

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI
RUANG RAFLESIA RSUD DR.SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

FARIDATUL UMMAH

NIM P17240221026



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLTEKKES KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS

KABUPATEN TRENGGALEK

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DI
RUANG RAFLESIA RSUD DR.SOEDOMO TRENGGALEK**

TUGAS AKHIR

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
program pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program Studi
Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

FARIDATUL UMMAH

NIM P17240221026



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS

KABUPATEN TRENGGALEK

2025

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama :Faridatul Ummah

Tempat tanggal lahir : Trenggalek,13 Agustus 2003

Agama : Islam

Alamat : RT 33 RW RW16,Dusun Tugu,Desa Sukorejo,
Kecamatan Gandusari,Kabupaten Trenggalek



Riwayat Pendidikan :

1. 2008 - 2010 : BA Aisyah Sukorejo
2. 2010 - 2016 : MI Muhammadiyah Sukorejo
3. 2016 - 2019 : SMPN 1 Gandusari
4. 2019 - 2022 : SMAN 2 Trenggalek
5. 2022 – 2025 : Program Studi D-III Keperawatan Kampus Kabupaten
Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Faridatul Ummah

Tempat,tanggal lahir : Trenggalek,13 Agustus 2003

NIM : P17240221026

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

Mengetahui

Pembimbing



Ns. Edi Yuswantoro,S.Kep.,M.Kep
NIP. 19770604 200501 1 013

Yang membuat pernyataan



Faridatul Ummah
NIM.P17240221026

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Faridatul Ummah (P17240221026) dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek". Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 19770604 200501 1 013

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Faridatul Ummah (P17240221026) dengan judul
"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rafflesia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek", telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada 05 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji


Mimik Christiani, SST, M.Kes.
NIP. 196912181994032005

Anggota Penguji


Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Melitus Di Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen.,M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.Ns.M.Kep., selaku Kepala Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan
- 3) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep.,M.Kes., selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
- 4) Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari seluruh pihak untuk

kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Trenggalek, 2025

Faridatul Ummah

MOTTO

Lelah bukan alasan untuk berhenti. Lelah hanyalah pengingat bahwa ada perjuangan panjang yang baru saja dilewati.

“jaga terus impian-impian itu. Usaha dan kerja keras. Doa sebagai bentuk ikhlas. Kelak,jika berhasil akan datang rasa puas.”

(Boy Candra)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Bissmillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillahirabilalamin segala puji bagi Allah Tuhan yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Beribu banyak terimakasih atas segala rahmat Mu ya Allah tidak ada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala takdir Mu sehingga saya bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir dengan segala kekurangan

Terimakasih, sudah menghadirkan orang-orang baik yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal yang baik untuk masa depan dan impian saya kedepannya.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk

Bapak dan Ibuku Tercinta

Apa yang saya dapatkan saat ini tidak lain dan tidak bukan atas restu,kasih sayang dan doa yang tak pernah putus kau panjatkan untukku terimakasih untuk segalanya mungkin ini tidak mampu membayar semua kebaikan,keringat,bahkan air mata yang kalian berikan untukku.

Terimalah keberhasilan dan gelar sebagai bukti cinta dan baktiku.

ABSTRAK

Faridatul Ummah (2025). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi D-3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Edi Yuswanto, S. Kep., M.Kep.

Diabetes mellitus sampai saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan penting karena kasusnya yang sering terjadi dan mengalami peningkatan. Diabetes mellitus sering disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat sehingga membutuhkan manajemen diri yang baik agar terhindar dari komplikasi karena kadar glukosa darah yang meningkat dan tidak terkontrol. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada pasien diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan dilakukan pada 25-27 Maret 2025. Penelitian ini memperoleh data wawancara, pemeriksaan fisik, pengumpulan data, observasi secara langsung, dan analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara fakta, teori dan opini dalam bentuk tabel. Hasil penelitian menunjukkan lebih banyak kesesuaian terhadap teori dan fakta. Peneliti merumuskan masalah keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan dan nyeri akut. Intervensi disusun berdasarkan sumber kepustakaan dan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur di tempat pengambilan kasus. Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi yang disusun. Dan evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan menggunakan SOAP. Diabetes Mellitus memerlukan perawatan khusus untuk mencapai kesembuhan dengan menjaga diet makanan, olahraga, dan rutin pengobatan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Untuk itu diharapkan klien mengikuti anjuran dalam asuhan keperawatan yang komprehensif dan rutin ke pelayanan kesehatan untuk memantau keseimbangan kadar glukosa darah.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pasien, Diabetes Mellitus

ABSTRAC

Faridatul Ummah (2025). Nursing care in Patients With Diabetes Mellitus in the room Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Scientific Paper Case Study, D-3 Nursing Study Program Trenggalek Regency Campus, Department Of Nursing, Health Polytechnic Ministry Of Health Malang. Supervisor: Ns. Edi Yuswantoro, S. Kep., M.Kep.

Diabetes mellitus is still an important health problem because cases are frequent and increasing. Diabetes mellitus is often caused by an unhealthy lifestyle that requires good self-management in order to avoid complications due to elevated and uncontrolled blood glucose levels. The purpose of this study was to provide nursing care and analyze the gap between facts and theories in patients with diabetes mellitus in the Raflesia room of Dr.soedomo Trenggalek. The research used qualitative descriptive with a case study approach and was conducted on March 25-27, 2025. This study obtained data interviews, physical examination, data collection, direct observation, and analysis is done by comparing the facts, theories and opinions in the form of tables. The results of the study showed more conformity to theory and facts. Researchers formulate nursing problems namely instability of blood glucose levels, disruption of skin/tissue integrity and acute pain. Interventions are prepared based on literature sources and carried out according to standard operating procedures at the place of taking the case. Implementation is carried out according to the intervention prepared. And the evaluation was done for 3 days using SOAP. Diabetes Mellitus requires special care to achieve healing by maintaining a diet, exercise, and medication routine so that no further complications occur. For this reason, clients are expected to follow the recommendations in comprehensive and routine nursing care to health services to monitor the balance of blood glucose levels.

Keywords: Nursing Care, Patient, Diabetes Mellitus

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
DATAR RIWAYAT HIDUP	ii
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1Latar Belakang	1
1.2Batasan Masalah.....	6
1.3Rumusan Masalah	6
1.4Tujuan Penelitian	7
1.5Manfaat Penelitian	8
BAB II	10
TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus.....	10
2.1.1Definisi.....	10
2.1.2Klasifikasi	11
2.1.3Etiologi.....	14
2.1.4Manifestasi Klinis	16
2.1.5Patofisiologi	18
2.1.6Komplikasi	22
2.1.7Pemeriksaan Diagnostik.....	28
2.1.8Penatalaksanaan	30

2.2Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus.....	36
2.2.1Pengkajian.....	37
2.2.2Analisa Data.....	47
2.2.3Diagnosa Keperawatan	48
2.2.4Intervensi	61
2.2.5Tindakan Keperawatan (Implementasi).....	71
2.2.6Evaluasi.....	72
BAB III	73
METODOLOGI PENELITIAN	73
3.1Desain Penelitian.....	73
3.2Batasan Istilah	73
3.3Partisipan.....	74
3.4Lokasi dan Waktu	74
3.4.1Lokasi Penelitian.....	724
3.4.2 Waktu Penelitian.....	724
3.5Pengumpulan Data	74
3.5.1 Bahan/Instrument dan Metode Pengumpulan Data	74
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	76
3.6Keabsahan Data.....	79
3.6.1Kepercayaan (Credibility).....	80
3.6.2 Keteralihan (Transferbility)	80
3.6.3 Kebergantungan (Dependability).....	80
3.6.4 Kepastian (Confirmability)	80
3.7Analisa Data	81
3.8Etika	82
3.8.1 Informed consent	82
3.8.2Anonymity (tanpa nama)	82
3.8.3Confidentiality (kerahasiaan).....	82
BAB IV	83
HASIL DAN PEMBAHASAN	83
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	823
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	83

4.1.2 Pengkajian.....	84
4.1.3Analisa Data.....	92
4.1.4Diagnosa Keperawatan	94
4.1.5Intervensi Keperawatan	96
4.1.6Implementasi.....	100
4.1.7Evaluasi.....	102
4.1.8Catatan Perkembangan	104
4.1.9Hasil Analisis Asuhan Keperawatan.....	114
4.2 Pembahasan.....	117
4.2.1Pengkajian.....	117
4.2.2Diagnosa Keperawatan	120
4.2.3Intervensi	121
4.2.4Implementasi.....	121
4.2.5Evaluasi.....	122
BAB V.....	124
KESIMPULAN.....	124
5.1 Kesimpulan	124
5.1.1Pengkajian.....	124
5.1.2Perumusan diagnosa	124
5.1.3Intervensi	125
5.1.4Implementasi.....	125
5.1.5Evaluasi.....	125
5.1.6 Analisa	126
5.2 Saran.....	126
5.2.1 Bagi rumah sakit	126
5.2.2 Bagi keperawatan.....	126
5.2.3 Bagi pendidikan	127
5.2.4 Bagi peneliti	127
5.2.5 Bagi peneliti yang akan datang	127
5.2.6 Bagi pasien.....	127
DAFTAR PUSTAKA.....	11728

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sistem Klasifikasi Ulkus Wagner	25
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	84
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	84
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	86
Tabel 4.4 Riwayat Psikososial	87
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	88
Tabel 4.6 Pemeriksaan Darah Lengkap	90
Tabel 4.7 Penatalaksanaan	91
Tabel 4.8 Analisa Data	92
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	94
Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan.....	96
Tabel 4.11 Implementasi	98
Tabel 4.12 Evaluasi.....	100
Tabel 4.13 Catatan Perkembangan.....	102
Tabel 4.14 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan.....	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Diabetes Mellitus (Nanda, 2015).....	19
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 LEMBAR INFORM CONSENT.....	131
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	132
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	133
Lampiran 4 Format Pengkajian.....	134
Lampiran 5 Lembar Konsultasi.....	152

DAFTAR ISTILAH

Genetik	: Istilah untuk menyatakan karakteristik seseorang yang diwariskan karena keberadaan gen
Glukosa	: Produk akhir metabolisme karbohidrat dan merupakan sumber energi utama untuk organisme hidup yang kegunaannya dikontrol insulin
Hiperglikemia	: Istilah medis untuk keadaan dimana kadar gula dalam darah lebih tinggi dari normal
Hipoglikemia	: Suatu keadaan dimana kadar gula darah (glukosa) secara abnormal rendah
Insulin	: Hormon yang mengatur tingkat gula (glukosa) dalam darah dan yang diproduksi oleh sel-sel beta dari pulau Langerhans pada pankreas
Komplikasi	: Jenis penyakit dimana seseorang mengalami dua jenis penyakit atau lebih secara bersamaan yang biasanya penyakit kedua merupakan tambahan atau lanjutan dari penyakit kedua
Ketoasidosis Diabetic	: Suatu komplikasi diabetes serius saat tubuh memproduksi asam darah (keton) berlebihan
Mikrovaskular	: Komplikasi yang terjadi pada pembuluh darah kecil :
Makrovaskular	: Komplikasi pembuluh darah arteri yang lebih besar sehingga menyebabkan aterosklerosis
Nefropati	: Masalah pada syaraf yang disebabkan oleh nyeri, kelemahan otot, mati rasa, kesemutan dan pembengkakan

DAFTAR SINGKATAN

DM	: Diabetes Mellitus
FBS	: Fasting Blood Sugar
HDL	: High - Density Lipoprotein
IDF	: International Diabetes Federation
KHDK	: Koma Hiperosmolar Non - Ketotik
Mg/dL	: Microgram per Deciliter
OHO	: Obat Hipoglikemik Oral
PGD	: Penyakit Ginjal Diabetes
PVD	: Peripheral Vascular Disease
TTGO	: Tes Toleransi Glukosa Oral
WHO	: World Health Organization
NIDDM	: Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses kegiatan meliputi pengkajian, diagnose, intervensi (rencana), implementasi (tindakan) dan evaluasi (Nugroho, 2011). Asuhan keperawatan pada diabetes mellitus merupakan memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus yang ada di layanan kesehatan untuk membantu mendapatkan kesehatan yang optimal. Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis, mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati (Renaldi, Susanto & Burhan, 2022). Diabetes mellitus sampai saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan penting di dunia termasuk Indonesia, karena kasusnya yang terus terjadi dan mengalami peningkatan (Nuraisyah, 2018). Setengah beban penyakit serius merupakan Diabetes Mellitus yang disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat (IDF, 2017). Diabetes sering disebabkan oleh faktor genetik dan perilaku atau gaya hidup seseorang (Lestari, Zulkarnain & Sijid, 2021). Diabetes Mellitus juga merupakan penyakit yang membutuhkan manajemen diri yang baik, salah satunya yaitu mengontrol glukosa darah. Kadar glukosa darah yang terus menerus meningkat dan tidak ditangani dengan benar maka dapat mengakibatkan komplikasi yang

lebih berat (Perkeni, 2017). Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga dalam tingkat pengetahuan mempengaruhi sikap dalam mengubah perilaku manusia terutama dalam memilih atau menerapkan pola makan yang tidak tepat sehingga dapat menyebabkan kadar gula darah meningkat (Zhafirah & Palupi, 2019). Diabetes Mellitus memerlukan perawatan yang komprehensif agar tidak menimbulkan beberapa masalah keperawatan yang dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia (Sudoyo, 2014). Masalah keperawatan yang muncul akibat dari gejala yang tidak segera ditangani antara lain gangguan perfusi jaringan, risiko ketidakseimbangan cairan, defisiensi nutrisi, ketidakstabilan glukosa darah, pola nafas tidak efektif, integritas kulit, nyeri akut dan risiko infeksi (NANDA, 2015). Perkembangan komplikasi diabetes mellitus disebabkan ketidaktaatan atau keterlambatan masyarakat dalam melakukan pengukuran gula darah secara teratur. Kebanyakan Masyarakat datang ke rumah sakit atau puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan setelah mengalami komplikasi sehingga terjadi keterlambatan dalam pengobatan (Kusuma & Hidayat, 2011).

International Diabetes Federation pada tahun 2021 melaporkan bahwa 537 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta (1 dari 9 orang dewasa) pada tahun 2030 dan 784 juta (1 dari 8 orang dewasa) pada tahun 2045. Diabetes mellitus menyebabkan 6,7 juta kematian pada tahun 2021. Diperkirakan 44% orang dewasa yang hidup dengan diabetes (240 juta orang) tidak terdiagnosis. 541 juta orang

dewasa di seluruh dunia, atau 1 dari 10, mengalami gangguan toleransi glukosa, menempatkan mereka pada risiko tinggi terkena diabetes (IDF,2021). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2021 sebanyak 19,47 juta jiwa (Kemenkes RI, 2022). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah penderita diabetes mellitus di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2021 mencapai 929.535 kasus. Dari jumlah tersebut diestimasikan sebanyak 867.257 penderita (93,3%) yang telah terdiganosis dan mendapatkan pelayanan kesehatan (Dinkes Jatim, 2022). Menurut Profil Kesehatan Trenggalek tahun 2018 jumlah penderita diabetes mellitus sebanyak 2.105 per 100.000 penduduk. Meningkat signifikan pada tahun 2019 menjadi 3.684 per 100.000 penduduk (Dinkes Trenggalek, 2018 dan 2019). Dan pada tahun 2021 Kabupaten Trenggalek menempati jumlah penderita diabetes mellitus sebanyak 11.384 jiwa (Dinkes Jatim,2021). Data pasien Diabetes Melitus Di Ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2024 periode bulan Januari - Desember mencapai 394 kasus dan pada tahun 2025 periode bulan Februari-Maret mencapai 107 kasus (Register Rawat Inap,2025).

Diabetes merupakan penyakit menahun (kronis) berupa gangguan metabolic dan ditandai dengan kadar gula darah yang melebihi batas normal. Penyebab kenaikan kadar gula darah tersebut menjadi landasan pengelompokkan jenis Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus Tipe 1 disebabkan oleh kenaikan kadar gula darah karena kerusakan sel beta pancreas sehingga produksi insulin tidak ada sama sekali. Insulin adalah

hormone yang dihasilkan oleh pancreas untuk mencerna gula dalam darah. Pada penderita diabetes tipe ini membutuhkan asupan insulin dari luar tubuhnya. Diabetes Mellitus Tipe 2 disebabkan oleh kenaikan gula darah karena penurunan sekresi insulin yang rendah oleh kelenjar pancreas. (Risksedas, 2018). Diabetes Melitus mempunyai beberapa faktor pemicu antara lain pola makan, obesitas (kegemukan), faktor genetik, bahan-bahan kimia dan obat-obatan, penyakit dan infeksi pada pankreas (Stevani, 2017). Gaya hidup dengan pola makan tinggi lemak, garam, gula, serta keseringan mengkonsumsi makanan secara berlebihan, selain itu pola makan makanan yang serba instan dan berbagai jenis gorengan yang saat ini memang sangat digemari sebagian masyarakat, tetapi mengakibatkan peningkatan kadar gula darah (Widayanti et al., 2017). Terlalu sering mengonsumsi makanan yang tidak sehat dapat menyebabkan kelainan metabolisme yang mengakibatkan komplikasi kronik pada tingkat pembuluh darah besar (makrovaskuler) berupa jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, penyakit pembuluh darah perifer, sedangkan pada tingkat pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) berupa kerusakan retina mata (retinopati), kerusakan ginjal (nefropati), dan kerusakan saraf (neuropati) (Sinta, 2011). Gejala awal diabetes mellitus seingkali tidak terdeteksi dan dapat dideteksi setelah berlangsung selama 7 tahun sebelum diagnose ditegakkan (Khairani, 2012). Tanda gejala yang umumnya muncul pada penderita Diabetes mellitus diantaranya polidipsia (sering merasa haus), poliuria (sering buang air kecil), polifagia (banyak makan), penurunan berat badan, kesemutan dan adanya ulkus pada kulit

(PERKENI,2011). Pada pasien Diabetes mellitus memerlukan asuhan keperawatan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut terjadi karena tanda gejala yang umum membuat pasien tidak mengetahui dan merasa tidak sakit, sehingga melalaikan pengobatan dan perawatan (Desvita, 2012).

Diabetes mellitus memiliki faktor resiko yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi (usia, jenis kelamin, riwayat diabetes mellitus pada keluarga) dan faktor yang dapat dimodifikasi (berat badan berlebih, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, gangguan profil lipid dalam darah atau trigliserida > 250 mg/dL, dan diet tidak sehat tinggi gula serta rendah serat) (Kemenkes RI, 2020). Upaya pengendalian faktor risiko dapat mencegah terjadinya diabetes mellitus dan menurunkan tingkat fatalitas. Sehingga diperlukan penatalaksanaan pada pasien diabetes mellitus dengan penanganan yang terbagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan secara farmakologi dan penatalaksanaan secara non farmakologi. Terapi farmakologi pada pasien Diabetes Mellitus dengan pemberian obat atau senyawa dan pengelompokannya berupa terapi Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dan pemberian terapi insulin sesuai dengan dosis yang tepat (Perkeni, 2011). Pengelolaan terapi non farmakologi merupakan terapi yang diberikan tanpa menggunakan obat dan dengan pengaturan diet dengan pembatasan kalori serta olahraga (Farmasi & Alkes, 2005). Penatalaksanaan terapi pada pasien diabetes mellitus harus diperhatikan seperti perlunya pendidikan kesehatan dan informasi untuk membantu pemecahan masalah pasien agar terhindar dari komplikasi. Sehingga peran aktif tenaga keperawatan sangat diperlukan disini. (Kusnanto,2019).

