rumah, menonton dan berdoa. Klien beristirahat setelah selesai bekerja

(5) Pola istirahat dan tidur

(a) Kebiasaan Ny. B L sebelum sakit : Ny. B L mengatakan pola tidur malam tidur jam 22.00 dan bangun jam 05.00 pagi, tidur siang jam 13.00 sekitar 1 jam,

(b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan pola tidur malam jam 21-00 dan bangun jam 05.00 pagi, saat ini klien sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali.

(6) Pola kognitif dan persepsi sensori

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan tidak memiliki masalah pada ingatannya,
- (b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan sering lupa hal-hal yang baru saja dilakukan seperti lupa menyimpan kacamatanya padahal baru saja dipakainya.

(7) Pola persepsi dan konsep diri

- (a) Kebiasaan sebelum sakit :Gambaran diri: Ny. B L mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya. Identitas diri: Ny. B L mengatakan berjenis kelamin perempuan, sudah menikah, mempunyai 5 orang anak. Peran diri: Ny. B L mengatakan sebagai ibu rumah tangga. Harga diri: klien mengatakan Ny. B L merasa bangga dirinya karena bisa mneyekolahkan anak-anaknya walaupun hanya sebagai penjual di pasar. Ideal diri: Ny. B L mengatakan: Ny. B L tidak pernah malu dengan kondisi yang dialaminya dan merasa percaya diri: Keadaan Ny. B L saat ini. Gambaran diri: Ny. B L mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya.
- (b) Keadaan Ny. B L saat ini: Identitas: Ny. B L mengatakan berjenis kelamin perempuan, sudah menikah, mempunyai 5 orang anak. Peran diri: Ny. B L mengatakan sebagai ibu rumah tangga harga diri: Ny. B L mengatakan Ny. B L merasa bangga dirinya karena bisa karena anak-anaknya

sekarang sudah bekerja dan Ny. B L bangga sudah mempunyai kos-kosan. Ideal diri: Ny. B L mengatakan: Ny. B L tidak pernah malu dengan kondisi sakit yang dialami dan merasa percaya diri.

(8) Pola reproduksi seksual

(a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan tidak ada masalah atau gangguan.

(b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan tidak ada masalah atau gangguan.

(9) Pola peran dan hubungan dengan sesama

(a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan selalu terlibat kegiatan di lingkungan seperti acara di tetangganya.

(b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan saat ini mengurangi aktivitasnya dengan lingkungan sekitar dan tidak terlalu terlibat lagi dalam acara atau kegiatan di lingkungannya.

(10) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

(a) Kebiasaan sebelum sakit Ny. B L mengatakan saat ada masalah Ny. B L selalu menyelesaikannya bersama keluarga terutama suaminya.

(b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan saat ada masalah selalu menyelesaikannya bersama keluarga terutama

suaminya, serta berdoa agar masalah cepat selesai dan mendapatkan jalan keluarnya.

(11) Pola system kepercayaan

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan selalu berdoa, Ny. B L percaya semua yang terjadi dalam hidupnya semua karena Tuhan.
- (b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan percaya kepada Tuhan bahwa semua masalah pasti ada solusinya termasuk sakit yang dialaminya saat ini dan percaya semua telah diatur Tuhan.

c. Pemeriksaan fisik:

Kesadaran kualitatif: composmentis. Kesadaran kuantitatif: Respon Eye: Membuka mata secara spontan tanpa diperintah atau diberi sentuhan = 4. Respon Verbal: Orientasi baik = 5. Respon Motorik: Mengikuti perintah = 6. Kesimpulan: Klien sadar penuh.

Tanda-tanda vital : Tekanan darah: 140/90 mmHg Nadi : 72x/menit, Suhu : 36⁰ C, RR : 22x/menit diberi sentuhan = 4.

Respon Verbal: Orientasi baik = 5. Respon Motorik: Mengikuti perintah = 6. Kesimpulan: Klien sadar penuh. MAP =

$$\frac{\text{sistole} + 2 \text{ diastole}}{3} = \frac{1(140) + 2(90)}{3} = \frac{320}{3} = 107 \text{ mmHg. Kesimpulan:}$$

sirkulasi darah ke ginjal memadai. Posisi klien saat pengukuran:

klien duduk, Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20

Juni 2021: GDP = 134 mg/dl

Rambut tampak bersih, berwarna hitam, bentuk kepala oval, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan. Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan, telinga simetris dan tampak bersih, hidung tampak bersih dan tidak ada gangguan penciuman, tampak pucat mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, tidak ada gangguan pengecap, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada gangguan menelan.

Bentuk dada simetris dengan frekuensi napas 22x/mnt, irama nafas teratur, pola napas takipneu, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada tanda-tanda infeksi, bunyi jantung normal “lup-dup”, frekuensi bunyi jantung 80x/menit. Tidak dilakukan pemeriksaan genetalia karena menjaga privasi klien.

Extermitas atas: jari tangan lengkap, fungsi otot baik.
Ekstremitas bawah: Bentuk simetris, jari kaki lengkap, tidak ada edema, fungsi otot baik.

d. Pemeriksaan Penunjang

Klien mengatakan hasil pemeriksaan yang lalu tidak ada lagi

e. Terapi

f. Metformin HCL 500mg. 2x1 (mengontrol dan menurunkan kadar gula darah penderita diabetes)

Amplodipine besylate 1x1 (obat hipertensi)

2) Tabulasi Data

Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya dengan terus meremas tangan dan menekan kakinya. klien sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TD : 140/90 mmHg, N : 72x/menit, S : 36⁰ C, RR : 22x/menit, Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl. Porsi Ny. B L 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipantang, tidak ada alergi makanan.

3) Klasifikasi Data

Data subjektif : Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, Ny.B. L sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari, Porsi makan Ny. B L 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipantang, tidak ada alergi makanan. Data

objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasakannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N: 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.

4) Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh Ny. B L sebagai berikut:

Data subjektif : Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas. Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36oC, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: normal gula dara: 70-130 mg/dl GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada Ny. B L tersebut maka diangkat masalah perfusi perifer tidak afektif diakibatkan dengan Hiper glikemia.

Data subjektif : Ny.B. L mengatakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari. Data objektif : Ny. B.L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg,

N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada Ny. B L tersebut maka diangkat masalah. Gangguan rasanyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Data subjektif : Porsi Ny. B L 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipanggang, tidak ada alergi makanan. Data objektif : TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit, Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl. Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada Ny. B L tersebut maka diangkat masalah kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang tepapar informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan di rumah.

5) Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- a. Perfusi perifer tidak afektif diakibatkan dengan hiperglikemia ditandai dengan;

Data subjektif: Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas.

Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan deurisis osmotik; Data subjektif : Ny.B. L mengaakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari Dta objektif : Ny. B L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit.
- c. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang tepapar informasi diet DM. Data sujektif : Porsi Ny. B L 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipantang, tidak ada alergi makanan. Data objektif : TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36oC, RR : 20x/menit, Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.

6) Perencanaan Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan pada Ny.B .L, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalahnya adalah:

Diagnosa keperawatan I: Perfusi perifer tidak efektif diakibatkan dengan hiperglikemia ditandai dengan; Data subjektif: Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas. Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl. Adapun tujuan untuk diagnosa keperawatan I adalah setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: Ny. B. L mengatakan bahwa kram dan kesemutan/ paratesia berkurang, tekanan darah sistolik dan diastolik mebaik.

Intervensi keperawatan:

1) Kaji tanda-tanda vital 2) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 3) Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 4)Anjurkan merendam tangan dan kaki dengan air hangat 5)Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 6) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misalnya mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol, asupan garam).