Dalam terjadinya komplikasi penatalaksanaan dapat dilakukan melalui proses asuhan keperawatan yang ekstensif dimulai dengan pengkajian,diagnosis,rencana tindakan keperawatan,pelaksanaan tindakan pengobatan yang telah ditentukan,evaluasi dan dokumentasi hasil tindakan kepada pasien.

Berdasarkan uraian diatas penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai ***“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”***

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah merupakan upaya untuk membatasi lingkup masalah yang terlalu luas sehingga penelitian bisa lebih fokus dilakukan. Batasan masalah pada karya tulis ilmiah ini dibatasi pada pasien Diabetes Mellitus dengan komplikasi ulkus di Ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pertanyaan yang lengkap dan rinci mengenai ruang lingkup masalah yang akan diteliti didasarkan atas identifikasi masalah dan pembatasan masalah. Berdasarkan uraian tersebut pertanyaan masalah dapat dirumuskan sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Melakukan analisis antara teori dan fakta pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang Raflesia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi dalam pelaksanaan praktik keperawatan khususnya pada pasien Diabetes Mellitus.

2) Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi bagi profesi keperawatan dalam pengembangan pelayanan medis terkait asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus.

3) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam karya keperawatan dan sebagai bahan perkuliahan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus.

4) Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pengalaman pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus serta dalam pengembangan penerapan ilmu yang

diperoleh dapat menambah pengetahuan dan pemahaman bagi penulis.

5) Bagi penelitian yang akan datang

Hasil penelitian ini memberikan data untuk penelitian keperawatan masa depan pada pasien Diabetes Mellitus.

6) Bagi klien

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi atau wawasan dalam penatalaksanaan pada pasien Diabetes Mellitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi

Diabetes Mellitus merupakan kumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemi) sebagai akibat dari kurangnya produksi hormon insulin oleh sel beta pankreas, gangguan aktivitas kerja insulin atau keduanya (Bruner & Suddarth, 2015).

Diabetes Mellitus adalah penyakit hiperglikemia yang disebabkan oleh gangguan metabolisme yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin atau keduanya dan dapat menyebabkan komplikasi kronis (Crowin, 2009). Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit kronik yang terjadi ketika pankreas tidak cukup dalam memproduksi insulin atau ketika tubuh tidak efisien menggunakan insulin itu sendiri. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula darah. Hiperglikemia atau kenaikan kadar gula darah, adalah efek yang tidak terkontrol dari diabetes dan dalam waktu panjang dapat terjadi kerusakan yang serius pada beberapa sistem tubuh, khususnya pada pembuluh darah jantung (penyakit jantung koroner), mata (dapat terjadi kebutaan), ginjal (dapat terjadi gagal ginjal) (WHO, 2011).

Dari peneliti menyimpulkan diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat ketidakmampuan pancreas memproduksi insulin.

2.1.2 Klasifikasi

Diabetes melitus menurut ADA (2020) dibagi menjadi 4, sebagai berikut:

1) Diabetes melitus tipe 1

DM tipe 1 juga biasa disebut dengan Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM). DM tipe ini hanya tergantung insulin yang merupakan kelainan sistemik akibat terjadinya gangguan metabolisme glukosa yang ditandai dengan hiperglikemik kronik (Nusantara, 2019). Menurut ADA (2020) DM tipe 1 disebabkan oleh kerusakan sel B pada pankreas akibat dari proses autoimun yang menyebabkan produksi insulin berkurang bahkan terhenti. Kondisi tersebut mengakibatkan tubuh memerlukan insulin dari luar tubuh. Faktor yang sangat berperan dalam terjadinya diabetes melitus tipe 1 adalah genetik dan lingkungan. Walaupun hampir 80% penderita tidak mempunyai riwayat keluarga dengan penyakit serupa, namun faktor genetik sangat berperan dalam patogenesis DM tipe 1. DM tipe 1 ini biasanya terjadi pada anak atau remaja. Dapat terjadi pada anak laki-laki maupun perempuan. Gejala yang timbul biasanya terjadi secara mendadak dan bisa langsung berat, bahkan sampai terjadi koma

apabila anak tidak segera mendapatkan insulin dari luar tubuh (Tandra, 2014). Insulin dari luar tubuh bisa didapatkan dengan cara melakukan suntikan insulin.

2) Diabetes melitus tipe 2

DM tipe 2 biasanya disebut dengan NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus). Diabetes tipe ini tidak tergantung dengan insulin. Pankreas mampu memproduksi insulin, namun kurang dari kebutuhan tubuh. Kondisi ini disebabkan karena gangguan sekresi dan retensi pada insulin sehingga memerlukan tambahan insulin dari luar tubuh (Nusantara, 2019). Sedangkan menurut Simatupang (2020), menjelaskan bahwa pada penderita DM tipe 2 terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang menyebabkan kemampuan insulin menurun untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa dalam hati. DM tipe 2 terjadi pada usia lebih dari 40 tahun. Diabetes mellitus tipe 2 terjadi karena berbagai penyebab, antara lain karena dominasi resistensi yang disertai kekurangan insulin relatif dan dominan defek sekresi insulin yang disertai resistensi insulin (Fandinata, 2017). DM tipe 2 ini merupakan yang sering terjadi pada masyarakat.

3) Diabetes Mellitus Gestational

Diabetes Mellitus Gestasional merupakan suatu keadaan yang dialami oleh wanita di mana pada sebelumnya, wanita itu belum pernah didiagnosis diabetes yang kemudian menunjukkan kadar glukosa tinggi selama kehamilan (Kurniawan, 2016). Diagnosis ini terjadi pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, namun ada kemungkinan sebelum kehamilan tetapi tidak terdiagnosis. Diabetes Mellitus Gestasional terjadi karena pembentukan beberapa hormon pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin (Association, 2021). Diabetes Mellitus gestasional berkaitan erat dengan komplikasi selama kehamilan seperti meningkatnya kebutuhan seksio sesarea, meningkatnya risiko ketonemia, preeklampsia dan infeksi traktus urinaria, serta meningkatnya gangguan perinatal (Kurniawan, 2016).

4) Diabetes Tipe Lain

Diabetes tipe lain merupakan diabetes yang disebabkan oleh gangguan endokrin yang mengakibatkan peningkatan glukosa hati dan penurunan penggunaan glukosa oleh sel sehingga menimbulkan hiperglikemi. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pancreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti

akromegali atau syndrome chusing, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati (Damayanti Santi, 2016).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit Diabetes Mellitus belum diketahui secara lengkap. Kemungkinan faktor penyebab dan faktor risiko penyakit Diabetes Mellitus secara umum yaitu:

1) Faktor genetik

Faktor genetik dapat langsung mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan rangsang sekretoris insulin. Keadaan ini meningkatkan kerentanan individu terhadap faktor - faktor lingkungan yang dapat mengubah integritas dan fungsi sel beta pankreas (Santi Damayanti, 2016). Keturunan merupakan faktor yang tidak dapat diubah. Bila ada anggota keluarga yang terkena diabetes, maka keturunan juga dapat beresiko menjadi penderita diabetes (Tandra, H, 2013)

2) Usia

Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 dan Usia terbanyak terkena Diabetes Melitus adalah 45 tahun. (Infodatin, 2014)

3) Riwayat Keluarga

Orang dengan riwayat keluarga menderita diabetes memiliki risiko lebih besar dibandingkan orang tanpa diabetes. Diabetes tipe II meningkat 2-6 kali lipat jika orang tua atau saudara

kandung menderita penyakit tersebut. Risiko mengalami DM tipe 2 pada kembar identik adalah 75-90%, hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik (keturunan) memegang peranan yang sangat penting (Sudaryanto, 2014).

4) Stress

Beberapa pasien DM tipe II mengalami obesitas sehingga mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada usia muda. Orang dewasa dengan diabetes memiliki risiko dua kali lipat mengalami depresi dibandingkan dengan kelompok non-DM (Nadeau et al, 2008). Stres pada penderita diabetes dapat mengubah kebiasaan makan, olahraga, penggunaan obat-obatan dan hal-hal lain yang menyebabkan hiperglikemia (Damayanti, 2016)

5) Pola makan

Kurang gizi atau kelebihan berat badan dapat meningkatkan risiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan disfungsi atau resistensi insulin. Ketidakseimbangan pankreas juga dipengaruhi oleh kebiasaan makan yang tidak teratur dan kecenderungan terlambat. Tubuh secara umum membutuhkan diet seimbang agar menghasilkan energi untuk melakukan fungsi-fungsi vital. Terlalu banyak makanan akan menghambat pankreas untuk menjalankan fungsi sekresi insulin. Jika sekresi insulin

terhambat maka kadar gula dalam darah akan meningkat (Waspadji, 2014).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Manurung (2018), gangguan metabolisme karbohidrat menyebabkan tubuh kekurangan energi, itu sebabnya penderita Diabetes Mellitus umumnya terlihat lemas, lemah dan tidak bugar. Tanda dan gejala yang dirasakan oleh penderita Diabetes Mellitus adalah:

1) Poliuria (Sering Kencing/Miksi)

Kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan sebagian glukosa harus dikeluarkan oleh ginjal bersama urin sebagai akibat dari kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi tubulus ginjal yang terbatas. Untuk memudahkan pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air sehingga frekuensi kencing/miksi menjadi meningkat (Tarwoto, 2012).

2) Polidipsi (Sering haus)

Meningkatnya frekuensi kencing/miksi pada klien Diabetes Mellitus menyebabkan tubuh mengalami dehidrasi yang merangsang tubuh untuk meningkatkan rasa haus (Tarwoto, 2012).

3) Polifagia (Mudah lapar)

Pada klien Diabetes Mellitus terjadi peningkatan katabolisme, pemecahan glikogen untuk energi yang mengakibatkan

cadangan energi pada tubuh berkurang sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar (Tarwoto, 2012).

4) Penurunan berat badan dan kelemahan

Pada klien Diabetes Mellitus glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan energi. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot yang mengakibatkan tubuh kehilangan potassium sehingga klien menjadi kurus dan mudah lelah (Tholib, 2016).

5) Perubahan Penglihatan Secara Mendadak (Kabur)

Pada kondisi kronis, peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) menyebabkan aliran darah menjadi lambat dan sirkulasi ke vaskuler tidak lancar termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa yang mengakibatkan penglihatan menjadi kabur bahkan sampai mengalami kebutaan (Tarwoto, 2012).

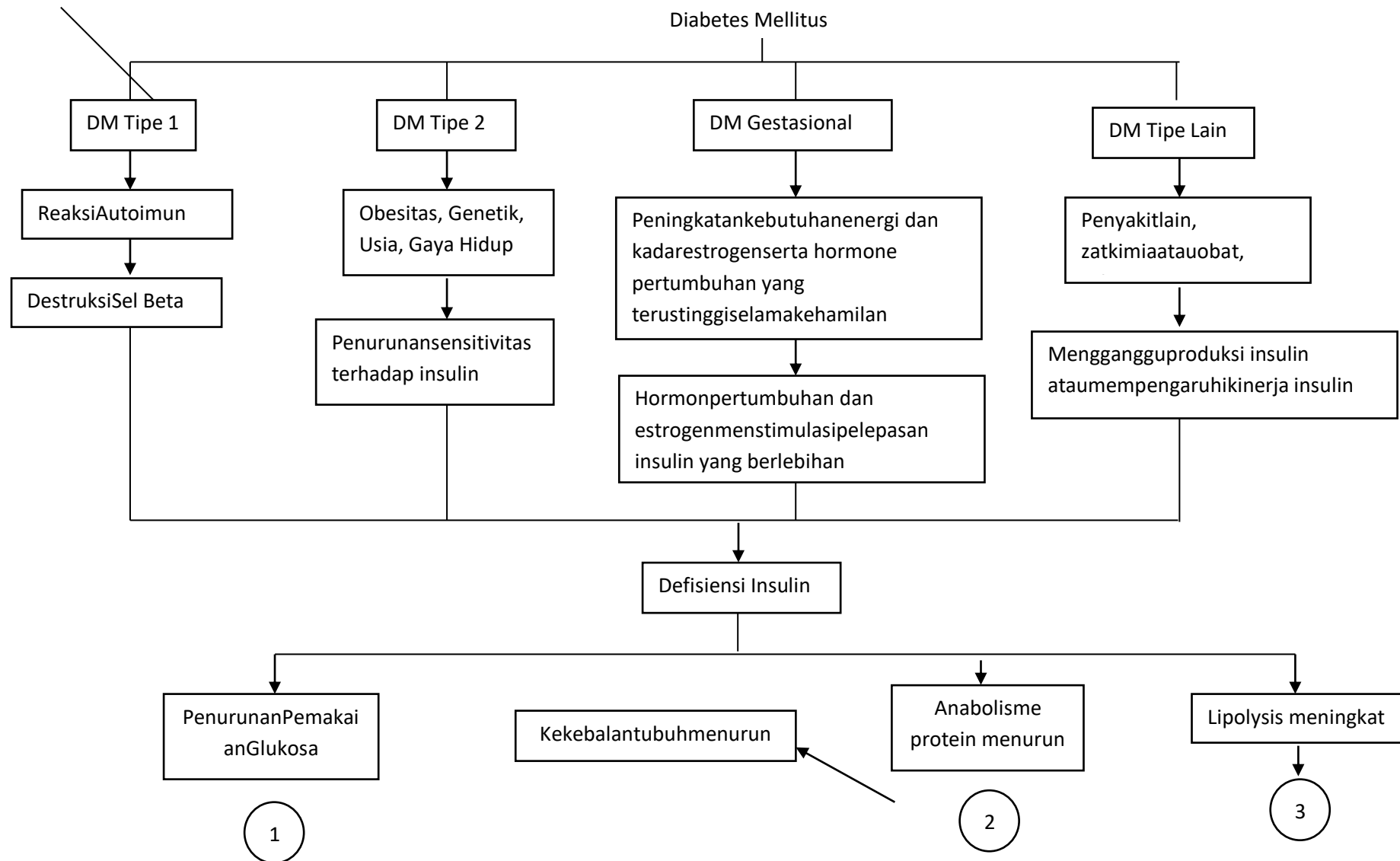
6) Infeksi kulit

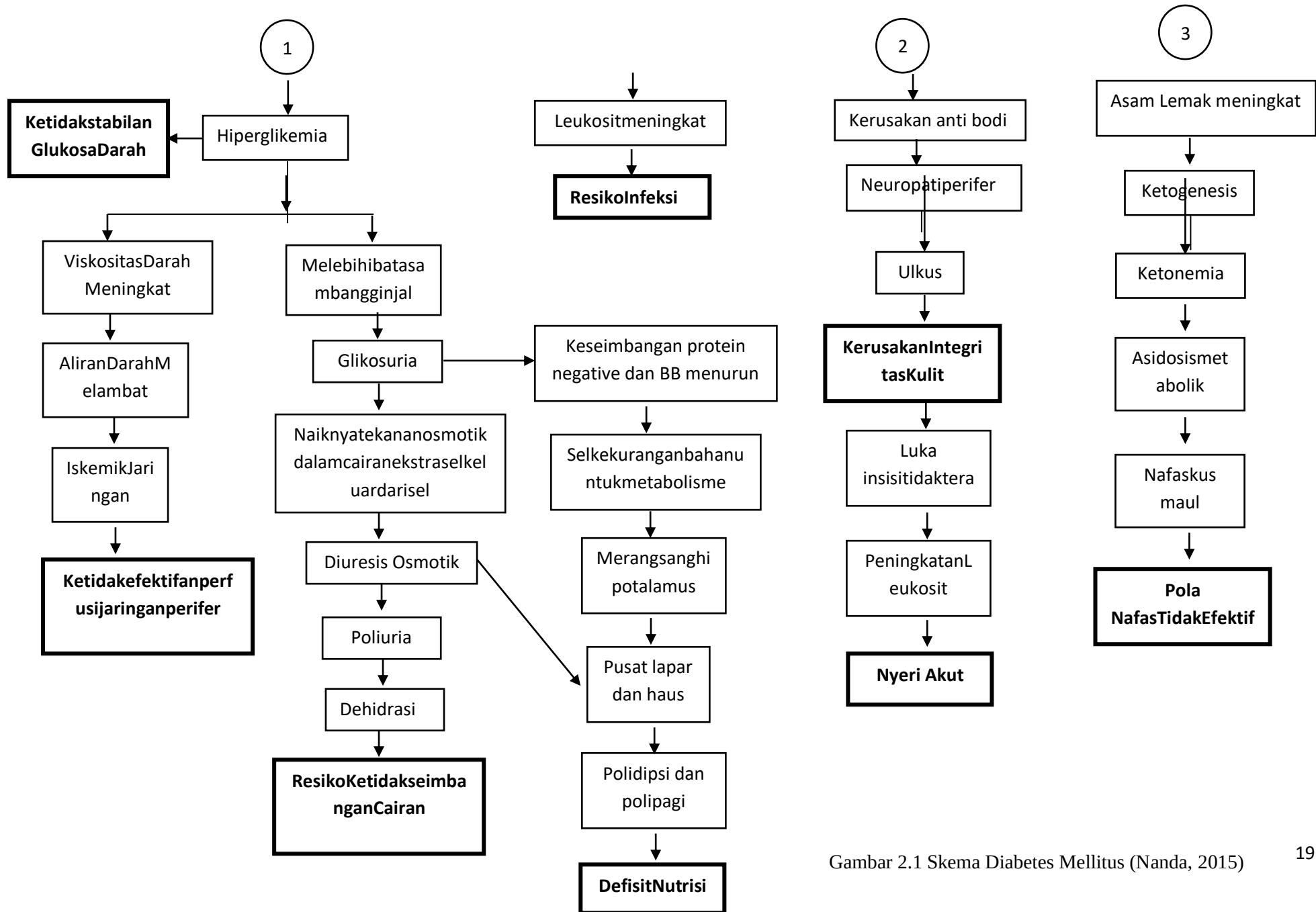
Virus dan bakteri yang masuk ke dalam pankreas akan merusak sel-sel beta pankreas sehingga terjadi penurunan fungsi pankreas dan juga bisa merusak imun dalam sel beta atau autoimun (Aini & Aridiana, 2016).

7) Adanya lesi atau luka yang sulit sembuh (Damayanti Santi, 2016).