Rasional: 1. pengkajian nyeri secara menyeluruh agar diberikan, tindakan yang tepat sesuai keluhan klien 2. mengetahui sejauhmana Ny.

B L tahu mengenai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kesemutan 3. kurangnya aktivitas mengurangi rasa kesemutan.

Diagnosa Keperawatan II: Gangguan pola tidur berhubungan dengan deurisis osmotik yang ditandai dengan,

Data subjektif : Ny.B. L mengaakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari Dta objektif : Ny. B L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. dengan kriteria hasil: keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun, pola tidur membaik, pola eliminasi membaik.

Intervensi keperawatan :

1) Menganjurkan Ny. B. L. untuk tidak minum air di malam hari, 2) Anjurkan Ny. B L. sebelum tidur berkemih 3) Kaji kemampuan Ny. B. L. tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan, 4) Anjurkan sebelum tidur jangan memikirkan hal-hal yang membebankan pikiran.

Rasional :

1) Mengetahui kemudahan dalam tidur, 2) Mengidentifikasi penyebab actual dari gangguan tidur Ny. B. L, 3) mengetahui bagaimana Ny. B. L mengatasi kegelisahannya

Diagnosa Keperawatan III: Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang tepapar informasi diet DM. Adapun tujuan untuk diagnosa keperawatan III adalah setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pengetahuan klien dan

keluarga tentang penyakit DM dan penatalaksanaanya bertambah. Dengan kriteria hasil: klien dan keluarga mengerti tentang penyakit DM (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan). Intervensi keperawatan: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Rasional: memahami kemampuan pasien dalam menerima informasi. 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Rasional: Materi dan media pendidikan kesehatan yang tepat sesuai sasaran akan memudahkan dalam pemahaman 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Rasional: Menyediakan waktu yang tepat untuk penyampaian pendidikan kesehatan. 4) Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dn pengobatan pada klien DM. Rasional: memberikan informasi mengenai hal yang mempengaruhi kesehatan.

7) Implementasi Keperawatan

a) Jumat, 18 Juni 2021

Diagnosa Keperawatan I

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak afektif yaitu antara lain:

Pukul 09.11: Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah

140/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36⁰C, RR

22x/menit.

Pukul 09.12 : Mengidentifikasi penyebab perubahan sensasi (menanyakan tentang penyebab dari kesemutan yang dirasa Ny. B L. pada saat kapan biasanya dirasakan).

Pukul 09.14: Memeriksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul (menggunakan dua sisi pada pensil yang runcing dan tumpul pada kedua betis, punggung kaki, dan telapak kaki Ny. B L.)

Pukul 09.15 ; Menganjurkan untuk merendam tangan dan kaki dengan air hangat.

Pukul 09.15 : Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Pukul 09.16 : Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (seperti mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh yaitu makanan yang mengandung santan, minyak goreng yang sudah beberap kali pemakaian, jenis gorengan, dan garam penyebab rasa lainnya).

Diagnosa Keperawatan II

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan deurisis osmotik antara lain:

Pukul 16.18 : Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 360C, RR 22x/menit.

Pukul 16.19: Menganjurkan tindakan Ny. B. L tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan.

Pukul 16.20 : Menganjurkan Ny. B. L. untuk kurangi minum air pada malam hari.

Pukul 16.20 : Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur untuk berkemih

Pukul 16.21: Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur jangan memikirkan hala-hal yang membebaskan pikiran.

Diagnosa Keperawatan III

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi diet DM antara lain:

Pukul 16.22: Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Pukul 16.25: Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Pukul 16.30: Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.

b) Hari Sabtu, tanggal 19 juni 2021**Diagnosa Keperawatan I**

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak afektif akut antara lain:

Pukul 09.00 : Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: TV: TD150/90 mmHg, N : 56x/menit, S: 36oC, RR : 22x/menit.

pukul 09.05 : Mengidentifikasi penyebab perubahan sensasi (menanyakan tentang penyebab dari kesemutan yang dirasa Ny. B L. pada saat kapan biasanya dirasakan).

Pukul 09.05: Memeriksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul (menggunakan dua sisi pada pensil yang runcing dan tumpul pada kedua betis, punggung kaki, dan telapak kaki Ny. B L.)

Pukul 09.06 : Menganjurkan untuk merendam tangan dan kaki dengan air hangat.

Pukul 09.08 :Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.

Pukul 09.08 : menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (seperti mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh yaitu makanan yang mengandung santan, minyak goreng yang sudah beberapa kali pemakaian, jenis gorengan, dan garam penyebab rasa lainnya).

Diagnosa Keperawatan II

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah

Gangguan pola tidur antara lain:

Pukul 09.09 : Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: TV: TD150/90
mmHg, N : 56x/menit, S: 36oC, RR : 222x/menit.

Pukul 09.09 : Mengkaji kemampuan tindakan Ny. B. L yang
dilakukan untuk mengurangi kegelisahan.

Pukul 09.10 : Menganjurkan Ny. B. L. untuk kurangi minum air
pada malaam haari.

Pukul 09.13 : Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur untuk
berkemih

Pukul 09.14 : Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur jangan
memikirkan hala-hal yang membebaskan pikiran.

Diagnosa Keperawatan III

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi
masalah Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang
terpapar informasi diet DM antara lain:

Pukul 09.17: Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Pukul 09.20: Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala,
cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM.

c) **Hari Minggu, tanggal 20 Juni 2021**

Diagnosa Keperawatan I

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak afektif akut antara lain:

Pukul 11.05 : Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36⁰C, RR 22x/menit.

Pukul 11.05 : Menganjurkan untuk merendam tangan dengan air hangat

Pukul 11.08 : Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (seperti mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh yaitu makanan yang mengandung santan, minyak goreng dan garam penyedap rasa lainnya.

Diagnosa Keperawatan II

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur antara lain:

Pukul 11.10 : Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur untuk berkemih

Pukul 11.15 : Menganjurkan Ny. B. L. sebelum tidur jangan memikirkan hal-hal yang membebaskan pikiran.

Pukul 11.16 : Mengkaji kemampuan tindakan Ny. B. L yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan.

Diagnosa Keperawatan III

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi diet DM antara lain:

Pukul 09.17: Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Pukul 09.20: Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM.

8) Evaluasi Keperawatan

a) Jumat, 18 Juni 2021

1) Diagnosa Keperawatan I

Data Subjektif: Ny. B L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, Ny. B L masih merasa kesemutan.

Data Objektif: Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.

Lanjut intervensi, mengkaji tanda-tanda vital, menganjurkan merendam tangan dan kaki dengan air hangat, menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (seperti mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh yaitu makanan yang

mengandung santan, minyak goreng, yang sudah bebrapa kali pemakain, garam penyedap rasa lain.

2) Diagnosa Keperawatan II

Data Subjektif: Ny.B. L mengakaan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari. Data

Objektif: Ny. B L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Lanjut intervensi, mengkaji kemampuan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan, menganjurkan sebelum berkemi, menganjurkan untuk tidak minum air malam hari.

3) Diagnosa Keperawatan II

Data Subjektif: Klien dan keluarga mengatakan belum mengerti akan penyakitnya dan belum memahami informasi yang diberikan. Data Objektif: Klien dan keluarga menjadwalkan pendidikan kesehatan. Assesment: masalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan di rumah. Planning: lanjutkan intervensi sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM.

b) Hari Sabtu, tanggal 19 juni 2021**1) Diagnosa Keperawatan I**

Data Subjektif: Ny. B L mengatakan tangan dan kakinya masi merasa kesemutan, merasa nyaman saat merendam tangan dan kakinya dengan air hangat, Ny. B L akan melakukannya kembali sebelum Ny. B L tidur malam dan saat nanti saat klien mrasa kesemutan.

Data Objektif: TV: TD150/90 mmHg, N : 56x/menit, S: 36°C, RR : 222x/menit.

2) Diagnosa Keperawatan II

Data Subjektif : Ny. B L mengatakan BAK 3-4 kali

Data Objektif: TV: TD150/90 mmHg, N : 56x/menit, S: 36°C, RR: 222x/menit. Intervensi di lanjutkan, menganjurkan tidak minum air sebelum tidur, anjurkan sebelum tidur berkemi dan anjurkan jangan memikirkan hal-hal yang membebankan pikiran.

3) Diagnosa Keperawatan III

Data Subjektif: Klien dan keluarga mengatakan sudah dapat menegrti akan penyakitnya dan mampu memahami informasi yang diberikan. Data Objektif: klien dan keluarga terlihat aktif saat penkes dan sering bertanya dan terlihat sudah memamahami akan penyakitnya. Assesment: masalah kurang pengetahuan sudah teratasi. Planning: Pertahankan intervensi

sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM.

c) Hari Minggu, tanggal 20 Juni 2021

1) Catatan Perkembangan

Implementasi keperawatan hari ke 3 yang dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dapat dilihat sebagai berikut

a) Diagnosa Keperawatan I

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan

Hiperglikemia. Jam: 11.15

S : Ny. B L mengaakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari

O : Ny. B L tampak membaik, tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 36⁰C, nadi 72 x/menit, RR 22x/menit

A : masalah teratasi

P : intervensi dilanjutkan keluarga (4,5,6)

I : - menganjurkan untuk merendam tangan dan kaki dengan air hangat

- menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

- menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misalnya mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol serta asupan garam.

E : Ny. B L sudah mengetahui cara untuk ngurangi kram dan kesemutan.

b) Diagnosa Keperawatan II

Gangguan pola tidur berhubungan dengan deurisis osmotik

Jam: 11.30

S : Ny. B L mengatakan tadimalam tidur jam 20.00 masih terbangun di jam 03.00 Ny. B L

O : Ny. B L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit.

A : masalah teratasi sebagian.

P : intervensi dilanjutkan Ny. B L

I : - menganjurkan untuk tidak minum air malamhari

- mengkaji kemampuan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan

- menganjurkan sebelum tidur berkemi.

E : Ny. B L mengatakan pola tidurnya sudah membaik, sudah tidak merasa gelisah lagi.

Data subjektif: Ny. B L mengatakan tadi malam tidur jam 20.00 Ny. B L masih terbangun di jam 03.00, Ny. B L masih

merasa gelisah, Ny. B L berdoa untuk mengurangi gelisahnya dan Ny. B L sudah melakukan apa yang di anjurkan lalu Ny. B L bisa tertidur kembali dan bangun pada jam 05.30, Data Objektif: klien tampak segar dan bersemangat, Assesment: masalah gangguan pola tidur sudah teratasi sebagian. Planning: Intervensi dilanjutkan Ny. B L. Implementasi: menganjurkan Ny. B L malam hari sebelum tidur Pukul 21.22: mengurangi minum air di maalam hari, berkemi sebelum tidur agar tidak terbangun di malam hari. Evaluasi: Ny. B L dan keluarga dapat dapat mengikuti anjuran yang di sampaika, mau menerima saran yang diberikan.

c) Diagnosa Keperawatan III

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang tepapar informasi diet DM.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan di rumah antara lain:

Data Subjektif: Klien dan keluarga mengatakan sudah dapat mengerti akan penyakitnya dan mampu memahami informasi yang diberikan. Data Objektif: Klien dan keluarga terlihat aktif saat penkes dan sering bertanya dan terlihat

sudah dapat memahami akan penyakitnya. Assesment: masalah kurang pengetahuan sudah teratasi. Planning: Intervensi dihentikan. Implementasi: Pukul 11.35: mengidentifikasi kembali pengetahuan klien dan keluarga klien pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM. Evaluasi: Klien dan keluarga dapat menjelaskan kembali pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM.

B. Pembahasan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Ny. B. L dengan diagnosa medis Diabetes Melitus menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara studi kasus terdahulu, dan studikases yang ditemukan teori serta kasus nyata pada Ny. B. L dengan Diabetes Melitus di Wilayah kerja Puskesmas Onekore Ende, yang meliputi, pengkajian, diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

Tujuan dari pengkajian adalah menetapkan data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman berkaitan, praktik kesehatan, tujuan, dan nilai gaya hidup yang dilakukan klien (Potter & Parry, 2005).

Dari pembelajaran teori kasus maka di temukan ada enam masalah keperawatan sedangkan yang sama di kasus cuman satu, yang tidak ada di kasus yaitu, ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yaitu data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus adalah: kelainan kulit seperti gatal dan bisul dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit, penurunan kekuatan otot, penurunan BB engan masalah keperawatan defisist nutrisi. Gangguan glukosa darah puasa, hiperinsulinmia dengan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, polidipsi, poliuria, takikardi dengan masalah keperawatan volume cairan, dan masalah keperawatan terakhir resiko infeksi. Data yang ada pada kasus tetapi tidak ada pada teori yaitu ketidak nyaman yang dirasakan merasa lemas, terganggu dengan istirahat tidur terbangun, berkemih dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan diuresis osmotik, nutrisi yang dikomsumsi tidak teratur dan dan pelaksanaan diet diabetes melitus dengan masalah keperawatan deficit pengetahuan.

Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu : kerusakan integritas kulit berhubungan dengan diskontiunitas jaringan ditandai dengan : data subyektif : pruritus dan kelemaan, data objektif : kemerahan pada kulit, gatal-gata, luka.

Diagnosa tersebut tidak muncul pada kasus karena sirkulasi dara ke dalam sel masi baik, defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan mobilitas nutrisi yang ditandai dengan : data subyektif : penurunan BB,

diare, muntah. Data objektif : penurunan kekuatan otot, yang disebabkan karena sangat berkaitan dengan insulin, hormon yang membuat sel tubuh mengalami perubahan glukosa dalam darah menjadi glikogen karena insulin masi dapat berfungsi secara efektif. Resiko ketidakstabilan glukosa darah yang ditandai dengan data subjektif : lelah atau lesuh, data objektif : kadar glukosa dalam darah dan urin tinggi, yang disebabkan karena kadar glukosa darah masi tinggi. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik (polyuria) yang ditandai dengan data subjektif: polyuria, polidipsi, data objektif : takikardi, nadi meningkat, yang disebabkan tidak terjadi diuresis osmotik, dan resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan : data subjektif : pruritus, data objektif : kelemahan pada kulit, pruritus. Masalah itu disebabkan oleh keadaan dimana seseorang kondisi imun tubuhnya lemah.

Pada kasus terdapat dua diagnosa yang tidak ada pada teori yaitu : gangguan polah tidur berhubungan diuresis osmotik yang ditandai dengan dat subjekti : klien mengatakan sering terbangun pada jam 2 dan 3 pagi karena sering berkemih, merasa glisa dan susah tidur kembali, BAK 6-7 kali, karena rasa tidak nyaman muncul tanpa ada cedra jaringan, defisit pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar infirmasi terkait diet diabetes melitus, yang ditandai dengan data subjektif : Ny. B. L mengatakan makan makanan tanpa ada pantangan data subjektif : klien sehari makan 3x, dengan jenis makanan nasi, ikan, kadang daging dengan

porsi seperti biyasa sebelum sakit, data objektif : minum air 6-7 gelas (1400 cc) dalam sehari. Hal ini terjadi karena pola makan Ny. B. L yang tidak seimbang dan tidak terkontrol akan menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh, dan menyebabkan gula tidak bisa masuk kedalam sel karena adanya resistensi insulin. Adapun kekurangan produksi insulin, gula diperlukan sebagai bahan bakar utama bagi sel untuk memproduksi energi dan fungsi pankreas menghasilkan insulin, glukosa atau hanya sedikit di ubah sehingga tetap tinggi dalam darah.