2.1.5 Patofisiologi

a) Skema





Gambar 2.1 Skema Diabetes Mellitus (Nanda, 2015)

b) Uraian

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang terjadi karena kerusakan sel beta pankreas yang menyebabkan ketidakmampuan pankreas dalam menghasilkan insulin. Pada Diabetes Mellitus tipe 1 terjadi karena ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Pada Diabetes Mellitus tipe 2 terjadi karena penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin. Penderita Diabetes Mellitus tipe 1 maupun tipe 2 kurang mampu menggunakan glukosa yang diperoleh melalui makanan karena glukosa terakumulasi dalam plasma darah dan apabila melebihi batas normal akan terjadi hiperglikemia dan muncul masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Kadar glukosa tinggi akan menyebabkan viskositas darah meningkat sehingga terjadi aliran darah melambat yang mengakibatkan iskemia jaringan dan muncul masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

Apabila konsentrasi glukosa dalam plasma darah dapat menyerap kembali dengan cukup tinggi, maka ginjal tidak mampu menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar. Glukosa akan muncul dalam urine (glukosuria) ketika glukosa yang berlebih dieksresikan dalam urine. Ekskresi ini akan disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan tersebut dinamakan dengan diuresis

osmotik sehingga klien dapat mengalami peningkatan dalam berkemih atau poliuria yang dapat menyebabkan dehidrasi dan akan muncul masalah keperawatan kekurangan volume cairan. Glikosuria akan menyebabkan keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun yang akan membuat sel kekurangan bahan untuk metabolisme sehingga merangsang hipotalamus untuk pusat lapar dan haus dan muncul masalah keperawatan defisit nutrisi.

Pada metabolisme protein terjadi penurunan anabolisme protein yang menyebabkan terjadinya kerusakan vaskuler pada neuropati perifer yang dapat mengakibatkan ulkus dan muncul masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Adanya ulkus pada permukaan kaki akan mengakibatkan peningkatan leukosit. Luka pada permukaan kaki mengeluarkan histamine dan prostaglandin yang menyebabkan klien merasa nyeri. Sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut. Selain itu penurunan anabolisme protein juga menyebabkan kerusakan anti bodi pada tubuh sehingga kekebalan tubuh menurun dan terjadi peningkatan leukosit sehingga muncul masalah keperawatan infeksi.

Pada metabolisme lemak lipolisis akan meningkat dan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu

keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketogenesis yang diakibatkannya dapat menyebabkan asidosis metabolik sehingga terjadi napas kussmaul dan muncul masalah keperawatan pola napas tidak efektif.

2.1.6 Komplikasi

Klien dengan Diabetes Mellitus berisiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis, diantaranya:

1) Komplikasi Akut

a) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (<50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita Diabetes Mellitus tipe 1 yang dapat dialami 12 kali per minggu. Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel - sel otak tidak mendapatkan suplai energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat rusak (Fatimah, 2015).

b) Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah ketika kadar gula darah naik secara tiba tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, meliputi ketoasidosis diabetikum, koma hiperosmolar non ketotik (KHNK) dan asidosis kemolakto (Fatimah, 2015).

c) Ketoasidosis metabolic

Ketoasidosis metabolik adalah keadaan yang disebabkan karena tidak adanya insulin atau ketidak cukupan jumlah insulin yang menyebabkan kekacauan metabolisme lemak, karbohidrat dan protein. Ada tiga gambaran klinis ketoasidosis metabolik yaitu, dehidrasi, kehilangan elektrolit, dan asidosis (Fatimah, 2015).

2) Komplikasi Kronis

a) Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi ini disebabkan karena perubahan ukuran diameter pembuluh darah. Komplikasi makrovaskuler yang paling sering terjadi adalah penyakit arteri koroner, penyakit cerebrovaskuler dan penyakit vaskuler perifer (Damayanti, 2016)

b) Komplikasi mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler melibatkan kelainan struktur dalam membran pembuluh darah kecil dan kapiler. Komplikasi mikrovaskuler terjadi di retina yang menyebabkan retinopati diabetik dan di ginjal menyebabkan nefropati diabetik (Damayanti, 2016)

c) Komplikasi neuropati

Neuropati diabetik merupakan sindroma penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, yaitu saraf perifer, otonom dan spinal. Komplikasi neuropati perifer dan

otonom menimbulkan permasalahan di kaki, yaitu ulkus kaki diabetic. Pada umumnya tidak terjadi dalam 5-10 tahun pertama diagnosis, tetapi tanda- tanda komplikasi mungkin ditemukan pada saat mulai terdiagnosis Diabetes Mellitus tipe 2 karena Diabetes Mellitus yang dialami klien tidak terdiagnosis selama bertahun-tahun (Damayanti, 2016).

d) Gangren (Kaki Diabetik)

1) Konsep Luka Kaki Diabetik

Faktor yang berpengaruh terhadap kejadian gangren pada penderita DM diantaranya adalah neuropati, tidak terkontrol gula darah (hiperglikemi yang berkepanjangan akan menginisiasi terjadinya hiperglisolia (keadaan dimana sel kebanjiran masuknya glukosa akibat hiperglikemia kronik), hiperglisolia kronik akan mengubah homeostasis biokimiawi sel yang kemudian berpotensi untuk terjadinya perubahan dasar terbentuknya komplikasi DM. Gangren adalah rusak dan membusuknya jaringan, daerah yang terkena gangren rata-rata bagian ujung-ujung kaki atau tangan.

2) Klasifikasi Luka Kaki Diabetik

Berdasarkan system klasifikasi telah dibuat yang didasarkan pada beberapa parameter yaitu luasnya infeksi,neuropati,iskemia,kedalaman atau luasnya luka

dan lokasi (Aini & Adriani 2016). Ada beberapa sistem klasifikasi namun yang paling umum digunakan adalah Wagner-Ulcer Clasification (Nisak,2021).

Tabel 2.1 Sistem Klasifikasi Ulkus Wagner

Grade	Keterangan
Grade 0	Tidak ada luka terbuka,mungkin terdapat deformitas atau selulitis
Grade 1	Ulkus diabetes superficial (parsial atau full thickness),tetapi belum mengenai jaringan
Grade 2	Ulkus meluas sampai ligamen,tendon,kapsula sendi atau fascia dalam tanpa abses atau osteomielitis
Grade 3	Ulkus dalam dengan abses,osteomielitis atau sepsis sendi
Grade 4	Gangren yang terbatas pada kaki bagian depan atau tumit
Grade 5	Gangren yang meluas meliputi seluruh kaki atau sebagian tungkai

3) Pemeriksaan Luka Kaki Diabetik

Menurut Hariani (2015), pemeriksaan luka kaki Diabetes Mellitus meliputi beberapa hal berikut:

(a) Tanda neuropati perifer, meliputi hilangnya sensasi rasa getar dan posisi, hilangnya refleks tendon dalam, ulserasi tropik, foot drop, atrofi otot, dan pembentukan kalus hipertropik khususnya pada daerah penekanan misalnya pada tumit.

(b) Status neurologis, dapat diperiksa dengan menggunakan monofilament Semmes-Weinsten untuk mengetahui apakah penderita masih memiliki "sensasi protektif. Pemeriksaan menunjukkan hasil hasil

abnormal jika penderita tidak dapat merasakan sentuhan monofilamen ketika ditekankan pada kaki dengan tekanan yang cukup sampai monofilamen bengkok

(c) Hasil pemeriksaan darah menunjukkan leukositosis yang mungkin menandakan adanya abses atau infeksi lainnya pada kaki. Penyembuhan luka dihambat oleh adanya anemia. Adanya isufisiensi arterial yang telah ada, keadaan anemia menimbulkan nyeri saat istirahat

(d) Pemeriksaan profil metabolik yang meliputi pengukuran kadar glukosa darah, glikohemoglobin, dan kreatinin serum dapat membantu dalam menentukan kecukupan regulasi glukosa dan fungsi ginjal

(e) Pemeriksaan foto polos pada kaki diabetik dapat menunjukkan demineralisasi dan sendi Charcot serta adanya osteomielitis

4) Pencegahan Luka Kaki Diabetik

Pengawasan dan perawatan penyakit diabetes dapat mencegah ulkus diabetes. Regulasi kadar gula darah dapat mencegah neuropati perifer atau mencegah keadaan yang lebih buruk. Penderita diabetes harus memeriksa kakinya setiap hari, menjaga kakinya tetap bersih dengan sabun dan air, serta menjaga kelembapan kaki dengan pelembap topikal. Sepatu dan alas kaki harus dipilih secara khusus untuk mencegah adanya

gesekan atau tekanan pada kaki. Cara melakukan perawatan kaki pada pasien diabetes adalah sebagai berikut (Katsilambors, 2013)

- 1) Mencuci kaki dengan sabun dan air hangat (kaki tidak boleh direndam, karena akan mudah infeksi) kemudian keringkan sampai sela-sela jari kaki
- 2) Berikan pelembap untuk mencegah kaki kering (tetapi jangan mengoleskan pelembap pada sela-sela jari kaki)
- 3) Saat melakukan perawatan kaki, perhatikan kondisi kaki (misalnya apakah ada kemerahan, kapalan atau kulit mengeras, luka, kondisi kuku dan warna kulit kaki. Warna kulit kaki biru atau hitam menandakan aliran darah yang buruk).
- 4) Gunting kuku jari dengan arah lurus. Kikir ujung-ujung kuku yang tajam dengan pengikir kuku dan jangan menggunting kutikula kuku.
- 5) Memakai alas kaki yang nyaman (tidak boleh kebesaran atau kekecilan karena akan menyebabkan kaki lecet), baik di dalam maupun diluar rumah. Pasien tidak boleh berjalan tanpa alas kaki. Tidak boleh memakai sepatu tanpa kaos kaki. Sepatu baru tidak boleh dipakai lebih dari satu jam dalam sehari dan kaki harus

diperiksa setelah memakai sepatu baru. Bila ada tanda-tanda iritasi harus dilaporkan ke petugas kesehatan.

6) Agar aliran darah ke kaki baik, angkat kaki saat duduk. Lalu gerakkan jari-jari kaki dan pergelangan kaki ke atas dan bawah selama 5 menit sebanyak 2-3 kali sehari, dan jangan melipat kaki dalam waktu lama,

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Untuk menentukan penyakit Diabetes Mellitus, pasien juga dilakukan test diagnostik, diantaranya:

- 1) Pemeriksaan gula darah puasa Hasil:
 - a) Normal: 80-120mg/100ml serum
 - b) Abnormal: 140mg/100ml atau lebih
- 2) Pemeriksaan gula darah postprandial Hasil:
 - a) Normal: <120mg/100ml serum
 - b) Abnormal: >200mg/100ml serum
- 3) Pemeriksaan toleransi glukosa oral atau oral glukosa tolerance test (TTGO) Hasil:
 - a) Normal puncaknya jam pertama setelah pemberian 140mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian
 - b) Abnormal peningkatan glukosa pada jam pertama tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positif glukosa
- 4) Pemeriksaan glukosa urine
 Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-

obatan seperti aspirin, vitamin C dan beberapa antibiotik, adanya kelainan ginjal dan pada lansia dimana ambang ginjal meningkat. Adanya glukosuria menunjukkan bahwa ambang ginjal terhadap glukosa terganggu.

5) Pemeriksaanketon urine

Badan keton merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. Jumlah keton yang besar pada urin akan merubah pereaksi pada strip menjadi keunguan. Adanya ketonuria menunjukan adanya ketoasidosis.

6) Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserid, dapat meningkat karena ketidakadekuatan kontrol glikemik

7) Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Test ini mengukur presentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin. Pemeriksaan ini menunjukan kadar glukosa darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai dengan usia eritrosit. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi risiko komplikasi. Hasil HbA1c tidak berubah karena pengaruh kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan HbA1c dilakukan untuk diagnosis dan pada interval tertentu dilakukan untuk mengevaluasi penatalaksanaan diabetes mellitus, direkomendasikan dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien

DM. Kadar yang direkomendasikan oleh ADA adalah $<7\%$.
(Tarwoto, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi diabetes adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah untuk mengurangi komplikasi yang ditimbulkan akibat Diabetes Mellitus. Caranya yaitu menjaga kadar glukosa dalam batas normal tanpa terjadi hipoglikemia serta memelihara kualitas hidup yang baik (Smeltzer, 2016). Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes yaitu :

1) Manajemen diet

Makan-makanan yang beraneka ragam yang menjamin terpenuhinya kecukupan sumber zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur.

a) Sumber zat tenaga

Sumber zat tenaga antara lain beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti, dan mi. Makanan sumber zat tenaga sangat penting menunjang aktivitas sehari-hari

b) Sumber zat pembangun

Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari bahan nabati antara lain kacang-kacangan, tempe, tahu. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari hewani diantaranya telur, ikan, ayam, daging, dan susu. Zat

pembangun berperan penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang.

c) Sumber zat pengatur makanan

sumber zat pengatur adalah jenis sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan mineral yang sangat berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ-organ tubuh.

d) Dianjurkan makan makanan untuk memenuhi kecukupan energi

Kebutuhan energi pasien diabetes bergantung pada umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, dan kegiatan fisik, keadaan penyakit serta pengobatannya. Energi yang dibutuhkan dinyatakan dengan sesuai kalori. Susunan makanan yang baik untuk pasien diabetes mengandung jumlah kalori yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing orang.

Komposisi makanan tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) 10-15% protein
- 2) 20-25% lemak
- 3) 60-70% karbohidrat

e) Dianjurkan makan makanan sumber karbohidrat sebagian dan kebutuhan energi (karbohidrat kompleks dan serat, serta batasi karbohidrat sederhana).

f) Karbohidrat kompleks atau tepung-tepungan

Makanan sumber karbohidrat kompleks adalah padi-padian (beras,

jagung, gandum), umbi-umbian (singkong, ubi jalar, kentang), dan sagu.

- g) Karbohidrat sederhana Makanan sumber karbohidrat sederhana adalah gula, sirup, cake, dan selai. Karbohidrat sederhana juga terdapat pada buah, sayuran, dan susu. Bagi penderita diabetes dianjurkan konsumsi tidak lebih dari 5% total kalori (3-4 sendok) makan sehari.

h) Serat

Serat adalah bagian karbohidrat yang tak dapat dicerna. Serat banyak terdapat pada buah-buahan, sayuran, padi-padian, dan produk sereal. Makanan cukup serat memberi keuntungan pada penderita diabetes, diantaranya:

- 1) Perasaan kenyang dan puas yang membantu mengendalikan nafsu makan dan penurunan berat badan
- 2) Makanan tinggi serat biasanya rendah kalori
- 3) Membantu buang air besar secara teratur
- 4) Memperlambat penyerapan glukosa darah sehingga mempunyai efek pada penurunan glukosa darah
- 5) Menurunkan kadar lemak darah

Batasi konsumsi lemak, minyak, dan santan sampai seperempat kecukupan energi. Penyandang diabetes mempunyai risiko tinggi untuk terkena penyakit jantung dan pembuluh darah, karena itu lemak dan kolesterol dalam makanan perlu dibatasi. Kurangi mengonsumsi makanan

tinggi kolesterol seperti otak, kuning telur, ginjal, hati, daging berlemak, keju, dan mentega.

- i) Menggunakan garam yang beryodium (gunakan garam secukupnya saja).

Penyandang diabetes yang mempunyai tekanan darah tinggi (hipertensi) perlu berhati-hati pada asupan natrium. Anjuran asupan natrium untuk diabetes sama seperti untuk orang normal yaitu +3.000 mg/ hari yaitu kira-kira 6-7 gram (satu sendok teh) yang digunakan.

- j) Dianjurkan makan makanan sumber zat besi (Fe)

Untuk menghindari anemia yang diderita penyandang diabetes maka perlu mengkonsumsi cukup zat besi. Bahan makanan sumber zat besi antara lain sayuran berwarna hijau dan kacang-kacangan.

- k) Makan pagi secara rutin

Penyandang diabetes terutama yang menggunakan obat penurunan glukosa darah ataupun suntikan insulin, tidak makan pagi akan sangat berisiko karena dapat menyebabkan hipoglikemia (penurunan kadar gula darah) (Ali, 2016).

2) Latihan Fisik (Olahraga)

Latihan fisik merupakan aspek penting dalam promosi kesehatan. Latihan fisik dapat meningkatkan sirkulasi, membantu mengendalikan berat badan, menurunkan tekanan

darah. klien yang menggunakan obat dalam mengontrol gula darahnya harus memahami hubungan antara latihan fisik dengan asupan makan dan penggunaan obat serta mempelajari bagaimana dan kapan latihan fisik dilakukan. Klien harus memeriksa kadar gula darah sebelum dan sesudah latihan fisik, dan konsumsi karbohidrat tambahan jika kadargula darah dibawah 100 mg/dl, serta pertahankan hidrasi yang adekuat. Latihan fisik membantu meningkatkan metabolisme karbohidrat, sensitivitas insulin, dan kontrol gula darah. Manfaat latihan fisik untuk pencegahan dan manajemen diri pada Diabetes tipe 2 baik dimulai di awal perkembangan penyakit (Smeltzer, 2016).

3) Pemantauan (monitoring) kadar gula

Pasien dengan Diabetes Mellitus perlu diperkenalkan tanda dan gejala hiperglikemia dan hipoglikemia yang terjadi, yang paling penting adalah bagaimana memonitor gula darah secara mandiri. Pemeriksaan glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri dengan menggunakan glucometer. Pemeriksaan ini penting untuk memastikan glukosa darah dalam keadaan stabil. Pengukuran glukosa darah dapat dilakukan kapanpun atau pengukuran gula sewaktu yaitu pasien tanpa melakukan puasa, pengukuran 2 jam setelah makan dan pengukuran pada saat puasa (Tarwoto, 2012).

4) Terapi Farmakologi

a) Obat Antidiabetik Oral atau Oral Hypoglikemik Agent (OH) Efektif diberikan pada Diabetes Mellitus tipe II, jika manajemen nutrisi dan latihan fisik belum mampu mengendalikan kadar glukosa darah dengan baik. Jenis obat-obatan anti diabetik oral diantaranya:

- 1) Sulfonilurea: bekerja dengan merangsang beta sel pancreas untuk melepaskan cadangan insulinnya. Yang termasuk obat jenis ini adalah Glibenklamid, Tolbutamid, Klorpropamid.
- 2) Biguanida: bekerja dengan menghambat penyerapan glukosa di usus, misalnya metformin, glukophage.

b) Pemberian hormon insulin

Penderita Diabetes Mellitus tipe 1 tidak mampu memproduksi insulin dalam tubuhnya, sehingga sangat tergantung pada pemberian insulin. Berbeda dengan Diabetes Mellitus tipe 2 yang tidak tergantung pada insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Tujuan pemberian insulin adalah meningkatkan transport glukosa ke dalam sel dan menghambat konversi glikogen dan asam amino menjadi glukosa (Tarwoto, 2012)

5) Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada klien Diabetes Mellitus diperlukan karena penatalaksanaan Diabetes Mellitus memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Klien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak, tetapi juga harus memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang (Santi Damayanti, 2016). Perubahan perilaku sangat dibutuhkan agar mendapatkan hasil pengelolaan diabetes secara maksimal. Agar perubahan perilaku berhasil, diperlukan edukasi yang komprehensif dan upaya peningkatan motivasi. Perubahan perilaku bertujuan agar penyandang diabetes dapat menjalani pola hidup sehat (Nur Aini, 2016).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

Proses keperawatan merupakan gambaran hubungan antara pasien dan perawat, identitas profesionalitas perawat dan pengembangan pengetahuan perawat. Antusiasme perawat dalam menerima tantangan baru dalam memberikan pelayanan keperawatan sangat tinggi, hal ini dapat berdampak pada kemampuan meningkatkan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien (Padila, 2018). Proses keperawatan digunakan oleh perawat sebagai kerangka fikir untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah kesehatan dan membantu pasien dalam mencapai tingkat kesehatan, kesejahteraan dan adaptasi yang maksimal terhadap gaya hidup

(Manurung, 2018). Asuhan keperawatan kepada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus terkait dengan permasalahan keperawatan yang muncul meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan yang tepat (Manurung, 2018).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal respon klien yang didasarkan pada banyak faktor yang nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus pada masalah atau risiko. Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat klien pada rekam medik. Pengumpulan data pada klien dengan gangguan sistem endokrin akibat Diabetes Mellitus meliputi:

1) Data Biografi

a) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur penderita, jenis kelamin, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap tingkat pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui apakah pekerjaannya merupakan faktor predisposisi atau bahkan faktor presipitasi terjadinya penyakit Diabetes Mellitus, suku/bangsa, status marital,

tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan alamat (NANDA, 2013)

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Keluhan utama masuk rumah sakit

Manurung (2018), mengatakan pada umumnya klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi dan poliphagia, mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan. Pada klien DM mengeluh pruritus vukvular, kelelahan, retinopati, fotofobia, dan kram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan luka yang tidak sembuh sembuh atau bahkan membusuk menjadi latar belakang penderita datang ke rumah sakit.