Studi kasus ini sesuai dengan penelitian Muji Rohman (2009) dengan judul “ Penurunan Kebutuhan Nutrisi Pada Kluarga Yang Mengalami Diabetes Melitus” Di Rumah sakit TK.III DR. SOETARTO Yogyakarta. Yang menjelaskan pada penderita diabetes melitus dikarenakan kadar kadar gula (glukosa) dalam darah terlalu tinggi. Individu yang glukosa tinggi dalam darah sehingga tidak mampu masuk kedalam sel, kondisi ini terjadi karena hormone insulin dalam tubuh tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi.

Penulis berpendapat bahwa pada orang dengan diabetes melitus hal ini terjadi karena glukosa dan pankreas tidak secara optimal atau berhenti memproduksi hormon insulin. Sel lebih sulit menyerap glukosa sehingga menyebabkan gula menumpuk di dalam darah.

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien, merumuskan tujuan hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis serta mendokumentasikan

rencana keperawatan. Pada intervensi keperawatan yang dibuat tidak terdapat kesenjangan.

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan pada Ny. B. L.. berbeda dengan konsep implementasi yang dijelaskan dengan masalah diabetes melitusi berdasarkan tiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa, yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah keperawatan mulai dari perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan. Sehingga diharapkan setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam kelima masalah diatas dapat teratasi sebagian.

Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal 18 juni 2021, dan hari kedua dilakukan pada tanggal 19 juni 2021.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat menggambarkan baik teori maupun penelitian terdahulu konsep implementasi keperawatan dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan atau perbedaan karena pada dasarnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil diamati), dengan ktiteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan perfusi perifer tidak

efektif, gangguan rasa nyaman, defisit pengetahuan Ketiga diagnosa keperawatan tersebut sebagian teratasi pada hari ketiga.

Keterbatasan studi kasus : dalam studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus ini antara lain : waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai acuan teori dan sulit untuk berkonsultasi dikarenakan masalah yang sedang dihadapi sekarang.

Implikasi untuk keperawatan yaitu : beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain : sebagai pendidik : peran perawat sebagai pendidik yaitu : memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti oleh klien dari segi fasilitas maupun lainnya. Sebagai advokat : peran perawat sebagai advokat yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan klien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan klien ketika klien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat adalah : perawat selalu mendampingi klien apabila klien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. Sebagai pemberi perawatan : peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok. Studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada klien Ny. B. L.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Penelitian ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan, penelitian ini merupakan penelitian dengan mengumpulkan data hanya sesaat atau data yang diperoleh adalah data saat ini juga. Selain itu keterbatasan waktu dan fasilitas menjadi salah satu ketidaklengkapannya data pasien yang dapat diteliti sehingga tidak dapat dijadikan sebagai variable penelitian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada Ny. B. L dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di Wilayah kerja Puskesmas Onekore Ende, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian dilakukan pada Ny. B. L secara komperhensif dan ditemukan data pasien sering kencing, kesemutan, berat badan menurun, dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dan dapat mengatur pola makan secara baik.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala pengakit, penatalaksanaan dirumah.
3. Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan I: perfusi perifer tidak evektif berhubungan dengan Hiperglikemia dilakukan adalah kaji : identifikasi penyebab perubahan sensasi, anjurkan rendam kaki dan tang di air hangat, anjurkan program diet. Untuk diagnosa keperawatan II: gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala pengakit dilakukan adalah : menganjurkan tidak minum air di malam hari, anjurkan berkemih sebelum tidur, dan kaji kemampuan Ny. B L tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan.

4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan mulai hari jumat tanggal 18 sampai 20 juni 2021. berdasarkan intervensi yang sudah disusun sebelumnya Ny. B L dapat untuk diagnosa keperawatan I : perfusi perifer tidak epektif berhubungan dengan Hiperglikemia mengkaji : penyebab perubahan sensasi, menganjurkan rendam kaki dan tang di air hangat, menganjurkan program diet.diagnosa keperawatan II: gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala pengakit dilakukan adalah : menganjurkan tidak minum air di malam hari, anjurkan berkemih sebelum tidur, dan kaji kemampuan tindakan untuk mengurangi kegelisahan.
5. Setelah dilaksanakan Implementasi selama 3 hari, hasil evaluasi menunjukan bahwa dari 2 (dua) masalah keperawatan perfusi perifer tidak epektif berhubungan dengan Hiperglikemia gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala pengakit pada Ny. B L dapat teratasi.
6. Setalah dilakukan asuhan keperawatan diterapkan pada klien Ny. B L maka ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata serta studi kasus terdahulu mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas Onekore Ende

Lebih meningkatkan pelaksanaan dan perawatan perawatan pada klien DM sehingga terbinanya hubungan saling percaya diantara tenaga

kesehatan dan klien serta diharapkan tenaga kesehatan mampu mempertahankan hal-hal yang sudah baik yang telah dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan penderita DM.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat menggunakan metode penelitian yang berbeda, sehingga hasil yang dicapai lebih mendekati kejadian riil serta mencari sumber-sumber terbaru dan akurat. bagi institusi pendidikan agar mahasiswa dapat melaksanakan praktek klinik di Rumah Sakit.

3. Bagi klien dan keluargas

Lebih meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan dan penanganan penyakit DM khususnya dalam penanganan dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (American Deabetes Association), 2019. Classification and Dagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 42 (1), hal 13-28. Diundu pada tanggal 12 Mei 2021 dari <https://care.diabetes journals.org/content/37/Supplement-1/S81>
- Ahmad Faik, 2009, *Dukungan Keluarga Pada Penderita Diabetes dengan Pendekatan Diabetes Support Group di RSI Surabaya, Skripsi, Univ. Nahdatul Ulama Surabaya.*
- Arianti, S. L. (2017). *Hubungan Forgiveness dan Keerdasan Emosi dengan Psychological Well-Being pada ahasiswa.* Skripsi.
- Arief Mansjoer, 2001, Kapita Selekta Kedokteran, Jakarta, Media Aesculapius.
- Bararah. I, 2013, *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*, Jakarta, Prestasi Pustakaraya
- Black. J, 2014, *Keperawatan Medikal Bedah, Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*, Nampira R. Jakarta, Salemba Emban Patria.
- Brunner&Suddarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Vol. 2, EGC, Jakarta.
- Depkes RI, 2010, *Prevalensi Penyakit Diabetes Melitus* dalam <http://www.depkes.go.id/download>
- Doenges, M E dkk (2002) . Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien . Jakarta : EGC.
- Ibnu Sea, 2018, *Hubungan Tingkat Pengetahuan Diet Diabetes Melitus dengan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Rumah Sakit Islam Padang*; thesis Univ. Andalas.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*, Kemenkes RI.
- _____, 2018, *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*, Kemenkes RI.
- Muji Rohman (2009) *Hubungan Dukungan Keluarga dan Aktivitaas Fisik dengan Kualitas Hidup DM Tipe 2.* Surabaya

- Nurlina, 2015, *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan DM tipe 2 Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi di RSUP Labuang Haji Makasar*; Karya Tulis Ilmiah, Akademi Keperawatan Muhammadiyah, Makasar.
- Nursalam, 2011, *Proses dan Dokumentasi Keperawatan; Konsep dan Praktek*, Jakarta, Salemba Medika.
- Nanda, NIC.NOC, 2013, *Panduan Penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*, Ed. Revisi, Mediation Public Shing.
- Potter, P.A, Perry, A.G.Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata
- Purwanto, H. (2016). *Buku Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta*
- Puskesmas Onekore. (2020). *Duta Penderita Penyakit DM Tahunan 2018-2020. Kabupaten Ende*
- Purwanto, Hadi. (Price. S.A. (1995), *Patofisiologi*, Edisi Kedua, Jakarta : EGC.
- PPNI, T.P. SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Puskesmas Onekore, 2021, *Data Diabetes Melitus*.
- PPNI, T.P. SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T.P. SDKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T.P. SDKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (edisi 1). Jakarta: DPP PPNI Komalasari,dkk.Jakarta:EGC.2005
- RahmaWati, 2017, *Upaya Penanganan Diabetes Melitus*. Padang : Pusaat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Risbinakes, 2018, Laporan Nasional Riskesdas 2018, Badan Penerbit dan Pengembangan Kesehatan.
- Somantri (2011) Hadi. (Price. S.A. (1995), *Patofisiologi*, Edisi Kedua, Jakarta : EGC.

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Florentina Vinsensia Bhoko
Tempat/Tanggal/Lahir : Ende, 27 September 1997
Alamat : Mautapaga, Kecamatan Ende Tenga,
Kabupaten Ende
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Maria Virgo Lembata : Tahun 2003-2004
2. SDI Ende 7 : Tahun 2004-2010
3. SMPK St. Maria Goretti : Tahun 2010-2013
4. SMAK Taruna Vidia : Tahun 2013-2016

MOTTO

HIDUP BUTUH NYALI YANG KUAT
UNTUK
MENGHADAPI KERASNYA KEHIDUPAN

FORMAT PENGKAJIAN

Ruang :- Perawat Yang Mengkaji : Florentina V. B Lamak

Jam : 16.00 Tanggal Pengkajian : 18 juni 2021

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama : Ny. B.L

Umur : 67 tahun

Jenis Kelamin : perempuan

Pendidikan : SD

Alamat :Jl.Samratulangi

Diagnosa Medis : Diabetes Mellitus

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. B.B

Umur : 73 tahun

Hub. dengan klien : suami

Alamat : Jl. Samratulangi

c. Data Medik

1) Diagnosa Medik : Diabetes mellitus (BPJS)

2) Waktu pengobatan terakhir : 09 meiy 2021

Obat-obat terkahir didapat : metformin HCL dan amlodipine
besylate

d. Keadaan Umum

- a) Keadaan Sakit : Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, saat merasakan kram dan kesemutan N.y B.L menggunakan minyak gosok yang hangat untuk mengurangi rasa kram dan kesemutannya. Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya dengan terus meremas tangan dan menekan kakinya. Saat dilakukan pemeriksaan gula darah sewaktu klien hasilnya yaitu 230mg/dl
- b) Riwayat kesehatan dahulu : Ny. B. L mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan masih mendapatkan pengobatan hingga sekarang
- c) Riwayat kesehatan keluarga : Ny. B. L mengatakan anggota keluarganya menderita hipertensi dan tidak ada keluarga dengan riwayat DM.

1) Tanda-Tanda Vital

a) Kesadaran

Kualitatif : Composmentis

Kuantitatif : Respon Eye : 4 (membuka spontan)

Respon Verbal : 6 (orientasi baik)

Respon Motorik : 6 (bergerak mengikuti perintah)

Total : 15

Kesimpulan : Klien sadar penuh

b) Suhu : 36°C diukur pada axilla

c) Nadi : 72x/menit diukur pada radialis

d) Tekanan Darah : 140/90 mmHg

MAP Darah: 140/90 mmHg. $MAP = \frac{sistole+2\ diastole}{3} =$

$$\frac{1(140)+2(90)}{3} = \frac{320}{3} = 200mmHg$$

Kesimpulan: perfusi darah ke ginjal memadai

Posisi klien saat pengukuran: duduk.

- e) Pernapasan : 20x/menit, irama teratur, bunyi napas Vesikuler.
- f) Tinggi Badan : 160 cm
- g) Berat Badan : 50 kg.

e. Pengkajian Pola Kesehatan

(1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan setiap kali sakit selalu berobat ke Puskesmas atau kerumah sakit, Ny. B L rutin minum obat untuk selalu menjaga kesehatan.
- (b) Keadaan klien saat ini: Ny. B. L mengatakan saat ini masih memeriksakan kesehatannya ke Rumah sakit atau Puskesmas karena merasa penting untuk mendapatkan pengobatan sakit yang sekarang dialami .

(2) Pola nutrisi dan metabolik

- (a) Kebiasaan sebelum sakit Ny. B L mengatakan pola makan Ny. B L sebelum sakit 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ubi, sayur, daun papaya, makanan dihabiskan, tidak ada pantangan, dan tidak ada alergi pada makanan.

(b) Keadaan klien saat ini: Ny. B L mengatakan saat ini pola makan 3x, makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipanggang, tidak ada alergi makanan.

(3) Pola eliminasi

(a) Kebiasaan sebelum sakit : Ny. B L mengatakan pola BAB 2x sehari, feses lembek, warna kuning. BAK 3x sehari, warna kuning, bau pesing.

(b) Keadaan saat ini: Ny. B L mengatakan pola BAB klien 2x sehari, feses lembek, warna coklat, BAK 6-7 kali terlebih di malam hari, warna kuning, bau pesing, tetapi kalau Ny. B L minum obat maka urin berbau obat

(4) Pola Aktivitas-Istirahat

(a) Kebiasaan sebelum sakit : Ny. B. L mengatakan beraktivitas dari pagi jualan di pasar jam 10 pagi Ny. B L pulang kerumah untuk mengurus anak-anaknya lalu Ny. B L istirahat tidur siang. Sore hari Ny. B L menyapu halaman lalu memasak untuk makan malam selanjutnya Ny. B L mandi, menonton, makan, dan istirahat malam.

(b) Keadaan Ny. B. L saat ini : Ny. B L mengatakan aktivitas hanya dirumah memasak, membersihkan rumah, menonton dan berdoa. Klien beristirahat setelah selesai bekerja

(5) Pola istirahat dan tidur

(a) Kebiasaan Ny. B L sebelum sakit : Ny. B L mengatakan pola tidur malam tidur jam 22.00 dan bangun jam 05.00 pagi, tidur siang jam 13.00 sekitar 1 jam,

(b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan pola tidur malam jam 21-00 dan bangun jam 05.00 pagi, saat ini klien sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali.

(6) Pola kognitif dan persepsi sensoris

(a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan tidak memiliki masalah pada ingatannya,

(b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan sering lupa hal-hal yang baru saja dilakukan seperti lupa menyimpan kacamata padahal baru saja dipakainya.

(7) Pola persepsi dan konsep diri

(a) Kebiasaan sebelum sakit : Gambaran diri: Ny. B L mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya. Identitas diri: Ny. B L mengatakan berjenis kelamin perempuan, sudah menikah, mempunyai 5 orang anak. Peran diri: Ny. B L mengatakan sebagai ibu rumah tangga. Harga diri: klien mengatakan Ny. B L merasa bangga dirinya karena bisa mneyekolahkan anak-anaknya walaupun hanya sebagai penjual di pasar. Ideal diri: Ny. B L mengatakan: Ny. B L

tidak pernah malu dengan kondisi yang dialaminya dan merasa percaya diri: Keadaan Ny. B L saat ini. Gambaran diri: Ny. B L mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya.