(2) Keluhan utama saat pengkajian

Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan dengan metode P (provakatus-paliatif), Q (quality-quantity), R (regioradiasi), S (scala-serverity), T (time). Pengisian metode PQRST harus disesuaikan dengan kondisi dan keluhan klien saat dilakukan pengkajian.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat obesitas, hipertensi, riwayat penyakit pankreatitis kronis, dan riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit), at terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiazid, kontrasepsi oral). Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit karena keluhan yang sama (Smeltzer, 2011).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga Nursalam (2011), mengemukakan riwayat kesehatan keluarga meliputi:

(1) Riwayat Penyakit Menular

Pada umumnya penderita Diabetes Mellitus mudah terkena penyakit inflamasi atau infeksi seperti TBC Paru, sehingga perlu dikaji apakah pada keluarga ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC Paru, Hepatitis, dan lain lain.

(2) Riwayat Penyakit Keturunan

Faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya.

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Pada klien Diabetes Mellitus kebutuhan nutrisi dan cairan meningkat, karena klien mengalami gejala sering lapar

sehingga nafsu makan meningkat (polifagia). Pada kebutuhan cairan klien mengalami peningkatan volume berkencing (poliuria) sehingga klien sering merasa haus dan menjadi sering minum (polidipsi) (Tarwoto, 2012). Perlu dikaji pola makan klien apakah teratur atau tidak dan berapa banyak porsi dalam satu kali makan, apakah klien sering makan makanan yang manis, apakah ada keluhan sering merasa lapar walaupun sudah makan, apakah ada keluhan tidak nafsu makan (anoreksia) karena ada rasa mual atau muntah, apakah klien melanggar program diet yang ditetapkan dengan mengonsumsi makanan yang dilarang, apakah ada keluhan penurunan berat badan yang drastis dalam beberapa hari atau minggu, serta apakah ada keluhan banyak minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).

b) Pola Istirahat dan Tidur

Perlu dikaji pola istirahat dan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas yang meliputi berapa jam klien tidur dalam satu hari, bagaimana perasaan klien setelah tidur. Pada klien Diabetes Mellitus akan ditemukan masalah seperti sering terbangun pada malam hari karena sering berkemih (nokturia) (Purwanto, 2016).

c) Pola Eliminasi

Pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi peningkatan frekuensi dalam berkemih (poliuria), adanya keluhan sering berkemih pada malam hari (nokturia) dan kesulitan dalam berkemih (anuria). Juga perlu dikaji tentang pola defekasi, pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi masalah defekasi berupa diare, inkontinensia, dan konstipasi akibat dari komplikasi neuropati pada sistem gastrointestinal (Tarwoto, 2012).

d) Pola Aktivitas dan Personal Hygiene

Pada klien Diabetes Mellitus terdapat rasa lemah, letih dan penurunan kekuatan otot, sehingga klien sulit bergerak atau berkativitas. Kaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan seperti mandi, berpakaian, toileting dan lainnya. Apakah klien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri (Damayanti, 2016).

e) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Perlu dikaji apakah klien mengalami gangguan orientasi pada waktu, tempat, orang. Umumnya klien terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran stupor atau semi koma (pada tahap lanjut). Klien juga mengalami pusing atau vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parastesia dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012).

f) Pola peran hubungan dengan orang lain

Pola peran dan hubungan tentang persepsi klien terhadap dirinya sehubungan dengan kondisi sekitarnya, hubungan klien dengan perawat, dokter, tim kesehatan lain serta klien lain dan bagaimana penerimaan orang-orang sekitar klien terutama keluarga akan kondisinya saat ini serta dukungan yang diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moril ataupun materil. Hubungan klien dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial atau menarik diri dari interaksi sosial terutama jika sudah terjadi komplikasi fisik seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan (Nursalam, 2011).

g) Pola Konsep diri dan Interaksi Sosial

Pada klien Diabetes Mellitus hubungan dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial, tetapi jika klien sudah menderita komplikasi seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan klien akan menarik diri dari lingkungan sosial (Manurung, 2018).

h) Pola Persepsi Diri dan Toleransi terhadap Stres

Pada klien Diabetes Mellitus kemungkinan ditemukan kecemasan bahkan perasaan depresi pada penyakitnya yang disebabkan oleh proses terjadinya penyakit yang lama dan kurangnya pengetahuan terhadap prosedur tindakan yang akan dilakukan. Perlu dikaji meliputi konsep diri (ungkapan

klien tentang adanya masalah pada penyakitnya, perasaan negative tentang tubuhnya, klien merasa kehilangan fungsi pada tubuhnya, klien merasa kehilangan kebebasan dan kesempatan untuk menjalani hidupnya), status emosi, pola koping dan gaya komunikasi, (Manurung, 2018).

i) Pola Seksualitas atau Reproduksi

Di kaji tentang penggunaan komrasepsi pada wanita yang dapat mempengaruhi kesehatannya serta masalah seksualitas yang meliputi impotensi pada laki-laki dan kesulitan orgasme serta riwayat menstruasi pada wanita. (Manurung, 2018)

j) Pola keyakinan dan Nilai

Meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya yang dihubungkan dengan agama yang dianut klien. Dilihat dari bagaimana aktifitas ibadah klien (Manurung, 2018)

4) Pemeriksaan fisik

Menurut Nursalam (2011), pemeriksaan fisik meliputi:

a) Keadaan Umum

Meliputi keadaan klien, tingkat kesadaran klien yang meliputi composmetis (sadar penuh), apatis (kurang merespon terhadap keadaan sekeliling yang ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tidak fokus), somnolen (keadaan dimana klien mudah mengantuk, namun masih

bisa dibangunkan), sopor (kondisi tidak sadar tetapi masih memberikan reaksi terhadap rangsangan), koma (kondisi tidak sadar dan tidak bereaksi terhadap rangsangan). delirium (penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik klien tampak gelisah), semi koma (penurunan kesadaran yang tidak memberikan rangsangan verbal namun pupil dan kornea masih baik), lesu, tampak lelah, dan berisi tentang tinggi badan klien, berat badan klien

b) Tanda tanda vital

Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu.

c) Pemeriksaan Sistem Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal bila tidak terdapat komplikasi, sedikit meningkat pada penderita Diabetes Mellitus yang berusia lanjut karena otot-otot pernafasan menurun sehingga kemampuan paru untuk mengalami pengembangan juga akan menurun. Akan didapatkan pernafasan kusmaul jika penderita mengalami ketoasidosis dan didapat pula nafas yang berbau aseton, dan bau halitosis atau bau manis. Bisa juga didapatkan keluhan batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak), dapat pula terjadi paraesthesia atau paralysis pada otot-otot pernafasan (jika kadar kalium menurun cukup tajam).

d) Pemeriksaan sistem kardiovaskuler

Kaji adanya hipotensi ortostatik, akral dingin, nadi perifer melemah terutama pada tibia posterior, dan dorsalis pedis, terjadinya arterosklerosis yang dapat terbentuk baik pada pembuluh darah besar (makrovaskuler), atau pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler). Kaji pula adanya hiupertensi, edema jaringan umum, disretmia jantung, nadi lemah halus, pucat, dan takikardia serta palpitasi menunjukkan terjadinya hipoglikemik. Kaji adanya perdarahan, penyakit jantung yang Jain, anemia meminjukkan terjadinya gangguan nutrisi Apabila telah terjadi neuropati pada kelainan jantung maks akan diperoleh kelainan gambaran EKG lambat.

e) Pemeriksaan sistem neurologis

Didapatkan data penurunan sensasi sensori, rasa pusing atau vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, bahkan sampai paraesthesia, gangguan penglihatan (retinopati, katarak glukoma), didapat juga gangguan orientasi dengan data klien tampak mengantuk, gelisah, letargi, stupor, bahkan sampai koma bila klien telah mengalami komplikasi ketoasidosis, hipoglikemia dan adanya aktivitas kejang.

f) Pemeriksaan sistem pencernaan

Adanya mual, muntah, konstipasi, diare, perasaan penuh pada perut, obesitas ataupun penurunan berat badan yang berlebihan pada periode beberapa hari atau minggu sehingga menyebabkan terjadinya penurunan dalam pengukuran antropometri dan adanya distensi abdomen.

g) Pemeriksaan sistem musculoskeletal

Umumnya terjadi penurunan kekuatan otot, dan juga adanya keluhan kram otot.

h) Pemeriksaan sistem integument

Umumnya ditemukan turgor kulit menurun, apabila terdapat luka klien sering mengeluh luka sulit sembuh dan malah membusuk. Akral teraba dingin, dan integritas kulit menurun (rusak). Kulit bisa kering, gatal, adanya radang (dermatitis) bahkan terjadi ulkus. Demam dan diaporesisi dapat terjadi jika klien mengalami infeksi.

i) Pemeriksaan sistem endokrin

Pada klien Diabetes Mellitus ditemukan gejala trias P yaitu, poliuria (sering kencing), polidipsia (sering haus), polifagia (terasa lapar). Kondisi klien akan lebih berat jika penderita mempunyai penyakit penyerta lain terutama gangguan pada hormon lain. Oleh karena itu perlu dikaji penyakit yang dapat ditimbulkan oleh kerja hormon- hormon tersebut seperti adanya pembesaran kelenjar tiroid, paratiroid,

moonface, adanya tremor. Jika tidak ada gangguan pada hormon lain maka pengkajian difokuskan pada hal-hal yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus seperti penggunaan insulin, dan faktor hipoglikemik.

j) Pemeriksaan sistem genitourinaria

Pola dan frekuensi berkemih (poliuria) terkadang nokturia, rasa nyeri dan terbakar saat berkemih, kesulitan berkemih karena infeksi, bahkan bisa terjadi infeksi saluran kemih. Urine akan tampak lebih encer, pucat, kuning, dan poliuria dapat menjadi oliguria atau anuria jika terjadi hipovolemia berat. Urine bisa tercium bau busuk jika infeksi. Klien sering merasa haus sehingga intake cairan bertambah. Perlu dikaji juga adanya masalah impotensi pada laki-laki, infeksi pada vagina, dan pruritus vulva pada vagina.

2.2.2 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan data dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan. Analisa data didapatkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Dari hasil data tersebut dikategorikan menjadi dua yaitu data subjektif dan data objektif. Data wawancara dari klien termasuk data subjektif sedangkan data objektif berdasarkan hasil observasi dan pemeriksaan kepada klien.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI),
DPP PPNI (2018),Diagnosis keperawatan yang muncul sebagai berikut:

1) Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis.stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif: -

Obyektif:

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif:

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Obyektif:

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Parkinson
- 3) Mobius syndrome
- 4) Cerebral palsy
- 5) Cleft lip
- 6) Cleft palate
- 7) Amyotrophic lateral sclerosis
- 8) Kerusakan neuromuscular
- 9) Luka bakar
- 10) Kanker
- 11) Infeksi
- 12) AIDS
- 13) Penyakit crohn's
- 14) Enterokolitis

2) Risiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036)

Definisi: Berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraseluler.

Faktor Risiko:

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Trauma/perdarahan
- c) Luka bakar
- d) Aferesis
- e) Asites
- f) Obstruksi intestinal
- g) Peradangan pancreas
- h) Penyakit ginjal dan kelenjar
- i) Disfungsi intestinal

Kondisi Klinis Terkait:

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Penyakit ginjal dan kelenjar
- c) Perdarahan
- d) Luka bakar

3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)

Definisi: Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal

Penyebab :

Hiperglikemia

- a) Disfungsi pancreas
- b) Resistensi insulin
- c) Gangguan toleransi glukosa darah
- d) Gangguan glukosa darah puasa.

Hipoglikemia

- a) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- b) Hiperinsulinemia (mis, insulinomia)
- c) Endokrinopati (mis.kerusakan adrenal atau pituitari)
- d) Disfungsi hati
- e) Disfungsi ginjal kronis
- f) Efek agen farmakologis
- g) Tindakan pembedahan neoplasma
- h) Gangguan metabolik bawaan (mis.gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

Gejala dan Tanda Mayor

Hipoglikemia

Subyektif

- a) Mengantuk
- b) Pusing

Obyektif

- a) Gangguan koordinasi
- b) Kadar glukosa dalam darah/urine rendah

Hiperglikemia

Subyektif

- a) Lelah atau lesu

Obyektif

- a) Kadar glukosa dalam darah/urintinggi

Gejala dan Tanda Minor

Hipoglikemia

Subyektif

- a) Palpitasi
- b) Mengeluh lapar

Obyektif

- a) Gemetar
- b) Kesadaran menurun
- c) Perilaku aneh
- d) Sulit bicara
- e) Berkeringat

Hiperglikemia

Subyektif

- a) Mulut kering
- b) Haus meningkat

Obyektif

- a) Jumlah urine meningkat

Kondisi klinis terkait:

- a) Diabetes mellitus
- b) Ketoasidosis diabetic
- c) Hipoglikemia

- d) Hiperglikemia
- e) Diabetes Gestasional
- f) Penggunaan kortikosteroid
- g) Nutrisi parenteral total (TPN)

4) Kerusakan jaringan integritas kulit/jaringan (D.0129)

Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)

Penyebab :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrim
- g) Faktor mekanis (mis.penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatemi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Terapi radiasi
- i) Kelembaban
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Penekanan pada tonjolan tulang

- o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Gejala dan tanda tanda mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- 1) kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Nyeri
2. Pendarahan
3. Kemerahan
4. Hematoma

Kondisi Klinis Terkait:

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kongestif
3. Gagal ginjal
4. Diabetes mellitus
5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)

5) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (D.0009)

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

Penyebab:

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
(mis.merokok,gaya hidup monoton, trauma, obesitas,
asupan garam, imobilitas)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
(mis.diabetes melitus, hiperlipidemia)
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif: -

Obyektif

- a) Pengisian kapiler >3 detik
- b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- c) Akral teraba dingin
- d) Warna kulit pucat
- e) Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif

- a) Parastesia
- b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

Obyektif

- a) Edema
- b) Penyembuhan luka lambat
- c) Indeks ankle-brachial $<0,90$
- d) Bruit femoral

Kondisi klinis terkait

- 1. Tromboflebitis
- 2. Diabetes Mellitus
- 3. Anemia
- 4. Gagal jantung kongesif
- 5. Kelainan jantung kongenital
- 6. Trombosis arteri
- 7. Varises
- 8. Trombosis Vena dalam
- 9. Sindrom kompartemen

6) Nyeri akut (D.0077)

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis.terbakar, bahan kimia iritan)

- c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- a) Mengeluhnyeri

Obyektif

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subyektif: -

- a) Nafsu makan berubah
- b) Proses berpikir terganggu
- c) Menarik diri
- d) Berfokus pada diri sendiri
- e) Diaforesis

Kondisi klinis terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut

7) Pola nafas tidak efektif (D.0005)

Definisi :

Inspirasi dan/atau ekspresi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

Penyebab:

1. Depresi pusat pernapasan
2. Hambatan upaya nafas (mis.nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernapasan)
3. Deformitas dinding dada
4. Deformitas tulang dada
5. Gangguan neurosmuskular
6. Gangguan neurologis (mis.elektroensefalogram (EEG) positif,cedera kepala,gangguan kejang)
7. Imaturitas neurologis
8. Penurunan energi
9. Obesitas
10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
11. Sindrom hipoventilasi
12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 keatas)
13. Cedera pada medula spinalis
14. Efek agen Farmakologis
15. Kecemasan

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. dispnea

Objektif

1. penggunaan otot bantu pernapasan
2. Fase ekspirasi memanjang
3. Pola nafas abnormal (mis.takipnea,bradipnea,hiperventilasi, kussmaul,cheyne-stokes)

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Orthopnea

Objektif

1. Pernafasan pursed lip
2. Pernafasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun
8. Ekskursi dada berubah

Kondisi klinis terkait

1. Depresi sistem saraf pusat
2. Cedera kepala
3. Trauma thoraks
4. Gullian barre syndrome
5. Mutiple sclerosis

6. Myasthenia gravis

7. Stroke

8. Kuadriplegia

9. Intoksikasi alcohol

8) Resiko Infeksi (D.0142)

Definisi :

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko :

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasif
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) Merokok
 - 8) Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - 1) Penurunan hemoglobin

- 2) Imununosupresi
- 3) Leukopenia
- 4) Supresi respon inflamasi
- 5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

- 1. AIDS
- 2. Luka bakar
- 3. Penyakit paru obstruktif kronis
- 4. Diabetes melitus
- 5. Tindakan invasif
- 6. Kondisi penggunaan terapi steroid
- 7. Penyalahgunaan obat
- 8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
- 9. Kanker
- 10. Gagal ginjal
- 11. Imunosupresi
- 12. Lymphedema
- 13. Leukositopenia
- 14. Gangguan fungsi hati

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu mandiri dan kolaboratif (Mahyar, 2011). Menurut SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018), Rencana keperawatan yang dapat diterapkan pada pasien dengan Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1	Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik dengan kriteria hasil: 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5) 2) Berat badan membaik (5) 3) Indeks massa tubuh membaik (5) 4) Frekuensi makan membaik (5) 5) Nafsu makan membaik (5) 6) Membrane mukosa membaik (5)	Manajemen Nutrisi (1.03119) Observasi: a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi makanan dan intoleransi c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis makanan e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor pemeriksaan laboratorium Terapeutik: a. Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.Piramida makanan) c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makanan tinggi serat, protein dan kalori Edukasi : a. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.	1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Mengetahui alergi atau pantangan makanan 3. Mengetahui makanan yang disukai pasien 4. Mencukupi kalori sesuai kebutuhan, membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi 5. Mengetahui perlunya menggunakan NGT 6. Mengetahui jenis asupan makanan yang masuk kedalam tubuh 7. Mengetahui adanya penambahan berat badan pada pasien 8. Memberi kenyamanan pasien saat makanan masuk kedalam mulut 9. Mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium 10. Memberikan asupan makanan yang seimbang tinggi serat, protein dan kalori 11. Memberikan selera makan 12. Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi 13. Memberikan makanan sesuai

				dengan diet penyakit yang diderita pasien
				14. Agar menu makanan yang diberikan pada pasien tepat pada program diet yang dianjurkan
2	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan (D.0036)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil: 1) Asupan cairan meningkat (5) 2) Haluaran urin meningkat (5) 3) Kelembapan membrane mukosa meningkat (5) 4) Edema menurun (5) 5) Dehidrasi menurun (5) 6) Tekanan darah membaik (5) 7) Membran mukosa membaik (5) 8) Mata cekung membaik (5) 9) Turgor kulit membaik (5)	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi: 1) Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah). 2) Monitor berat badan harian 3) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia) Terapeutik : 6) Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 7) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 8) Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi: 9) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu	1) Untuk mengetahui fungsi dan status organ vital pasien 2) Untuk mengetahui kecukupan nutrisi 3) Sebagai hasil pendukung untuk data penunjang 4) Untuk mengetahui keseimbangan cairan 5) Pemberian diuretik dapat memicu pengeluaran cairan yang diserap oleh tubuh
3	Ketidakstabilan glukosa darah	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal dengan kriteria hasil:	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi : 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan)	Observasi 1. Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengetahui situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat

1) Pusing menurun	3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu	3. Mengetahui kadar glukosa darah
2) Lelah/lesu menurun(5)	4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis.poliuria,polidipsia,polifagia)	4. Mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia
3) Kadar glukosa dalam darah membaik (5)	5) Kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)	5. Mengetahui tanda gejala hiperglikemia
4) Mulut kering menurun(5)	6) Monitor intake dan output cairan	6. Mengetahui intake dan output cairan
5) Rasa haus menurun (5)	7) Monitor keton urin, kadaranalisa gas darah, elektrolit tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi	7. Mengetahui keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi
	Terapeutik	
	8) Berikan asupan cairan oral	
	9) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk	
	10) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik	Terapeutik
	Edukasi	8. Membantu memberikan asupan cairan oral.
	11) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL.	9. Membantu medis jika pasien mengalami tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
	12) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	10. Membantu memberikan ambulasi jika ada hipotensi ortostatik
	13) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	
	14) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu	Edukasi
	15) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis penggunaan) insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)	11. Motivasi pasien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
	Kolaborasi	12. Motivasi pasien untuk monitor kadar glukosa darah secara mandiri
	16) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu	13. Motivasi pasien untuk patuh terhadap diet dan olahraga
	17) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	14. Motivasi indikasi dan pentingnya pengujian keton urine
	18) KolaborasiPemberian kalium, jikaperlu	15. Motivasi pasien pengelolaan

				diabetes
				Kolaborasi
				16. Merencanakan pemberian insulin, jika perlu
				17. Merencanakan pemberian cairan IV
				18. Merencanakan pemberian kalium, jika perlu
4	Kerusakan integritas kulit (D.0129)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keutuhan kulit atau jaringan meningkat dengan criteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun(5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun(5) 3. Nyeri menurun(5) 4. Perfusi jaringan meningkat(5)	Perawatan Integritas Kulit(1.11353) Observasi: 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis.perubahan sirkulasi,perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem,penurunan mobilitas) Terapeutik: 2) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,jika perlu 4) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 5) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 7) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi: 8) Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion,serum)	1. Untuk mengetahui penyebab perubahan integritas kulit 2. Untuk meminimalisir terjadinya luka pada area punggung pasien 3. Memperlancar aliran darah 4. Menjaga agar area perineal tetap bersih 5. Menjaga kelembaban kulit 6. Mencegah adanya iritasi atau alergi pada kulit yang sensitive 7. Mencegah kekeringan pada kulit 8. Menjaga kelembaban kulit 9. Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit 10. Menjaga kulit agar tetap aman dan menghindari iritasi 11. Menjaga agar kulit tidak terasa panas dan terkena paparan sinar UV secara langsung

			9) Anjurkan minum air yang cukup 10) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 11) Anjurkan menghindari paparan suhu ekstrem 12) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 13) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	
5	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (D.0009)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan criteria hasil: 1) Kekuatan nadi perifer meningkat(5) 2) Warna kulit pucat menurun(5) 3) Pengisian kapiler membaik(5) 4) Akral membaik(5) 5) Turgor kulit membaik(5) 6) Tekanan systole membaik(5) 7) Tekanan diastole membaik(5)	Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi: 1) Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle- brachial index) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik: 4) Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7) Lakukan pencegahan infeksi 8) Lakukan perawatan kaki dan kuku 9) Lakukan hidrasi Edukasi: 10) Anjurkan berhenti merokok 11) Anjurkan berolahraga rutin 12) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar	Observasi: 1. Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien 2. Mengetahui faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas Terapeutik: 4. Mencegah terjadinya infiltrasi 5. Mengontrol tekanan darah agar tetap dalam kondisi normal 6. Mencegah penekanan pada area yang cedera agar tidak menambah rasa nyeri 7. Untuk mencegah infeksi yang mungkin saja timbul 8. Untuk menjaga kebersihan pasien 9. Untuk mencukupi kebutuhan cairan Edukasi: 10. Mengurangi resiko penyakit oklusif areteri perifer

		13) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 14) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15) Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 16) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 17) Anjurkan program rehabilitasi vaskular 18) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 19) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).	11. Untuk menjaga kebugaran tubuh 12. Mencegah rasa tidak nyaman pada area kulit 13. Untuk membantu mengontrol tekanan darah dan kolesterol agar tetap stabil 14. Untuk mengontrol tekanan darah agar dalam batas normal 15. Mengurangi resiko penurunan tekanan darah yang signifikan dan dapat melebarkan pembuluh darah dan arteri, sehingga aliran darah akan meningkat 16. Untuk rasa nyaman pada area kulit Membantu mengontrol penyebab dasar penyakit kardiovaskuler dan memperbaiki kondisi fisik 17. Untuk menjaga Kesehatan tubuh 18. Memberikan pemahaman tentang gejala yang harus segera di atasi	
6	Nyeri akut (D.0077)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dapat menurun dengan criteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun(5) 2) Meringis menurun(5) 3) Sikap protektif menurun(5) 4) Gelisah menurun(5)	ManajemenNyeri (I.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	1. Mengetahui penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri dan waktu terjadinya nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan psien saat nyeri muncul 4. Mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya 5. Mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

5) Kesulitan tidur menurun(5)	8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	6. Mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri
6) Frekuensi nadi membaik(5)		7. Mengetahui apakah nyeri yang dirasakan mengganggu aktivitas pasien
7) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5)	9) Monitor efek samping penggunaan analgesic	8. Mengetahui keberhasilan komplementer yang sudah diberikan
	Terapeutik:	9. Mengetahui efek samping penggunaan analgetic
	10) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur,terapi musik, biofeedback,terapipijat,aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing,kompreshangat/dingin,terapi bermain)	10. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri
	11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan)	11. Memberikan kenyamanan lingkungan lingkungan pasien yang memperberat nyeri
	12) Fasilitasi Istirahat dan tidur	12. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
	13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	13. Menentukan terapi yang diberikan sesuai kualitas nyeri
	14) Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri	14. Memberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	15) Jelaskan strategi meredakan nyeri	15. Mengajarkan bagaimana strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri
	16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	16. Ajarkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri
	17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	17. Motivasi pasien untuk menggunakan analgetic dengan tepat
	18) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	18. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dengan cara
	Kolaborasi :	
	1) pemberiananalgetik,jikaperlu	

				mandiri
				19. Membantu proses penyembuhan pasien dan mengurangi nyeri
7	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan criteria hasil: 1) Dispneamenurun(5) 2) Penggunaan otot bantu nafas menurun(5) 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun(5) 4) Frekuensi nafas membaik(5) 5) Kedalaman nafas membaik (5)	Perawatan Respirasi (1.01014) Observasi: 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi. Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas adanya produksi sputum 6) Monitor adanya sumbatan jalan napas 7) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 8) Auskultasi bunyi napas 9) Monitor saturasi oksigen 10) Monitor nilai AG D 11) Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik: 12) Atur interval pemantauan 13) Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi: 14) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 15) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	Observasi: 1. Untuk mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Untuk mengetahui pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) 3. Untuk mengetahui kemampuan batuk efektif 4. Untuk mengetahui adanya produksi sputum 5. Untuk mengetahui adanya sumbatan jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru 7. Untuk mengetahui bunyi napas 8. Untuk mengetahui saturasi oksigen 9. Untuk mengetahui nilai AGD 10. Untuk mengetahui hasil x-ray toraks Terapeutik: 11. Agar interval waktu pemantauan respirasi sesuai dengan kondisi pasien 12. Untuk memantau hasil pemantauan

				Edukasi:
				13. Membantu pasien mengetahui tujuan dan prosedur pemantauan
				14. Agar pasien mengetahui hasil pemantauan, jika perlu
8	Resiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	Pencegahan Infeksi (I.1.14539) Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik: 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10) Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Ajarkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu	Observasi: 1. Untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi Terapeutik: 2. Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3. Agar edema tidak meradang lebih jauh 4. Untuk mencegah terjadinya infeksi akibat kuman, virus, dan bakteri. Edukasi: 5. Agar pasien mengetahui keadaan yang dapat menyebabkan infeksi 6. Agar pasien dapat menjaga kebersihannya 7. Agar pasien atau keluarga dapat memriksakan kondisi luka dengan benar.

2.2.5 Tindakan Keperawatan (Implementasi)

Implementasi adalah melakukan suatu perencanaan berdasarkan intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai suatu tujuan dan hasil yang diharapkan. Dalam implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan untuk melakukan intervensi keperawatan. Implementasi melibatkan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang diperoleh selama fase perencanaan. (Siregar et al,2021) dikutip dalam (Lukman,2023). Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu bekerja sama dengan klien, keluarga, serta anggota tim kesehatan yang lain, sehingga asuhan yang diberikan dapat optimal dan komprehensif. Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu:

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah klien (Kholifah,2016)

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap dimana membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan dalam perencanaan serta menilai apakah masalah sudah teratasi seluruhnya hanya sebagian atau belum teratasi (Debora, 2011) dalam (Lukman, 2023). Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status pasien. Evaluasi harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015) dalam (Lukman, 2023). Dalam melakukan tahapan evaluasi keperawatan adapun 4 tahap evaluasi menggunakan SOAP, yaitu:

- a) S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien).
- b) O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- c) A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien
- d) P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Nursalam, 2011)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain dalam penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus mencakup seluruh proses yang diperlukan untuk perencanaan dan pelaksanaan (Suryono,2013).

Penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup pengkajian bertujuan memberikan gambaran mengenai latar belakang, sifat maupun karakter yang ada dengan memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci (Nursalam,2016). Studi kasus ini merupakan penelitian untuk mengetahui masalah keperawatan pasien Diabetes Mellitus di ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus adalah proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada pasiendalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, berpegang pada standar keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif mulai dari pasien datang sampai dengan pasien pulang, peneliti juga mengikuti kegiatan bagaimana asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Diabetes Mellitus dan mengobservasi bagaimana perkembangan pasien mulai dari pasien datang sampai dengan pasien pulang (Wennar, 2014).

Batasan istilah pada studi kasus ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien dengan Diabetes Mellitus yang

meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi tindakan, implementasi tindakan, evaluasi tindakan. Asuhan keperawatan ini dilakukan pada pasien diabetes mellitus dengan komplikasi ulkus yang melakukan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah Ny. M yang beralamat di Desa Ngrayung, Kecamatan Gandusari dengan hari rawat 3 hari dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus serta komplikasi ulkus pedis dextra keadaan partisipan yang digunakan kooperatif, keadaan composmentis yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar informed consent.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan dengan diabetes mellitus dilakukan di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan 25 Februari – 31 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrument dan Metode Pengumpulan Data

Jenis Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah format asuhan keperawatan medical bedah dengan alat pengukuran

nursing kit. Metode pengambilan data yang digunakan dalam penelitian agar mendapatkan data yang akurat yaitu dengan cara wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi. Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Wawancara

Metode pengumpulan data dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden (Anggaraini & Saryono 2012). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan pada pasien dengan bentuk pertanyaan di ajukan selama proses wawancara adalah semi terstruktur, dalam hal ini mula-mula pewawancara memberikan beberapa pertanyaan terstruktur kemudian satu persatu diperdalam dan menggali keterangan lebih lanjut.

2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Mengobservasi perubahan keadaan fisik (TTV: tensi, nadi, suhu dan respirasi), perilaku dan keadaan yang dialami pasien dengan diabetes mellitus serta observasi keberhasilan standar asuhan keperawatan yang diberikan. pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik pada pasien dalam penelitian ini dilakukan secara head to toe.

3) Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti notulen, rapat, legger, dan agenda (Anggraini & Saryono, 2013). Dari studi kasus ini didokumentasi berupa catatan status pasien dari tenaga medis dan hasil pemeriksaan laboratorium dari rumah sakit.

4) Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format pengkajian Asuhan keperawatan (terlampir). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode pengumpulan data berupa Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan evaluasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian, langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, prinsip-prinsip validasi rehabilitasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi sehingga data dapat terkumpul sesuai rencana yang sudah ditetapkan (Nursalam, 2017). Proses pengumpulan data prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup (Suryono, 2013).

1) Tahap persiapan

- a) Diterbitkan surat pengantar ijin penelitian dengan nomor surat DP.04.03/F.XIII.15.5/100/2025 dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek pada tanggal 24 Februari 2025 untuk melakukan penelitian studi kasus di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- b) Selanjutnya peneliti mengajukan penelitian dengan menyerahkan surat dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek ke bagian kordik RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang pada tanggal 24 Februari 2025.
- c) Setelah mengajukan surat izin penelitian ke bagian kordik peneliti mendapatkan surat balasan atau surat persetujuan penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan nomor surat 00.9/115/406.010.001/18.00/2025 tentang persetujuan ijin penelitian asuhan keperawatan pada klien diabetes melitus pada tanggal 12 Maret 2025.
- d) Kemudian setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes

Kemenkes Malang, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Setelah mendapatkan partisipan sesuai kriteria penelitian ditemukan. Peneliti mengobservasi keadaan pasien tersebut. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini partisipan adalah Ny. M dengan diabetes melitus dengan hari rawat 3 hari perawatan diruang raflesia RSUD dr. Soedomo. Trenggalek. Kemudian peneliti melakukan tindakan orientasi atau memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan pada pasien dan keluarga pasien yang mendampingi. Selanjutnya peneliti melakukan inform consent berkaitan dengan meminta kesediaan pasien untuk dijadikan partisipan penelitian secara sukarela tanpa keterpaksaan. Setelah pasien menyatakan kesediaannya untuk menjadi partisipan penelitian maka peneliti harus meminta bukti kesediaan pasien secara tertulis dengan menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan penelitian.

3) Tahap Pelaksanaan

Setelah persetujuan didapatkan, peneliti mulai melakukan pengkajian pada pasien dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. Peneliti melakukan perkenalan sekaligus untuk pengumpulan data demografi.

Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti termometer, stetoskopi, jam tangan, pen light, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik dan menggabungkan dengan dokumen rawat inap pasien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kemudian merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana dan memberikan edukasi, dan mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan. Penelitian ini dilakukan selama tiga hari sampai pasien pulang.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada pasien. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan.

3.6 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility),

keteralihan (Transferbility), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability).

3.6.1 Kepercayaan (Credibility)

Credibility bermakna kebenaran dibuktikan peneliti dengan membaca berbagai literatur, melakukan pendokumentasian saat pengambilan data, dan memvalidasi hasil yang ditemukan kepada semua partisipan. Peneliti juga mendiskusikan hasil penelitian dengan pembimbing lahan untuk mendapatkan hasil kredibilitas.

3.6.2 Keteralihan (Transferbility)

Transferbility adalah sejauh mana penerapan hasil studi kasus pada suatu subyek studi kasus dapat diterapkan pada subyek penelitian yang lain. Peneliti membuat uraian hasil penelitian secara terperinci, jelas dan sistematis yang mudah difahami oleh pembaca sehingga dapat diaplikasikan ditempat lain.

3.6.3 Kebergantungan (Dependability)

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Didalam melakukan penelitian peneliti menggunakan metode studi kasus. Disini peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan kepada salah satu klien yang menderita Diabetes Melitus.

3.6.4 Kepastian (Confirmability)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap

pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing dan mahasiswa, ujian Karya Tulis Ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Pada dasarnya proses analisis data itu dimulai dari menelaah data secara keseluruhan yang telah tersedia dari berbagai macam sumber, baik itu pengamatan, wawancara dengan klien, catatan lapangan dan yang lainnya. Analisis data pada studi kasus merupakan masalah yang paling kritis, serius, dan memerlukan kerja keras serta kesepahaman bersama. Hal ini terjadi karena belum adanya pola, metode, formula yang jelas serta variasi data yang sangat tinggi. Prinsip yang harus dipegang dalam analisis studi kasus yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta dalam suatu tabel yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

3.8.1 Informed consent

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Informed consent secara tertulis dilakukan pada penelitian ini sebelum melakukan proses asuhan keperawatan, tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah pasien menyetujui, maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

3.8.2 Anonimity (tanpa nama)

Nama dari responden tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikut sertaannya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Berdasarkan hasil dari pengambilan data yang dilakukan pada 1 orang pasien Ny.M dengan Diabetes Mellitus di Ruang Raflesia RSUD Dr.Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 25 Maret 2025 sampai tanggal 27 Maret 2025. Rumah Sakit Umum Dr.Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum yang tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. Dr.Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Raflesia memiliki jumlah perawat 14 orang dengan kapasitas tempat tidur 20 bad. Kelas III ada 18 bad , isolasi ada 2 bad dan ruangan lain yaitu 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang tindakan, 1 ruang peralatan dan perlengkapan dan 6 kamar mandi untuk pasien. Struktur perawat ruang raflesia yaitu kepala ruangan 1, ketua tim 2, ketua sift 4, perawat pelaksana 7, tenaga administrasi 1, dan tenaga cleaning service 3.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	: Ny.M
Jenis kelamin	: Perempuan
Umur	: 46 tahun
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam
Pendidikan terakhir	: SLTP
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: RT 10 RW 04 Ngrayung,Gandusari,Trenggalek
Tanggal/Jam MRS	: 24 Maret 2025/ 23.00 WIB
Tanggal /Jam Pengkajian	:25 Maret 2025/08.00 WIB

2) Diagnosa Keperawatan : Diabetes Mellitus + ulkus pedis dextra

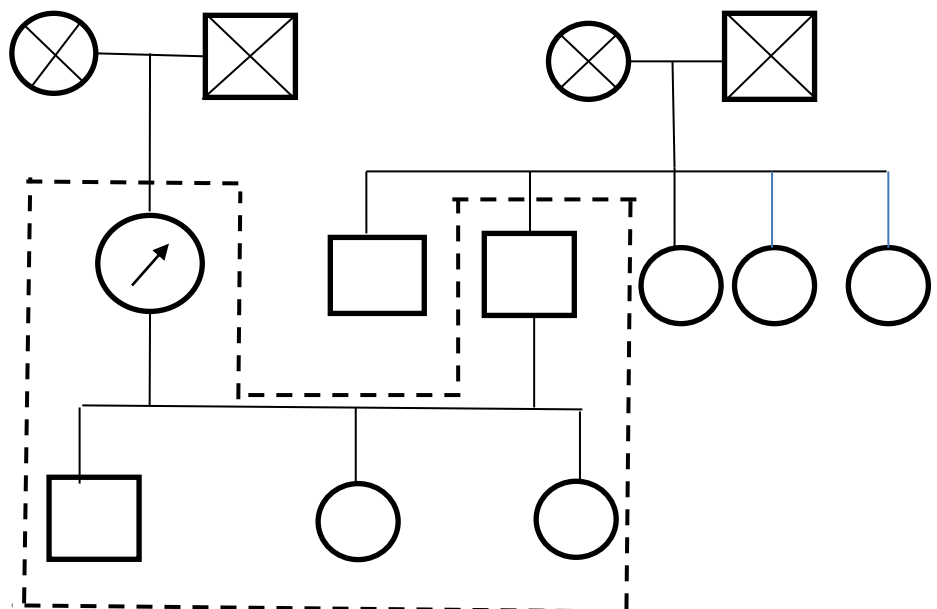
3) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Pemyakit

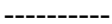
Keluhan utama	Saat MRS : Pasien mengatakan badan lemas,mual dan nyeri pada kaki kanan Saat Pengkajian : Pasien mengatakan badan terasa lemas,mudah lelah dan nyeri padapunggung kaki sebelah kanan yang terdapat luka.
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan badannya lemas mual dan nyeri pada kaki sebelah kanan sempat dibawa ke klinik romo wijoyo kemudian disarankan untuk ke RSpada tanggal 24 maret 2025 sekitar pukul 19.00 wib dibawa ke IGD untuk mendapatkan perawatan intensif. Kondisi kaki kanan yang terdapat luka dengan balutan kasa yang merembes dan berbautidak sedap serta terdapat bengkak disekitar luka P : pasien mengatakan nyeri karena lukanya Q : pasien mengatakan nyerinya terasa cenat-cenut R: pasien mengatakan nyerinya berpusat pada kaki sebelah kanan S: pasien mengatakan nyerinya terasa kuat skala 7 T: pasien mengatakan nyerinya sering terjadi atau terasa

Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan sekitar 1 tahun yang lalu pernah dirawat di klinik romo wijoyo karena sakit lambung, pasien mengatakan baru tahu jika gula darah tinggi saat masuk rumah sakit, dan luka pada kaki kanan akibat terkena pecahan batu disawah kurang lebih 1 bulan yang lalu pasien mengatakan kaki bengkak $\pm$ 3 hari dan semakin parah meskipun sering dikompres dan dibersihkan menggunakan air hangat serta dioles salep dari apotek.
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit seperti yang dideritanya saat ini dan juga tidak ada riwayat yang mengalami penyakit seperti hipertensi asma maupun lainnya

Genogram :



Keterangan :

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : pasien
-  : garis keturunan
-  : garis perkawinan
-  : meninggal
-  : satu rumah

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Di rumah	Di RS
a	Makan dan minum	Saat dirumah pasien mengatakan makan secara teratur nafsu makan baik makan 3xsehari porsi satu piring dengan nasi sayur dan lauk pauk pasien mengatakan menghindari makanan yang pedas biasa mengkonsumsi sayur bening dan suka makan camilan sering makan gorengan dan roti dalam kemasan. pasien mengatakan minum air putih sekitar 8 gelas/hari dan sering mengkonsumsi teh di pagi maupun sore hari	Saat di RS pasien mengatakan makan habis setengah porsi dengan komposisi nasi dan sayur. Pasien mengatakan minum sekitar ± 1000 ml karena merasa sering haus, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan sekitar 1-2 kg setelah sakit dulu beratnya sekitar 62kg, menurut data pasien diberikan diet jenis BB DM. pasien dianjurkan minum dengan jumlah 4-5 gelas/hari kurang lebih 1000cc.
b	Pola eliminasi	Saat dirumah Pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning, bau khas feses. Pasien mengatakan BAK 7-8x/hari, warna kuning, bau khas urine. pasien mengatakan sering BAK	Saat di RS pasien mengatakan sudah BAB 1x (selama MRS sampai pengkajian) berwarna kuning bau khas feses. Pasien mengatakan sering BAK di pispot 5-6x jumlah ± 900 cc berwarna kuning bau khas urine.
C	Pola istirahat/tidur	Saat dirumah Pasien mengatakan tidur siang pukul 12.30-13.00 WIB pasien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB terkadang sering terbangun karena berkemih dan biasa bangun pukul 04.30 WIB ketika mendengar adzan subuh.	Saat di RS px mengatakan tidur pukul 22.30 WIB sering terbangun saat sering berkemih dan nyeri pada kaki pasien kambuh biasa bangun pukul 05.00 WIB
D	Kebersihan diri/Personal Hygien	Saat di rumah pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas secara mandiri namun sesekali dibantu, mandi 2x sehari, menggosok gigi 3xsehari dan keramas 2xseminggu, pasien	Saat di RS Pasien mengatakan disibin dua kali sehari pagi disibin oleh keluarga, berkumur menggunakan air hangat. Pasien belum keramas karena hanya terbaring di tempat tidur, luka

mengatakan sering mengkompres luka dan membersihkan menggunakan air hangat kemudian dioles salep dari apotik.	pasien sudah dibersihkan saat awal masuk rumah sakit pada 24 Maret 2025
---	---

5) Riwayat Psikososial

Tabel 4.4 Riwayat Psikososial

Konsep diri	1. Gambaran diri/citra diri : pasien merupakan seseorang yang ramah dan rendah hati 2. Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah 3. Harga diri : pasien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya saat ini 4. Peran : pasien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan seorang ibu 5. Identitas diri : pasien mengatakan seorang perempuan bernama Ny.M berusia 46 tahun,yang tinggal di desa Gandusari dan seorang ibu rumah tanggayang bekerja sebagai petani
Pola peran hubungan dengan orang lain	Pasien mengatakan hubungan dengan oranglain,keluarga,saudara dan tetangga baik
Pola seksual	Pasien mengatakan suaminya masih hidup dan memiliki 3 orang anak
Pola mekanisme koping	Pasien mengatakan jika mempunyai masalah selalu berdiskusi dengan suami dan keluarganya dengan baik
Pola kognisi dan persepsi sensori	a) Status mental : Status mental pasien baik,tidak ada gangguan dan pasien kooperatif b) Pola komunikasi : Komunikasi pasien baik yaitu secara verbal dengan menggunakan bahasa jawa c) Orientasi : Orientasi pasien baik,pasien sadar penuh,dapat berorientasi terhadap orang,tempat dan waktu

6) Data Spiritual

Tentang nilai dan kepercayaan tidak ada yang bertentangan dengan tindakan medis yang sedang dijalani pasien. Pasien mengatakan beragama Islam dan rutin melakukan ibadah. Saat dirumah sakit, pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur dan selalu berdoa agar diberikan kesembuhan.

7) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Hasil Observasi
a. Keadaan umum	Keadaan umum lemah, terlihat pasien terbaring di bed, tampak lelah dan sesekali meringis karena nyeri ulkus kambuh, tingkat kesadaran composmentis GCS E4V5M6, pasien terpasang infus pz 20 tpm pada tangan kanan, dan terdapat ulkus pada kaki kanan BB : 60kg TB : 155cm
b. Tanda-tanda vital	TD : 107/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit SpO2 : 98% GDA : 343 mg/dl
c. Pemeriksaan Kepala dan leher	
1. Kepala dan rambut	Inspeksi : bentuk kepala oval, persebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tipis dan mudah rontok. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala. pasien tidak merasa pusing
2. Mata	Inspeksi : simetris kanan dan kiri, pupil mengecil bila terkena cahaya, pupil isokor, konjungtiva pucat, sclera putih, tidak ada tanda tanda pembuluh darah pecah pada mata, tidak terjadi penurunan penglihatan (kabur) pada kedua mata tidak ada kelainan pada mata Palpasi : tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan.
3. Telinga	Inspeksi : telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi tidak ada perdarahan, pendengaran kanan dan kiri masih normal tidak ada penurunan pendengaran. Palpasi : tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Inspeksi : tidak ada perdarahan, tidak ada secret pada lubang hidung, tidak ada sumbatan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

	Palpasi : septum nasi tepat ditengah,tidak ada benjolan,tidak ada nyeri tekan.
5. Mulut	Inspeksi : tidak ada sianosis,keadaan mulut dan lidah sedikit kotor bau mulut tidak sedap,gigi seringkali goyang dan ada beberapa yang sudah lepas,mulut dan mukosa bibir terlihat kering dan pucat.
6. Leher	Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis,trakea terdapat ditengah. Palpasi : tidak ada benjolan/massa,tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid.
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : warna kulit sawo matang,kulit tampak kering Palpasi : akral teraba hangat,suhu : 36.5 °CCRT kembali <2 detik turgor kembali <2 detik Edema : terdapat edema pada punggung kaki kanan disekitar luka Varises: tidak terdapat varises Gatal : tidak gatal Memar : tidak memar
e. Pemeriksaan dada/thorax	
1. Pemeriksaan jantung	Inspeksi :normal,tidak terdapat pulsasi. Palpasi :ictus cordis teraba di ICS 4&5 mid clavicula linea sinistra Perkusi : suara perkusi pekak pada batas paru Auskultasi :bunyi jantung 1 terdengar di ICS V mid clavicula sinistra,bunyi jantung 2 terdengar di ICS II dextra dan sinistra,tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Frekuensi denyut jantung 70x/menit,irama regular.
2. Pemeriksaan thorax dan paru	Inspeksi : bentuk dada normal chest,terdapat retraksi intercosta,irama nafas regular,ekspansi dada normal. Palpasi : palpasi getaran suara (vocal fremitus) getaran kanan dan kiri sama,pasien disuruh mengatakan kalimat 66. Perkusi : suara paru sonor. Auskultasi : tidak ada nafas tambahan,RR 20x/menit.
f. Pemeriksaan payudara	Inspeksi : simetrsi kanan dan kiri,tidak ada lesi,areola berwarna coklat kehitaman Palpasi: tidak teraba benjolan pada payudara,tidak ada nyeri tekan.
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar,tidak ada lesi,kulit bersih. Palpasi :tidak teraba massa atau benjolan,tidak ada pembesaran pada hepar,tidak ada nyeri tekan pada perut. Perkusi :suara abdomen terdengar tympani, Auskultasi :bising usus terdengar dengan frekuensi 10x/menit Px saat dibawa ke RS sempat mual tapi tidak muntah,px tidak mengalami diare maupun perasaan penuh pada perut dan px tidak mengalami penurunan berat badan yang berlebih.
h. Genetalia	Inspeksi :tanpak bersih tidak ada lesi

	Pasien mengatakan dirumah BAK 7-8x/hari, pasien merasa cepat haus pasien mengalami poliuri dan polidisi.				
i. Ekstremitas	Inspeksi :ekstremitas atas dan bawah lengkap,terpasang infus pz 20 tpm pada tangan kanan, terdapat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan,berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan underpad Palpasi : akral teraba hangat,terdapat bengkak pada kaki kanan sekitar ulkus. Pasien sering merasa kesemutan pada kedua kakinya saat digunakan duduk atau berdiri terlalu lama. Kekuatan otot : <table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>45</td><td></td></tr> </table>	5	5	45	
5	5				
45					
j. Pemeriksaan neurologis	Kesadaran/GCS : composmetis E4V5M6 Eye :pasien mampu membuka mata dengan spontan Verbal :pasien mampu berorientasi dengan baik Motorik : pasien mampu mengikuti perintah dengan baik Kemampuan sensorik : pasien mampu mengikuti perintah dengan baik,fungsi sensorik baik. Pasien dapat merasakan panas,dingin,cubitan,dan sentuhan. Kemampuan motorik : Pasien mampu mengikuti perintah dengan baik Reflek : - Reflek fisiologis : - Reflek patella(+) - Reflek trisep(+) - Reflek bisep (+) - Reflek patologis : - Reflek babinski (-) Nervus cranialis : tidak terdapat tanda kelainan pada syaraf otak.				

8) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.6 Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan 24 Maret 2025	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	12.7	g/dL	12.5 - 16.0
Leukosit	H 16.1	$10^3/uL$	4.0 - 10.5
Trombosit	273	$10^3/uL$	150 - 450
Hematokrit	37.3	%	37.0 - 47.0
Eritrosit	4.33	juta/uL	3.50 - 4.76

MCV	86.2	fL	78.0 - 100.0
MCH	L 29.3	Pg	31.0 - 37.0
MCHC	L 34.0	g/dL	37.0 - 54.0
RDW-SD	37.9	fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	12.2	%	11.0 - 16.0
PDW	16.0	fL	9.0 - 17.0
MPV	10.4	fL	8.0 - 11.0
Hitung Jenis (DIFF) :			
Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.1
Eosinofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0.7
Neutrofil#	H 13.6	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 6.6
Limfosit#	1.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 - 3.5
Monosit#	H 1.0	$10^3/\mu\text{L}$	< 1.0
GULA DARAH			
Glukosa Darah	H 343	mg/dL	<180.0
FAAL GINJAL			
Ureum	23.4	mg/dL	15.0-45.0
Creatinin	0.60	mg/dL	0.6-1.1
eGFR	113		
FAAL HATI			
SGOT	11.7	U/L	9.0-25.0

b. Pemeriksaan tanggal 25 Maret 2025 (jam 06.00 WIB)

GDA : 321 mg/dl

9) Penatalaksanaan

Tabel 4.7 Penatalaksanaan

Pemeriksaan	Obat-obatan	Rute
25 Maret 2025	Infus PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2x25 mg	Intravena
	Santagesik 3x500 mg	Intravena
	Metoclopiramide 3x500 mg	Intravena
	Metronidazole 3x500 mg	Intravena
	Anbacim 2x1gram	Intravena
	Novorapid 10-10-10	Subcutan
26 Maret 2025	Infus PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2x25 mg	Intravena
	Santagesik 3x500 mg	Intravena
	Metoclopiramide 3x500 mg	Intravena
	Metronidazole 3x500 mg	Intravena
	Anbacim 2x1 gram	Intravena
	Novorapid 10-10-10	Subcutan
27 Maret 2025	Infus PZ 20 tpm	Intravena
	Ranitidine 2x25 mg	Intravena
	Santagesik 3x500 mg	Intravena
	Metoclopiramide 3x500 mg	Intravena
	Metronidazole 3x500 mg	Intravena
	Anbacim 2x1amp	Intravena
	Novorapid 10-10-10	Subcutan

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : - pasien mengatakan badannya lemas dan mudah lelah - pasien mengatakan sering haus DO: - keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bed - mulut tampak kering - Kesadaran composmentis, GCS 4/5 - TTV : TD : 107/70 mmHg N : 78x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98% GDA : 343 mg/dl 24 Maret 2025 (19.00) GDA : 321 mg/dl 25 Maret 2025 (06.00) Minum : px minum sekitar ±1000 ml Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc Diberikan insulin: Novorapid 10-10-10	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	DM T- 2 ↓ Resistensi Insulin ↓ Hiperglikemi ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	DS : - Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki sebelah kanan akibat terkena pecahan batu disawah kurang lebih satu bulan yang lalu dan belum kunjung sembuh. DO: - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan beralas underpad	Gangguan integritas kulit	DM T-2 ↓ Resistensi insulin ↓ Insufisiensi insulin ↓ Metabolisme protein ↓ Penurunan sintesis protein ↓ Mudah infeksi, luka sulit disembuhkan ↓ Ulkus ↓ Gangguan integritas kulit

3.	DS: - pasien mengatakan nyeri karena lukanya - pasien mengatakan nyerinya terasa cenat-cenut - pasien mengatakan nyerinya berpusat pada kaki sebelah kanan - pasien mengatakan nyerinya sering terjadi atau terasa DO: - pasien terlihat meringis saat nyeri - ulkus kambuh nyeri skala 7 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad - TTV : TD : 107/70mmHg N : 78x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2:98%	Nyeri akut	DM T-2 ↓ Resistensi insulin ↓ Insufisiensi insulin ↓ Metabolisme protein ↓ Penurunan sintesis protein ↓ Mudah infeksi, luka sulit disembuhkan ↓ Ulkus ↓ Nyeri akut
----	--	------------	---

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal muncul	Diagnosa keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	25 Maret 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin yang ditandai dengan : DS : - pasien mengatakan badannya lemas dan mudah lelah - pasien mengatakan sering merasa haus DO: - keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - mulut tampak kering - kesadaran composmentis, GCS 456 - TTV : TD : 107/70mmHg N : 78x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2:98% GDA : 343 mg/dl 24 Maret 2025 (19.00) GDA : 321mg/dl 25 Maret 2025 (06.00) Minum : px minum sekitar ± 1000 ml Urine : px BAK 5-6x jumlah ± 900cc Diberikan insulin : Novorapid 10-10-10	27 Maret 2025	
2.	25 Maret 2025	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DS : - Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki sebelah kanan akibat terkena pecahan batu disawah kurang lebih satu bulan yang lalu dan belum kunjung sembuh DO: - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan beralas underpad.	27 Maret 2025	

3.	25 Maret 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan nyeri karena lukanya - pasien mengatakan nyerinya terasa cenat-cenut - pasien mengatakan nyerinya berpusat pada kaki sebelah kanan - pasien mengatakan nyerinya sering terjadi atau terasa DO: - pasien terlihat meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 7 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad. - TTV : TD : 107/70mmHg N : 78x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2:98%	27 Maret 2025	
----	------------------	--	------------------	--

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Ketidakstabilan glukosa darah	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah berada pada rentang normal dengan kriteria hasil: 1) Lelah/lesu menurun(5) 2) Kadar glukosa dalam darah membaik (5) 3) Mulut kering menurun(5) 4) Rasa haus menurun(5)	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi : 1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien. 2) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis.poliuria,polidipsia,polifagia) 5) Monitor intake dan output cairan 6) Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik : 7) Berikan asupan cairan oral Edukasi : 8) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL. 9) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 10) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi : 11) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 12) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	Observasi : 1. Mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Mengetahui kadar glukosa darah 3. Mengetahui tanda dan gejala hiperglikemia 4. Mengetahui tanda gejala hiperglikemia 5. Mengetahui intake dan output cairan 6. Mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik : 7. Membantu memberikan asupan cairan oral. Edukasi 8. Motivasi pasien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 9. Motivasi pasien untuk monitor kadar glukosa darah secara mandiri 10. Motivasi pasien untuk patuh terhadap diet dan olahraga Kolaborasi : 11. Merencanakan pemberian insulin, jika perlu 12. Merencanakan pemberian cairan IV
2.	Kerusakan integritas kulit	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24	Perawatan Integritas Kulit(1.11353) Observasi:	1. Untuk mengetahui penyebab perubahan integritas kulit

(D.0129)	jam diharapkan keutuhan kulit atau jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun(5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun(5)	1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis.perubahan sirkulasi,perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem,penurun anmobilitas) Terapeutik: 2) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 3) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 4) Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering Edukasi: 5) Anjurkan minum air yang cukup 6) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	2. Menjaga kelembaban kulit 3. Mencegah adanya iritasi atau alergi pada kulit yang sensitive 4. Mencegah kekeringan pada kulit 5. Menjaga kelembaban kulit 6. Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit
3. Nyeri akut (D.0077)	Tujuan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dapat menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun(5) 2) Meringis menurun(5) 3) Frekuensi nadi membaik(5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1) Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri(mis.suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 6) Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 7) Jelaskan strategi meredakan nyeri 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 9) pemberian analgetik,jika perlu	1. Mengetahui penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri dan waktu terjadinya nyeri 2. Mengetahui skala nyeri 3. Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul 4. Mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya 5. Memberikan kenyamanan lingkungan lingkungan pasien yang memperberat nyeri 6. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan 7. Memberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Mengajarkan bagaimana strategi yang dapat dilakukan untuk meredakan nyeri 9. Membantu proses mengurangi nyeri