- (b) Keadaan Ny. B L saat ini: Identitas: Ny. B L mengatakan berjenis kelamin perempuan, sudah menikah, mempunyai 5 orang anak. Peran diri: Ny. B L mengatakan sebagai ibu rumah tangga Harga diri: Ny. B L mengatakan Ny. B L merasa bangga dirinya karena bisa karena anak-anaknya sekarang sudah bekerja dan Ny. B L bangga sudah mempunyai kos-kosan. Ideal diri: Ny. B L mengatakan: Ny. B L tidak pernah malu dengan kondisi sakit yang dialami dan merasa percaya diri.

(8) Pola reproduksi seksual

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan tidak ada masalah atau gangguan.
- (b) Keadaan Ny. B L saat ini : Ny. B L mengatakan tidak ada masalah atau gangguan.

(9) Pola peran dan hubungan dengan sesama

- (a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan selalu terlibat kegiatan di lingkungan seperti acara di tetangganya.
- (b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan saat ini mengurangi aktivitasnya dengan lingkungan sekitar dan tidak

terlalu terlibat lagi dalam acara atau kegiatan di lingkungannya.

(10) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

(a) Kebiasaan sebelum sakit Ny. B L mengatakan saat ada masalah Ny. B L selalu menyelesaikannya bersama keluarga terutama suaminya.

(b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan saat ada masalah selalu menyelesaikannya bersama keluarga terutama suaminya, serta berdoa agar masalah cepat selesai dan mendapatkan jalan keluarnya.

(11) Pola system kepercayaan

(a) Kebiasaan sebelum sakit: Ny. B L mengatakan selalu berdoa, Ny. B L percaya semua yang terjadi dalam hidupnya semua karena Tuhan.

(b) Keadaan Ny. B L saat ini: Ny. B L mengatakan percaya kepada Tuhan bahwa semua masalah pasti ada solusinya termasuk sakit yang dialaminya saat ini dan percaya semua telah diatur Tuhan.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan fisik:

TD : 140/90 mmHg N : 72x/menit S : 36⁰ C RR : 22x/menit

Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl

Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl

2) Pemeriksaan Head To Toe

a. Kepala dan rambut

Inspeksi : bentuk oval, rambut tampak bersih, berwarna hitam,
rambut beruban, tidak ada ketombe,

Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan.

b. Mata

Inspeksi : konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada
gangguan pengelihatn,

Palpasi : -

c. Hidung

Inspeksi : bentuk hidung normal, hidung tampak bersih

Palpasi : tidak ada nyeri tekan .

d. Telinga

Inspeksi : bentuk telinga normal, tampak bersih

Palpasi : tidak ada edema dan nyeri tekan

e. Mulut dan gigi:

Inspeksi : mukosa bibir kering, gigi lengkap.

f. Leher

Inspeksi : bentuk leher normal, tidak ada edema.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, nyeri tekan
pada tengkuk.

g. Dada

Inspeksi : bentuk dada normal, tidak ada edema, irama napas normal.

Auskultasi : suara napas vesikuler, bunyi jantung normal “lup-dup”.

h. Genetalia: Tidak dilakukan pemeriksaan genetalia karena menjaga privasi klien.

i. Ekstremitas : Atas : Jari tangan lengkap, fungsi otot baik.

Bawah : Bentuk simetris, jari kaki lengkap, tidak ada edema, fungsi otot baik

g. Pemeriksaan Penunjang

Klien mengatakan hasil pemeriksaan yang lalu tidak ada lagi

i. Terapi

a. Metformin HCL 500mg. 2x1 (mengontrol dan menurunkan kadar gula darah penderita diabetes)

b. Amlodipine besylate 1x1 (obat hipertensi)

2. Tabulasi Data

Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, Ny. B. L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya dengan terus meremas tangan dan menekan kakinya. klien sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik,

warna kulit pucat, TD : 140/90 mmHg, N : 72x/menit, S : 36⁰ C, RR : 22x/menit, Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl. Ny. B L mengatakan saat ini pola makan 3x, makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipanggang, tidak ada alergi makanan.

3. Klasifikasi Data

Data subjektif : Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas, Ny.B. L sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari. Ny. B L mengatakan saat ini pola makan 3x, makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipanggang, tidak ada alergi makanan.

Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36⁰C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.

4. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subjektif : Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan, kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas. Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.	Hiperglikemia.	perfusi perifer tidak afektif
2.	Data subjektif : Ny.B. L mengaakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari. Data objektif : Ny. B.L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit.	Diuresis osmotik	Gangguan pola tidur
3	Data subjektif: keluarga Ny.B. L mengatakan tidak ada pantangan dalam makanan, makan 3x sehari nai, sayur ikan kadang daging. Data objektif: TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit.	Kurang terpapar informasi tentang diet DM	Kurang pengetahuan

5. Prioritas Masalah

1. perfusi perifer tidak afektif diakibatkan dengan Hiperglikemia
2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
3. Kurang pengetahuan

B. Diagnosa Keperawatan

1. perfusi perifer tidak afektif diakibatkan dengan Hiperglikemia ditandai dengan; Data subjektif: Ny. B. L mengatakan saat ini sering merasakan kram dan kesemutan pada telapak tangan dan kakinya terlebih jika Ny.B. L melakukan banyak aktivitas. Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan diuresis osmotik ditandai dengan; Data subjektif : Ny.B. L mengaakan sering terbangun pada jam 2 atau 3 pagi karena sering berkemih, merasa gelisah dan susah untuk tidur kembali. BAK 6-7 kali terlebih di malam hari Dta objektif : Ny. B L juga tampak pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit.
3. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang tepapar informasi tentang diet DM. Data sujektif : Porsi Ny. B L 3x sehari makan nasi sebanyak 2 sendok nasi, ikan kuah sayur bening, kadang-kadang daging, tidak ada makanan yang dipantang, tidak ada alergi makanan. Data

objektif : TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36oC, RR : 20x/menit,
Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP =
134 mg/dl.

C. Perencanaan keperawatan

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Perfusi perifer tidak afektif b/d Hiperglikemia ditandai dengan; Data subjektif: Ny. B. L sering merasakan kram dan kesemutan pada</p> <p>Ny.B. L melakukan banyak aktivitas. Data objektif : Ny. B.L juga tampak tidak nyaman dengan kesemutan yang dirasannya, klien tampak pucat, pengisian kapiler >3detik, warna kulit pucat, TV: TD140/90 mmHg, N : 72x/menit, S: 36°C, RR : 20x/menit. Tanggal 18 Juni 2021: GDS = 230 mg/dl, Tanggal 20 Juni 2021: GDP = 134 mg/dl makan 3x sehara tidak ada pantangan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan masalah keperawatan pervusi teratasi dengan kriteria hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 3. Anjurkan merendam tangan dan kaki dengan air hangat 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. 5. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misalnya mengurangi asupan makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol, asupan garam). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pengkajian nyeri secara menyeluruh agar diberikan, tindakan yang tepat sesuai keluhan klien 2. mengetahui sejauhmana Ny. B L tahu mengenai tindakan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri, 3. kurangnya aktivitas mengurangi rasa nyeri.
<p>Gangguan pola tidur b/d diuresis osmotik ditandai dengan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kaji pola tidur klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui kemudahan dalam tidur 2. mengidentifikasi penyebab actual dari gangguan tidur klien

DS : Klien mengatakan sering terbangun saat tidur sekitar jam 2 atau 3 pagi dan merasa gelisa seperti bolak-balik ditempat tidur dan susah untuk tidur kembali, DO : klien tampak lemah, TD : 140/90 mmHg	masalah keperawatan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : Klien dapat mengatasi kegelisahannya dan dapat tidur dengan baik	2. kaji factor yang menyebabkan gangguan tidur 3. kaji kemampuan klien tindakan yang dilakukan untuk mengurangi kegelisahan	3.mengetahui bagaimana klien mengatasi kegelisahannya
---	---	--	---

D. Implementasi dan Evaluasi

Hari/tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis, 18 Juni 2021	I	16.00	1. Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 112 x/menit, suhu 35,4 ⁰ C, RR 24x/menit.	Data subyektif : klien mengatakan : nyeri pada tengkuk,nyeri pada pinggang,klien sulit tidur,P: klien mengatakan nyeri karena tekanan darah meningkat,Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, S: skala nyeri 4 , T: nyeri yang dirasakan mendadak(secara tiba-tiba), Klien tampak meringis,TD: 170/110 mmHg.Nadi: 102x/m,Suhu: 36,46c, Pernapasan: 21X/m. Assessment : nyeri akut belum teratasi, Planning: lanjutkan intervensi.
		16.05	2. Mengkaji fungsi respirasi. Hasilnya: respirasi 24x/menit.	
		16.10	3. Menganjurkan klien pada saat tidur atur posisi semi fowler	
		16.15	4. Mengajarkan teknik batuk efektif dengan cara tarik napas dalam lewat hidung, hembuskan lewat mulut seperti bersiul. Lakukan sebanyak	

		16.20	<p>3x. pada hitungan ke tiga hembuskan dengan cara batuk yang kuat. Hasilnya: Tn. M. dapat melakukan teknik batuk efektif dengan benar.</p> <p>5. Menganjurkan klien banyak minum air hangat 2.500 ml/hari.</p>	
	II	16.25	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	<p>Data Subjektif: Klien dan keluarga mengatakan belum mengerti akan penyakitnya dan belum memahami informasi yang diberikan. Data Objektif: Klien dan keluarga menjadwalkan pendidikan kesehatan. Assesment: masalah kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan di rumah. Planning: lanjutkan intervensi sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM</p>
		16.25	2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	
		16.30	3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kepakatan.	
Jumat, 19 Juni 2021	I	15.00	1. Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 35,6 ⁰ C, nadi 86x/menit.	<p>Data Subjektif: Klien mengatakan batuk sesekali. Data Objektif: tidak ada suara napas tambahan, pernapasan 22x/menit, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 35,6⁰C. Assesment:</p>
		15.05	2. Mengkaji fungsi respirasi. Hasilnya: respirasi 24x/mnt, irama napas teratur, tidak ada retraksi	

		15.10	dinding dada. 3. Mengajarkan klien untuk melakukan teknik batuk efektif.	Masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian. Planning: Pertahankan intervensi ukur tanda-tanda vital, kaji fungsi respirasi, anjurkan klien pada saat tidur atur posisi semi fowler, ajarkan teknik batuk efektif dan napas dalam, anjurkan klien banyak minum air hangat.
		15.15	4. Mengajarkan klien minum air hangat 2.500 ml/hari.	
		15.20	5. Mengauskultasi bunyi napas. Hasilnya: Bunyi nafas vesikuler.	
	II	15.25	1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	Subjektif: Klien dan keluarga mengatakan sudah dapat menegrti akan penyakitnya dan mampu memahami informasi yang diberikan. Objektif: klien dan keluarga terlihat aktif saat penkes dan sering bertanya dan terlihat sudah memahami akan penyakitnya. Assesment: masalah kurang pengetahuan sudah teratasi. Planning: Pertahankan intervensi sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit DM
		15.35	2. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit TB Paru.	

E. Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	No. Diagnosa	Jam	Catatan Perkembangan
Sabtu, 19 juni 2021	I	15.00	<p>S : klien mengatakan tidak batuk lagi.</p> <p>O : tidak ada suara napas tambahan, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada, tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 22x/menit, suhu 35,7⁰C, nadi 89x/menit.</p> <p>A : masalah bersihan jalan napas teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p> <p>I : Pukul 15.00: Mengukur tanda-tanda vital. Hasilnya: tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 35,6⁰C, nadi 86x/menit. Pukul 15.05: Mengkaji fungsi respirasi. Hasilnya: respirasi 22x/mnt, irama napas teratur, tidak ada retraksi dinding dada. Pukul 15.10: Mengajarkan klien untuk melakukan teknik batuk efektif. Pukul 15.15: Mengajarkan klien minum air hangat 2.500 ml/hari. Pukul 15.20: Mengauskultasi bunyi napas. Hasilnya: Bunyi nafas vesikuler.</p> <p>E : Klien tidak batuk lagi, respirasi 22x/menit, bunyi nafas vesikuler.</p>
	II	15.50	<p>S : Klien dan keluarga mengatakan sudah dapat mengerti akan penyakitnya dan mampu memahami informasi yang diberikan.</p> <p>O : Klien dan keluarga terlihat aktif saat penkes dan sering bertanya dan terlihat sudah dapat memahami akan penyakitnya.</p> <p>A : masalah kurang pengetahuan sudah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p> <p>I : Pukul 15.25: mengidentifikasi kembali pengetahuan klien dan keluarga klien</p>

			<p>pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit TB Paru.</p> <p>E : Klien dan keluarga dapat menjelaskan kembali pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara pencegahan dan pengobatan penyakit TB Paru.</p>
--	--	--	--

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
DIABETES MELITUS**



OLEH :

**NAMA : FLORENTINA V. HOKO LAMAK
NIM : PO.530320218 038**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
2021**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Diet DM
Sasaran : Ny. B. L dan keluarga
Tempat : Di rumah Ny. B. L
Har/tanggal : Sabtu, 19 Juni 2021
Waktu : 30 menit

A. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan agar klien mampu memahami diet yang harus dilakukan oleh klien dan keluarga klien

B. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan 1x pertemuan, diharapkan pasien dan keluarga :

1. Mengetahui pengertian dari DM
2. Mengetahui penyebab dari DM
3. Mengetahui tanda dan gejala - gejala dari DM.
4. Mengetahui cara pencegahan dan pengobatan DM
5. Mengetahui manfaat dari diet bagi penderita DM
6. menyebutkan diet yang harus dijalankan bagi penderita DM.

C. Sasaran

Pasien dan keluarga

D. Materi

Terlampir

E. Media dan sumber bahan

Leaflet

F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

G. Strategi Pelaksanaan

No.	Waktu	Kegiatan Pendidikan Kesehatan	Respon Sasaran
1.	5 menit	Pembukaan : 1. Mengucap salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan yang akan dicapai 4. Menjelaskan media yang akan digunakan	1. Menjawab salam 2. Mengenal petugas penyuluhan 3. Menyimak Penjelasan
2.	10 menit	Pelaksanaan : 1. Mengetahui pengertian dari DM 2. Mengetahui penyebab dari DM 3. Mengetahui tanda dan gejala – gejala dari DM. 4. Mengetahui cara pencegahan dan pengobatan DM 5. Mengetahui manfaat dari diet bagi penderita DM 6. menyebut diet yang harus dijalankan bagi penderita DM.	1. Menyimak dengan seksama 2. Keluarga mendengarkan penjelasan
3.	10 menit	Evaluasi : 1. Memberikan pertanyaan berkaitan dengan materi yang sudah dijelaskan 2. Memberikan kesempatan kepada siswa/i untuk bertanya	1. Merespon 2. Menjawab pertanyaan yang akan diberikan
4.	5 menit	Penutup : 1. Menyimpulkan hasil penyuluhan 2. Membagikan leaflet dan Mengakhiri dengan salam	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menerima leaflet dan menjawab salam

H. Kriteria Evaluasi

1. Diharapkan keluarga dapat menyebutkan pengertian DM
2. Diharapkan keluarga dapat menyebutkan penyebab DM
3. Diharapkan keluarga dapat menyebutkan tanda dan gejala DM
4. Diharapkan keluarga dapat menyebutkan cara pencegahan dan pengobatan DM
5. Mengetahui manfaat dari diet bagi penderita DM
6. menyebut diet yang harus dijalankan bagi penderita DM.