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.11 Implementasi

No	Diagnosa Keperawatan		Implementasi
		Jam	25 Maret 2025
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	08.45	1. Melakukan bina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri kepada pasien, menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan
		08.47	2. Melakukan identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: pasien mengatakan cepat haus dan BAK di pispot kurang lebih 5-6xjumlah ± 900 cc pasien mengalami poliuri dan polidipsi
		08.50	3. Melakukan identifikasi makanan dan minuman serta BAK Hasil : keluarga klien mengatakan klien makan dan minum sesuai diet dari RS namun tidak selalu habis, BAK di pispot kurang lebih 5-6xjumlah ± 900 cc
		08.55	4. Mengecek kadar glukosa darah Hasil GDA : 305mg/dl
		09.00	5. Melakukan pengukuran tekanan darah dan frekuensi nadi Hasil :TD : 116/70 mmHg, N : 72x/menit
		09.15	6. Memberikan edukasi tentang diabetes mellitus meliputi : Pengertian, penyebab, tanda gejala, dan komplikasinya Hasil : keluarga dan pasien sedikit demi sedikit mengerti tentang penyakit diabetes mellitus
		09.18	7. Memberikan asupan cairan oral Hasil : memberikan edukasi kepada keluarga pasien agar pasien minum air yang cukup
		09.20	8. Memberikan edukasi untuk menghindari olahraga disaat kadar gula darah diatas 250 mg/dL Hasil : keluarga dan pasien mampu mengerti dan menerapkan
		09.28	9. Memberikan edukasi kepada keluarga agar bisa melakukan pengecekan kadar gula mandiri Hasil : keluarga dan pasien mengerti dan akan berusaha melakukan pengecekan kadar gula darah secara mandiri
		09.32	10. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk patuh terhadap diit dan olahraga serta pengelolaan diabetes Hasil : keluarga pasien berusaha untuk mematuhi diit pasien dengan menjaga pola makan
		10.30	11. Melakukan pemberian insulin dan pemberian injeksi sesuai program pengobatan : Hasil : Novorapid : 10 , injeksi Ranitidin, Santagesik, metoclopramide, metronidazole, anbacim, cairan infus PZ 20 tpm

2.	Gangguan integritas kulit	09.35	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas Hasil : pasien mengatakan luka karena terkena pecahan batu di sawah tak kunjung sembuh dan pasien mengatakan tidak mengetahui jika mempunyai kadar gula yang tinggi
		09.37	2. Mengidentifikasi karakteristik luka Hasil : terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan nanah.
		09.40	3. Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi Hasil : terdapat tanda-tanda infeksi seperti pada daerah sekitar lukamengalami bengkak
		09.45	4. Memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan produk petroleum pada kulit yang kering Hasil :supaya kulit pasien tidak kering dan tetap lembab
		09.47	5. Memberikan edukasi pada keluarga dan pasien untuk menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan dasar alkohol Hasil : untuk mencegah terjadinya alergi pada pasien terhadap produk tertentu dan mencegah terjadinya iritasi pada area kulit yang rawan terlaku
		09.52	6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein serta minum air yang cukup Hasil : pasien makan tahu,ikan,buah dan air putih
3.	Nyeri akut	09.00	1. Melakukan TTV Hasil : TD : 110/75 mmHg N: 85x/menit Suhu: 36,2°C RR : 20x.menit SpO2 : 97 %
		09.55	2. Mengkaji keluhan nyeri,lokasi,lamanya,skala dan intensitas nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri karena lukanya,nyeri terasa cenat-cenut,nyeri berpusat pada kaki kanan,nyeri terasa kuat skala 7
		09.58	3. Mengkaji respon nyeri non verbal Hasil :pasien menyeringai kesakitan saat luka dibersihkan
		10.00	4. Mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri Hasil : pasien mampu megikuti arahan untuk melakuka nafas dalam
		10.03	5. Menanyakan pasien apa saja yang memperbanyak dan memperingan nyeri yang dirasakan Hasil :yang memperberat nyeri pada saat luka dibersihkan dan yang memperingan saat pasien menarik nafas dalam
		10.05	6. Memberikan dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil : pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul
		10.07	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : memberikan edukasi pada keluarga untuk membatasi umlah pengunjung pasien
		10.10	8. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : memberikan edukasi bahwa rasa nyeri yang muncul pada ulkus merupakan reaksi alami pada tubuh melalui sistem saraf karena adanya rangsangan pada ujung-ujung serabut saraf di permukaan kulit
		10.15	9. Melakukan pemberian analgetik hasil : injeksi santagesik

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi

No	Diagnosa keperawatan		Evaluasi
		Jam	25 Maret 2025
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	14.00	S: - Pasien mengatakan badannya masih lemas dan mudah lelah - Pasien mengatakan sering merasa haus O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - Mulut tampak kering - Keasadaran composmentis - GDA : 256 mg/dl - TTV : TD: 98/69 mmHg N: 88x/menit S: 36,3°C RR: 20x/menit SPO2:98% - Minum : px minum sekitar ± 1000 ml - Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc - Keluarga pasien sudah mampu mengerti dan memahami tentang edukasi yang telah diberikan (yaitu: minum air yang cukup,menghindari olahraga disaat kadar gula diatas 250mg/dl,pemeriksaan gula darah mandiri,mematuhi diit dan menjaga pola makan) - Diberikan novorapid 10 (jam 10.30 WIB) A: masalah belum teratasi (badan masih lemas dan mudah lelah,masih sering merasa haus,GDA belum stabil,mulut kering belum menurun) P: lanjutkan intervensi no 2,3,4,5,11

2.	Gangguan Integritas Kulit	14.10	S: - O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - Kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan beralas underpad - terlihat bengkak didaerah sekitar luka - pasien dan keluarga mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan yaitu (menggunakan produk prataleum pada kulit yang kering (kulit tampak lembab), menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan alcohol) A: masalah belum teratasi (kerusakan lapisan kulit belum menurun, kerusakan jaringan belum menurun) P: lanjutkan intervensi no 1,2,3,6
3.	Nyeri Akut	14.15	S: pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat cenut, nyeri berpusat pada kaki sebelah kanan O: - keadaan umum lemah pasien terlihat terbarig di bad - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - pasien terlihat meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 7 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad - TTV TD: 98/69mmHg N: 88x/menit S: 36,3°C RR: 20x/menit SPO2:98% - Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul - Pasien mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan seperti (membatasi jumlah pengunjung dan penyebab dari pemicu nyeri karena reaksi alami pada tubuh) A: Masalah belum teratasi (nyeri belum menurun, masih sering meringis) P: lanjutkan intervensi no 1,2,9

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.13 Catatan Perkembangan

No	Tanggal jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi awal dinas	Implementasi	Evaluasi akhir dinas
1.	26 Maret 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah 08.00 08.05 08.10 08.20 10.30	S: - Pasien mengatakan badannya masih lemas dan mudah lelah - Pasien mmengatakan sering merasa haus O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - Mulut tampak kering - Keasadaran composmentis - GDA : 256 - TTV : - TD: 118/86mmHg - N: 76x/menit - S: 36,6°C - RR: 20x/menit - SPO2:98% - Minum : px minum sekitar ± 1000 ml - Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc - Keluarga pasien sudah	1. Melakukan identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: pasien mengatakan BAK di pispot kurang lebih 5-6x/hari jumlah ±900cc, pasien mengalami poliuri 2. Melakukan identifikasi makanan dan minuman serta BAK Hasil : keluarga klien mengatakan klien makan dan minum sesuai diet dari RS namun tidak selalu habis, BAK di pispot kurang lebih 5-6x jumlah ±900cc 3. Mengecek kadar glukosa darah Hasil GDA : 285mg/dl 4. Melakukan pengukuran tekanan darah dan frekuensi nadi Hasil: TD : 115/75 mmHg N: 84x/menit 5. Melakukan pemberian	S: - Pasien mengatakan badannya masih lemas dan mudah lelah - Pasien mengatakan sering merasa haus O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaringt di bad - Mulut tampak kering - Keasadaran composmentis - GDA : 167 mg/dl - TTV : - TD: 120/86mmHg - N: 82x/menit - S: 36,5°C - RR: 20x/menit - SPO2:98% - Minum : px minum sekitar ± 1000 ml - Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc - Keluarga pasien sudah mampu mengerti dan memahami tentang edukasi yang telah diberikan (yaitu: minum air yang cukup, menghindari olahraga disaat kadar gula diatas 250mg/dl, pemeriksaan gula darah mandiri, mematuhi diit dan

			mampu mengerti dan memahami tentang edukasi yang telah diberikan (yaitu: minum air yang cukup, menghindari olahraga disaat kadar gula diatas 250mg/dl, pemeriksaan gula darah mandiri, mematuhi diit dan menjaga pola makan) - Diberikan novorapid 10 (jam 10.30 WIB) A: masalah belum teratasi(badan masih lemas dan mudah lelah, masih sering merasa haus, GDA belum stabil, mulut kering belum menurun) P: lanjutkan intervensi no 2,3,4,5,11	insulin dan pemberian injeksi sesuai program pengobatan : Hasil : Novorapid : 10 , injeksi Ranitidin, Santagesik, metoclopiramide, metronidazole, anbacim, cairan infus PZ 20 tpm	menjaga pola makan) - Diberikan novorapid 10 (jam 10.30 WIB) A: masalah belum teratasi(badan masih lemas dan mudah lelah, masih sering merasa haus, GDA belum stabil, mulut kering belum menurun) P: lanjutkan intervensi no 2,3,4,5,11
		Gangguan Integritas Kulit 08.45 08.50	S: - O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - Kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - TTV : TD: 118/86 mmHg N: 76x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2:98% - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas Hasil : pasien mengatakan luka karena terkena pecahan batu di sawah tak kunjung sembuh dan pasien mengatakan tidak mengetahui jika mempunyai kadar gula yang tinggi 2. Mengidentifikasi karakteristik luka Hasil : terdapat ulkus pada punggung kaki sebelah kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan mengeluarkan	S: - O: - Keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bad - Kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - TTV : TD: 120/86 mmHg N: 82x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2:98% - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan beralas underpad - terlihat bengkak didaerah sekitar luka

		09.00 09.15	- kaki berwarna kemerahan luka berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril dan beralas underpad - terlihat bengkak didaerah sekitar luka - pasien dan keluarga mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan yaitu (menggunakan produk prataleum pada kulit yang kering (kulit tampak lembab), menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan alcohol) A: masalah belum teratasi (kerusakan lapisan kulit belu menurun) P: lanjutkan intervensi no 1,2,3,6	pus dan berbau tidak sedap. 3. Melepas balutan dan plaster secara perlahan Hasil : dilakukan penggantian balutan pada ulkus dan memersihkan dengan cairan NaCl Hasil : ulkus dibersihkan dengan cairan NaCl 4. Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi Hasil : terdapat tanda-tanda infeksi seperti pada daerah luka nampak bengkak	- pasien dan keluarga mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan yaitu (menggunakan produk prataleum pada kulit yang kering (kulit tampak lembab), menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan alcohol) A: masalah belum teratasi (kerusakan lapisan kulit belum menurun) P: lanjutkan intervensi no 1,2,3,6
		Nyeri akut 09.20 09.30	S: - pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat cenut, nyeri berpusat pada kaki sebelah kanan O: - keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bed - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - pasien tampak meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 7 - terlihat ulkus pada	1. Melakukan TTV Hasil : TD : 115/75 mmHg N: 84x/menit Suhu: 36,2°C RR : 20x/menit SpO2 : 97 % 2. Mengkaji keluhan nyeri, lokasi, lamanya, skala dan intensitas nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat-cenut, nyeri berpusat pada kaki kanan, nyeri terasa kuat skala 5	S: pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat cenut, nyeri berpusat pada kaki sebelah kanan O: - keadaan umum lemah pasien terlihat terbaring di bed - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - pasien tampak meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 5 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan

		09.40	punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad - Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul - Pasien mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan seperti (membatasi jumlah pengunjug dan penyebab dari pemicu nyeri karena reaksi alami pada tubuh) - TTV TD: 118/86mmHg N: 76x/menit S: 36,6°C RR: 20x/menit SPO2:98% A: Masalah belum teratasi (nyeri belum menurun,masih sering meringis) P: lanjutkan intervensi no 1,2,9	3. Melakukan pemberian analgetik hasil : injeksi santagesik	pus terbalut kassa steril beralas underpad - Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul - Pasien mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan seperti (membatasi jumlah pengunjug dan penyebab dari pemicu nyeri karena reaksi alami pada tubuh) - TTV TD: 120/86mmHg N: 82x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2:98% A: Masalah belum teratasi (nyeri belum menurun,masih sering meringis) P: lanjutkan intervensi no 1,2,9
--	--	--------------	---	--	--

2.	27 Maret 2025	Ketidakstabilan kadar glukosa darah 08.00 08.10 08.12 08.25 10.30	S: - Pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas dan lelah mulai berkurang - Pasien mengatakan masih sering haus O: - Keadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - Mulut tampak lembab - Keasadaran composmentis - GDA :167 - TTV : TD: 108/80mmHg N: 85x/menit S: 36,2°C RR: 20x/menit SPO2:98% - Minum : px minum sekitar ± 1000 ml - Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc - Keluarga pasien sudah mampu mengerti dan memahami tentang edukasi yang telah diberikan (yaitu: minum air yang cukup,menghindari olahraga disaat kadar gula diatas 250mg/dl,pemeriksaan gula darah mandiri,mematuhi diit	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia Hasil: pasien mengatakan BAK di pispot kurang lebih 5-6x/hari jumlah ±900cc pasien mengalami poliuri 2. Melakukan identifikasi makanan dan minuman serta BAK Hasil : keluarga pasien mengatakan pasien makan dan minum sesuai diet dari RS namun tidak selalu habis, BAK di pispot kurang lebih 5-6x jumlah ±900cc 3. Mengecek kadar glukosa darah Hasil GDA : 346 mg/dl 4. Melakukan pengukuran tekanan darah dan frekuensi nadi Hasil :TD : 120/85 mmHg, N : 85x/menit 5. Melakukan pemberian insulin dan pemberian injeksi sesuai program pengobatan : Hasil : Novorapid : 10 , injeksi Ranitidin, Santagesik, metoclopiramide, metronidazole,anbacim,cairan infus PZ 20 tpm	S: - Pasien mengatakan badannya tidak lemas dan lelah mulai berkurang - Pasien mengatakan masih sering haus O: - Kesadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - Mulut tampak lembab - Keasadaran composmentis - GDA : 196 mg/dl - TTV : TD: 115/80mmHg N: 80x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2:98% - Minum : px minum sekitar ± 1000 ml - Urine : px BAK 5-6x jumlah ±900cc - Keluarga pasien sudah mampu mengerti dan memahami tentang edukasi yang telah diberikan (yaitu: minum air yang cukup,menghindari olahraga disaat kadar gula diatas 250mg/dl,pemeriksaan gula darah mandiri,mematuhi diit dan menjaga pola makan) - Diberikan novorapid 10 (jam 10.30 WIB) A: masalah teratasi sebagian(badan terasa lemas menurun ,lelah menurun,haus menurun,GDA mulai membaik mendekati angka normal,mulut kering menurun) P:intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30
----	---------------------	--	---	--	--

			dan menjaga pola makan) - Diberikan novorapid 10 (jam 10.30 WIB) A: masalah teratasi sebagian (badan terasa lemas menurun,lelah menurun,haus menurun,GDA mulai membaik mendekati angka normal,mulut kering menurun) P: intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30		
		Gangguan integritas kulit 08.50 08.55 09.00	S: - O: - - Keadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - Kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka sudah tidak berbau dan mengeluarkan pus luka terbalut kassa steril dan beralas underpad - terlihat bengkak didaerah sekitar luka mulai menurun - pasien dan keluarga mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan yaitu (menggunakan produk prataleum pada kulit yang	1. Mengidentifikasi penyebab Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas Hasil : pasien mengatakan luka karena terkena pecahan batu di sawah tak kunjung sembuh dan pasien mengatakan tidak mengetahui jika mempunyai kadar gula yang tinggi 2. Mengidentifikasi karakteristik luka Hasil : terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan berbau tidak sedap dan mengeluarkan pus. 3. Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi Hasil : terdapat tanda-tanda infeksi seperti pada daerah sekitar lukamengalami	S: - O: - - Keadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - Kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - TTV : TD: 115/80 N: 80x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2:98% - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan - luka sudah tidak berbau dan mengeluarkan pus luka terbalut kassa steril dan beralas underpad - terlihat bengkak didaerah sekitar luka mulai menurun - pasien dan keluarga mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan yaitu (menggunakan produk prataleum pada kulit yang kering (kulit tampak

		09.05	kering (kulit tampak lembab), menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan alcohol) - TTV : TD: 108/80 N: 85x/menit S: 36,2°C RR: 20x/menit SpO2: 98% A: masalah teratasi sebagian (kerusakan kulit mulai membaik setelah dilakukan perawatan luka) P: intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30	4. Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi protein serta minum air yang cukup Hasil : pasien makan tahu, ikan, buah dan air putih	lembab), menggunakan produk berbahan alami dan menghindari produk berbahan alcohol) A: masalah teratasi sebagian (kerusakan kulit mulai membaik setelah dilakukan perawatan luka) P: intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30
		Nyeri akut 09.10 09.15 09.20	S: - pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat cenut, nyeri berpusat pada kaki sebelah kanan O: - keadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - pasien terlihat meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 5 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak	1. Mengkaji keluhan nyeri, lokasi, lamanya, skala dan intensitas nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat-cenut, nyeri berpusat pada kaki kanan, nyeri terasa kuat skala 5 2. Melakukan pemberian analgetik hasil : injeksi santagesik 3. Melakukan TTV Hasil : TD : 120/85 mmHg N: 85x/menit Suhu: 36,2°C RR : 20x.menit SpO2 : 97 %	S: pasien mengatakan nyeri karena lukanya, nyeri terasa cenat cenut, nyeri berpusat pada kaki sebelah kanan O: - keadaan umum cukup pasien terlihat sudah mulai duduk diatas bad - kesadaran composmentis GCS E4V5M6 - pasien tampak meringis saat nyeri ulkus kambuh nyeri skala 4 - terlihat ulkus pada punggung kaki kanan selebar kurang lebih 2 cm menembus sampai telapak kaki berwarna kemerahan sudah tidak berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad - Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul - Pasien mampu mengerti dan memahami

			kaki berwarna kemerahan sudah tidak berbau dan mengeluarkan pus terbalut kassa steril beralas underpad - Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam ketika nyeri muncul - Pasien mampu mengerti dan memahami edukasi yang diberikan seperti (membatasi jumlah pengunjung dan penyebab dari pemicu nyeri karena reaksi alami pada tubuh) - TTV TD: 108/80 N: 80x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2:98% A: Masalah teratasi sebagian (keluhan nyeri menurun, meringis menurun) P: intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30		edukasi yang diberikan seperti (membatasi jumlah pengunjung dan penyebab dari pemicu nyeri karena reaksi alami pada tubuh) - TTV TD: 115/80 N: 80x/menit S: 36,4°C RR: 20x/menit SPO2:98% A: Masalah teratasi sebagian(keluhan nyeri menurun, meringis menurun) P: intervensi dihentikan (pasien rencana KRS) jam 14.30
--	--	--	--	--	---