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Pada Diabetes Melitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin menurun atau pankreas dapat menghentikan samasekali produksi insulin (Brunner and Suddarth, 2013).

2. Etiologi

a. Insulin dependent Diabetes Miletus (IDDM) atau diabetes mellitus tergantung insulin (DMTI) disebabkan oleh destruksi sel β pulau langerhans akibat proses autoimun.

1) Faktor genetik / Herediter

2) Faktor Infeksi Virus

3) Faktor imonologi

b. DM Tipe II (DM tidak bergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, dimana terjadi obesitas pada individu. Obesitas dapat menurunkan jumlah resoptor insulin dari dalam sel target insulin diseluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang evektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa

3. Tanda dan gejala

a. Poliuria (sering kencing terutama di malam hari), Polidipsi (rasa haus yang berlebihan), Polifagia (banyak makan atau cepat lapar), Kelainan kulit seperti gatal dan bisul

b. Katarak atau gangguan refraksi akibat perubahan lensa akibat lensa disababkan oleh hiperglikemia

- c. Kelainan ginekologo, seperti keputihan yang diakibatkan adanya jamur candida dan kelainan pola haid.
 - d. Impotensi pada laki-laki
 - e. Kesemutan dan mati rasa (baal) pada jari tangan dan kaki yang diakibatkan neuropati
 - f. Tubuh merasa lemah dan mudah merasah lelah
 - g. Berat badan menurun tanpa penyebab khusus
4. Cara pencegahan
- a. Menerapkan pola makan sehat
 - b. Menjalani olahraga secara rutin
 - c. Menjaga berat badan ideal
 - d. Mengelola stres dengan baik
 - e. Melakukan pengecekan gula darah secara rutin
- Pengobatan
- a. Mengawasi anggota keluarga yang sakit untuk minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran dokter
 - b. Mengetahui adanya gejala samping obat dan merujuk bila perlu
 - c. Memberikan waktu istirahat bagi anggota keluarga yang sakit minimal 8 jam
 - d. pasien minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter
 - e. Mengingatkan (membawa anggota keluarga yang sakit untuk pemeriksaan ulang bulan ke 2, 5 dan 6)

1) Mengetahui manfaat dari diet bagi penderita DM

- Untuk menurunkan kadar gulah darah dalam aliran kecil,
- menstabilkan aktifitas system tubuh.

2) menyebutkan diet yang harus dijalankan bagi penderita DM.

- Diet rendah lemak

Contoh : beras 100 gr = 1 gls, telur 50 gr = 1 brt, minyak 5 gr = 1

½ sdm, tempe 2 ptg sdg, tomat, timun, jeruk 2 buah sdg.

Sarat diet rendah lemak :

- Tinggi vitamin
 - Protein dan karbohidrat cukup
 - Mengandung mineral yang tinggi
 - Makanan diberikan dalam porsi kecil
- Diet rendah gula
- Contoh : Beras 100gr = 1 gls, ayam tanpa kulit 40gr = 1 ptg sdg, kacang hijau 20 gr = 2 sdm, jeruk 2 buah.
- Diet rendah garam
- Cukup kalori
 - Bentuk makanan sesuaikan dengan keadaan penyakit
 - Jumlah garam sesuaikan dengan beratnya pembengkakan pada kaki dan tangan dan tekanan darah.
- Contoh : memberikan garam ½ sendok the, beras 70gr = 1 gls, telur 50 gr = 1 btr, minyak 5gr = 1 ½ sdm, rempe 2 ptg sdg.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner&Suddarth, 2013, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Vol. 2, EGC, Jakarta.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH


NAMA : Florentina Vinsensia Bhoko Lamak
NIM : PO. 530320218 038
PEMBIMBING : Yustina P. M. Paschalia, S.Kep. Ns., M.Kes

NO.	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	14 April 2021	<ul style="list-style-type: none">• Konsultasi judul• Lanjut BAB I	
2.	19 April 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki Cover depan• Perbaiki cara pengetikan• Latar belakang ikuti panduan penulisan• Perbaiki penulisan Daftar Pustaka	
3.	11 Mei 2021	<ul style="list-style-type: none">• Lengkapi data dasar sesuai piramida• Tambahkan hasil penelitian• Upaya penanganan	
4.	19 Mei 2021	<ul style="list-style-type: none">• Konsultasi BAB II• Tambahkan konsep dasar masalah ikut sesuai buku SDKI.	
5.	28 Mei 2021	<ul style="list-style-type: none">• Konsultasi revisi BAB II.• Lengkapi pengkajian per pola• Lengkapi pemeriksaan fisik• Lanjut BAB III	

6.	9 Juni 2021	<p>Konsultasi BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki lokasi dan waktu studi kasus, • Teknik pengumpulan data, • Instrument pengumpulan data, dan • Analisis data. 	
7.	18 Juni 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultasi refisi BAB III • Perbaiki penulisan Daftar Pustaka 	
8.	23 Juni 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Lengkapi daftar isi • Lembar konsultasi 	
9.	11 Juli 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Siap seminar proposal • Dekati penguji • atur jadwal seminar proposal 	
10.	21 Juli 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultasi BAB IV dan V 	
11.	29 Juni 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan Cover depan • Perbaiki cara pengetikan • Perbaiki pembahasan 	
12.	23 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Lengkapi data dasar sesuai piramida • Tambahkan hasil penelitian • Tambahkan konsep solusi, saran. 	

13.	24 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pengetikan di studi kasus • Tambahkan dan perbaiki masalah 	
14	10 September 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pembahasan • Pengkajian harus sesuai 	
15	28 September 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Siap seminar studi kasus • Dekati penguji • atur jadwal seminar studi kasus 	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns, Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001






KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSULTASI PENGUJI
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Florentina Vinsensia Bhoko
NIM : PO. 530320218 038
PEMBIMBING : Martina Bedho, SST., M.Kes

NO.	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	4 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">• Edit lagi kembali makalah yang kurang lebih huruf, tanda baca, dan besar kecil huruf di pertengahan kalimat.• Cari diet DM• Pada BABII Sebelum konsep dasar, tambahkan konsep masalah keperawatan.• Lengkapi data pasien dan riwayat kesehatan sekarang muncul tahun berapa• Pemeriksaan fisik harus sesuai.	
2.	14 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">• Pahami konsep DM• Buat lagi diet DM• Perbaiki etiologi masalah yang tidak tepat• Pembahasan buat ulang sesuai penjelasan saya.	

3.	19 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Pahami konsep DM • Buat lagi diet DM • Pembahasan buat ulang sesuai penjelasan saya. 	
4.	19 Mei 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultasi BAB II • Tambahkan konsep dasar masalah ikut sesuai buku SDKI. 	
5.	21 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pembahasan sedikit lagi, 	
6.	25 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> • ACC 	

Mengetahui
 Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom
 NIP. 19660114 199102 1 001