4.1.9 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

Tabel 4.14 Hasil Analisis Asuhan Keperawatan

NO	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	Identitas Pasien Meliputi nama, umur penderita, jenis kelamin, agama, pendidikan perlu dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien yang akan berpengaruh terhadap tingkat pemahaman klien akan suatu informasi, pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui apakah pekerjaannya merupakan faktor predisposisi atau bahkan faktor presipitasi terjadinya penyakit Diabetes Mellitus, suku/bangsa, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis dan alamat (NANDA, 2013)	Berdasarkan hasil penelitian pasien diabetes mellitus pada Ny.M dengan usia 46 tahun, berasal dari suku Jawa, beragama islam, pendidikan terakhir SLTP, pekerjaan petani, bertempat tinggal di ngrayung, tanggal masuk RS 24 Maret 2025, tanggal pengkajian 25 Maret 2025	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
2.	Keluhan utama Berisi tentang keluhan pasien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan dengan metode P (provokatus-paliatif), Q (quality-quantity), R (regioradiasi), S (scala-serverity), T (time). Pengisian metode PQRST harus disesuaikan dengan kondisi dan keluhan klien saat dilakukan pengkajian.	Saat MRS : Pasien mengatakan badan lemas, mual dan nyeri pada kaki kanan Saat Pengkajian : Pasien mengatakan badan terasa lemas, mudah lelah dan nyeri padapunggung kaki sebelah kanan yang terdapat luka.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
3.	Riwayat kesehatan sekarang Manurung (2018), mengatakan pada umumnya klien dengan Diabetes Mellitus akan mengeluh adanya gejala gejala spesifik seperti poliuria, polidipsi dan poliphagia, mengeluh kelemahan dan penurunan berat badan. Pada klien DM mengeluh pruritus vukvular, kelelahan, retinopati, fotofobia, dan kram otot yang menunjukkan gangguan elektrolit dan terjadinya komplikasi aterosklerosis. Dapat juga adanya keluhan	Pasien mengatakan badannya lemas mual dan nyeri pada kaki sebelah kanan sempat dibawa ke klinik romo wijoyo kemudian disarankan untuk ke RS pada tanggal 24 maret 2025 sekitar pukul 19.00 wib dibawa ke IGD untuk mendapatkan perawatan intensif. Kondisi kaki kanan yang terdapat luka dengan balutan kasa yang merembes dan berbautidak sedap serta terdapat bengkak disekitar luka	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

	luka yang tidak sembuh sembuh atau bahkan membusuk menjadi latar belakang penderita datang ke rumah sakit.	P : pasien mengatakan nyeri karena lukanya Q : pasien mengatakan nyerinya terasa cenat-cenut R: pasien mengatakan nyerinya berpusat pada kaki sebelah kanan S: pasien mengatakan nyerinya terasa kuat skala 7 T: pasien mengatakan nyerinya sering terjadi atau terasa	
4.	Riwayat kesehatan dahulu Riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat obesitas, hipertensi, riwayat penyakit pankreatitis kronis, dan riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit), at terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiazid, kontrasepsi oral). Perlu juga dikaji apakah klien pernah dirawat di rumah sakit karena keluhan yang sama (Smeltzer, 2011).	Pasien mengatakan sekitar 1 tahun yang lalu pernah dirawat di klinik romo wijoyo karena sakit lambung, pasien mengatakan baru tahu jika gula darah tinggi saat masuk rumah sakit, dan luka pada kaki kanan akibat terkena pecahan batu disawah kurang lebih 1 bulan yang lalu pasien mengatakan kaki bengkak $\pm$ 3 hari dan semakin parah meskipun sering dikompres dan dibersihkan menggunakan air hangat serta dioles salep dari apotek.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
5.	Riwayat kesehatan keluarga Faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya. (Nursalam, 2011)	Pasien mengatakan tidak ada riwayat keluarga yang menderita penyakit seperti yang dideritanya saat ini dan juga tidak ada riwayat yang mengalami penyakit seperti hipertensi asma maupun lainnya	Adanya kesenjangan antara teori dengan fakta
6.	Pola nutrisi dan cairan Perlu dikaji pola makan klien apakah teratur atau tidak dan berapa banyak porsi dalam satu kali makan, apakah klien sering makan makanan yang manis, apakah ada keluhan sering merasa lapar walaupun sudah makan, apakah ada keluhan tidak nafsu makan (anoreksia) karena ada rasa mual atau muntah, apakah klien melanggar program diet yang ditetapkan dengan mengonsumsi makanan yang dilarang, apakah ada keluhan penurunan berat badan yang drastis dalam beberapa hari atau minggu, serta apakah ada keluhan	Saat dirumah pasien mengatakan makan secara teratur nafsu makan baik makan 3x sehari porsi satu piring dengan nasi sayur dan lauk pauk pasien mengatakan menghindari makanan yang pedas biasa mengonsumsi sayur bening dan suka makan camilan sering makan goengan dan roti dalam kemasan. pasien mengatakan minum air putih sekitar 8 gelas/hari dan sering mengonsumsi teh di pagi maupun sore hari. Saat di RS pasien mengatakan makan habis setengah porsi dengan komposisi nasi dan sayur. Pasien mengatakan	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

	banyak minum dan selalu merasa haus (Aini & Aridiana, 2016).	minum sekitar ± 1000 ml karena merasa sering haus, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan sekitar 1-2 kg setelah sakit dulu beratnya sekitar 62kg, menurut data pasien diberikan diet jenis BB DM. pasien dianjurkan minum dengan jumlah 4-5 gelas/hari kurang lebih 1000cc.	
7.	Pola eliminasi Pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi peningkatan frekuensi dalam berkemih (poliuria), adanya keluhan sering berkemih pada malam hari (nokturia) dan kesulitan dalam berkemih (anuria). Juga perlu dikaji tentang pola defekasi, pada klien Diabetes Mellitus akan terjadi masalah defekasi berupa diare, inkontinensia, dan konstipasi akibat dari komplikasi neuropati pada sistem gastrointestinal (Tarwoto, 2012).	Saat dirumah Pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning, bau khas feces. Pasien mengatakan BAK 7-8x/hari, warna kuning, bau khas urine. pasien mengatakan sering BAK Saat di RS pasien mengatakan sudah BAB 1x (selama MRS sampai pengkajian) berwarna kuning bau khas feces. Pasien mengatakan sering BAK di pispot 5-6x jumlah ± 900 cc berwarna kuning bau khas urine.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
8.	Pola istirahat tidur Perlu dikaji pola istirahat dan tidur baik secara kualitas maupun kuantitas yang meliputi berapa jam klien tidur dalam satu hari, bagaimana perasaan klien setelah tidur. Pada klien Diabetes Mellitus akan ditemukan masalah seperti sering terbangun pada malam hari karena sering berkemih (nokturia) (Purwanto, 2016).	Saat dirumah Pasien mengatakan tidur siang pukul 12.30-13.00 WIB pasien mengatakan tidur malam pukul 21.00 WIB terkadang sering terbangun karena berkemih dan biasa bangun pukul 04.30 WIB ketika mendengar adzan subuh. Saat di RS px mengatakan tidur pukul 22.30 WIB sering terbangun saat sering berkemih dan nyeri pada kaki pasien kambuh biasa bangun pukul 05.00 WIB	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
9.	Pola aktivitas dan personal hygien Pada klien Diabetes Mellitus terdapat rasa lemah, letih dan penurunan kekuatan otot, sehingga klien sulit bergerak atau beraktivitas. Kaji kemampuan klien dalam melakukan perawatan seperti mandi, berpakaian, toileting dan lainnya. Apakah klien dibantu atau dapat melakukan secara mandiri (Damayanti, 2016).	Saat di rumah pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas secara mandiri namun sesekali dibantu, mandi 2x sehari, menggosok gigi 3x sehari dan keramas 2x seminggu, pasien mengatakan sering mengompres luka dan membersihkan menggunakan air hangat kemudian dioles salep dari apotik. Saat di RS Pasien mengatakan disibin dua kali sehari pagi disibin oleh keluarga, berkumur	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

		menggunakan air hangat. Pasien belum keramas karena hanya terbaring di tempat tidur, luka pasien sudah dibersihkan saat awal masuk rumah sakit pada 24 Maret 2025	
10.	Pola kognitif dan persepsi sensori Perlu dikaji apakah klien mengalami gangguan orientasi pada waktu, tempat, orang. Umumnya klien terjadi disorientasi, klien mengantuk, letargi, kesadaran stupor atau semi koma (pada tahap lanjut). Klien juga mengalami pusing atau vertigo, sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parastesia dan gangguan penglihatan (Tarwoto, 2012).	a) Status mental : Status mental pasien baik, tidak ada gangguan dan pasien kooperatif b) Pola komunikasi : Komunikasi pasien baik yaitu secara verbal dengan menggunakan bahasa Jawa c) Orientasi : Orientasi pasien baik, pasien sadar penuh, dapat berorientasi terhadap orang, tempat dan waktu	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta
11.	Pola peran hubungan dengan orang lain Pola peran dan hubungan tentang persepsi klien terhadap dirinya sehubungan dengan kondisi sekitarnya, hubungan klien dengan perawat, dokter, tim kesehatan lain serta klien lain dan bagaimana penerimaan orang-orang sekitar klien terutama keluarga akan kondisinya saat ini serta dukungan yang diberikan orang-orang terdekat klien baik dari segi moral maupun materil. Hubungan klien dengan lingkungan sosial tidak terganggu, klien tetap ikut serta dalam aktifitas sosial atau menarik diri dari interaksi sosial terutama jika sudah terjadi komplikasi fisik seperti ulkus, gangren, dan gangguan penglihatan (Nursalam, 2011).	Pasien mengatakan hubungan dengan orang lain, keluarga, saudara dan tetangga baik	Adanya kesenjangan antara teori dengan fakta
12.	Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress Pada klien Diabetes Mellitus kemungkinan ditemukan kecemasan bahkan perasaan depresi pada penyakitnya yang disebabkan oleh proses terjadinya penyakit yang lama dan kurangnya pengetahuan terhadap prosedur tindakan yang akan dilakukan. Perlu dikaji meliputi konsep diri (ungkapan klien tentang adanya masalah	Pasien mengatakan jika mempunyai masalah selalu berdiskusi dengan suami dan keluarganya dengan baik Status mental : status mental pasien baik, tidak ada gangguan dan pasien kooperatif. Pola komunikasi: komunikasi pasien secara verbal menggunakan bahasa Jawa	Adanya kesenjangan antara teori dengan fakta pada pasien

	pada penyakitnya, perasaan negative tentang tubuhnya, klien merasa kehilangan fungsi pada tubuhnya, klien merasa kehilangan kebebasan dan kesempatan untuk menjalani hidupnya), status emosi, pola koping dan gaya komunikasi, (Manurung, 2018).	Orientasi : orientasi pasien baik, pasien sadar	
13.	Pola seksualitas dan reproduksi Di kaji tentang penggunaan komrasepsi pada wanita yang dapat mempengaruhi kesehatannya serta masalah sekmelitas yang meliputi impotensi pada laki-laki dan kesulitan orgasme serta riwayat menstruasi pada wanita. (Manurung, 2018)	Pasien mengatakan suaminya masih hidup dan memiliki 3 orang anak	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta
14.	Pola keyakinan Meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya yang dihubungkan dengan agama yang dianut klien. Dilihat dari bagaimana aktifitas ibadah klien (Manurung, 2018)	Tentang nilai dan kepercayaan tidak ada yang bertentangan dengan tindakan medis yang sedang dijalani pasien, Pasien mengatakan beragama islam dan rutin melakukan ibadah. Saat dirumah sakit, pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur dan selalu berdoa agar diberikan kesembuhan.	Adanya kesesuaian antarateori dengan fakta
15.	Pemeriksaan fisik Keadaan Umum Meliputi keadaan klien, tingkat kesadaran klien yang meliputi composmetis (sadar penuh), apatis (kurang merespon terhadap keadaan sekeliling yang ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tidak fokus), somnolen (keadaan dimana klien mudah mengantuk, namun masih bisa dibangunkan), sopor (kondisi tidak sadar tetapi masih memberikan reaksi terhadap rangsangan), koma (kondisi tidak sadar dan tidak bereaksi terhadap rangsangan). delirium (penurunan kesadaran disertai kekacauan motorik klien tampak gelisah), semi koma (penurunan kesadaran yang tidak memberikan rangsangan verbal namun pupil dan kornea masih baik), lesu, tampak lelah, dan berisi tentang tinggi badan klien, berat badan klien.	Keadaan umum lemah, terlihat pasien terbaring di bad, tampak lelah dan sesekali meringis karena nyeri ulkus kambuh, tingkat kesadaran composmetis GCS E4V5M6, pasien terpasang infus pz 20 tpm pada tangan kanan, dan terdapat ulkus pada kaki kanan BB : 60kg TB : 155cm	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta

16.	Tanda-tanda vital Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu.	TD : 107/70 mmHg N : 78x/menit S : 36,5 RR : 20 SpO2 : 98% GDA : 343 mg/dl	Adanya kesesuaian antara dengan fakta
17.	Diagnosa keperawatan Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), DPP PPNI (2018), Diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut: 1. Defisit Nutrisi (D.0019) 2. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) 3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) 4. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) 5. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (D.0009) 6. Nyeri akut (D.0077) 7. Pola nafas tidak efektif (D.0005) 8. Risiko infeksi (D.0142)	1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) 2. Gangguan integritas kulit (D.0129) 3. Nyeri akut (D.0077)	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta yaitu tidak semua diagnosa muncul pada pasien, peneliti merumuskan diagnosa muncul pada pasien sesuai keluhan yang dialami oleh pasien
18.	Intervensi Intervensi keperawatan adalah rencana yang disusun. Intervensi keperawatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu mandiri (dilakukan oleh perawat) dan kolaboratif (yang dilakukan bersama dengan pemberi perawatan lainnya) (Mahyar, 2011).	Intervensi disusun berdasarkan sumber SDKI, SLKI, dan SIKI sesuai diagnosa yang muncul pada pasien	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta, perencanaan disusun berdasarkan beberapa diagnosa yang muncul sesuai teori yang telah ada.
19.	Implementasi Implementasi adalah melakukan suatu perencanaan berdasarkan intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai suatu tujuan dan hasil yang diharapkan. Dalam implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan untuk melakukan intervensi keperawatan. Implementasi melibatkan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang diperoleh selama fase perencanaan. (Siregar et al, 2021) dikutip dalam (Lukman, 2023).	Tindakan atau implementasi dilakukan pada saat penelitian pasien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena disesuaikan kondisi pasien.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. Dalam melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Tetapi, tidak semua perencanaan yang telah disusun dapat dilakukan. Hal ini disesuaikan dengan kondisi pasien

	Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat harus mampu bekerja sama dengan klien, keluarga, serta anggota tim kesehatan yang lain, sehingga asuhan yang di berikan dapat optimal dan konprehensif. Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu Tindakan Keperawatan Mandiri dan Tindakan Keperawatan Kolaboratif(kholifah,2016).		
20.	Evaluasi Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah,2019). Efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status pasien. Evaluasi harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015) dalam (Lukman, 2023). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu criteria hasil,keefektifan tahapan proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahapan evaluasi keperawatan adapun 4 tahap evaluasi menggunakan SOAP, yaitu: S (Subyektif) yaitu keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien maupun orang terdekat klien). O (Obyektif) yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat. A (Assessment) yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien P (Planning) yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya (Nursalam, 2011)	Didalam penelitian ini,penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama tiga hari sesuai kriteria.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta,sebelum maupun sesudah melakukan tindakan peneliti harus mengevaluasi respon pasien untuk mengetahui adanya perkembangan dari pasien

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan dengan pasien Ny.M di Ruang Raflesia RSUD dr.Soedomo Trenggalek didapatkan berbagai kesenjangan sebagai berikut :

4.2.1. Pengkajian

1) Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan hasil penelitian pada Ny. M dapat diketahui bahwa tidak ada anggota keluarga pasien yang menderita penyakit keturunan yang sama dengan pasien yaitu Diabetes Mellitus dan penyakit menular lainnya.

Menurut Teori Nursalam (2011), mengemukakan faktor yang membuat seseorang terkena Diabetes Mellitus adalah keturunan. Selain itu perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit hereditas seperti asma, hipertensi, atau penyakit endokrin lainnya.

Peneliti berasumsi bahwa Diabetes Mellitus tidak harus disebabkan oleh keturunan. Tetapi bisa disebabkan oleh gaya hidup penderita yang kurang sehat dan pola makan yang salah seperti kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi gula, jumlah asupan energi yang berlebih dan pada pasien yang tidak rutin melakukan pemeriksaan gula darah karena ketidaktahuannya.

2) Pola kognitif dan persepsi sensori

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan fakta bahwa pasien tidak ada gangguan, pasien kooperatif tenang dan stabil, pasien

menjawab pertanyaan dengan baik mampu diajak komunikasi dengan baik, pasien merespon saat dipanggil, diberikan sentuhan dan saat diberi rangsang nyeri.

Menurut Teori Tarwoto (2012), Umumnya pada pasien diabetes mellitus terjadi disorientasi, pasien mengantuk, letargi, kesadaran stupor atau semi koma (pada tahap lanjut).

Peneliti berasumsi tidak semua pasien Diabetes Mellitus dengan ulkus mengalami gangguan orientasi. Hal ini ditunjang dengan kondisi fisik pasien yang stabil dan kooperatif, keluhan utama datang karena luka pada kaki yang tidak kunjung sembuh. Keluhan dan gejala yang umum terjadi membuat pasien tidak mengetahui sehingga masih tergolong pasien yang baru terdiagnosa penyakit Diabetes Mellitus tetapi karena dukungan dari keluarga mampu manajemen pola pikir untuk dapat segera sembuh .

3) Pola peran dan hubungan interaksi sosial

Berdasarkan data pengkajian pola peran dan hubungan interaksi sosial didapatkan pasien mampu menerima kondisinya saat ini, perannya sebagai seorang istri membuat semangatnya untuk cepat sembuh semakin meningkat, pasien tidak menutup diri dari lingkungan dan mengatakan hubungan dengan orang sekitar terjalin dengan baik, pada pola mekanisme koping pasien mengatakan jika ada masalah akan segera didiskusikan.

Secara teori pada pasien Diabetes Mellitus hubungan dengan lingkungan sosial akan terganggu, jika pasien sudah menderita komplikasi seperti seperti ulkus, ganggren, dan gangguan penglihatan biasanya klien akan menarik diri dari lingkungan sosial (Manurung, 2018).

Dari uraian tersebut penulis berpendapat bahwa tidak semua pasien Diabetes Mellitus mengalami masalah pada hubungan interaksi pada orang lain, karena pasien mendapatkan dukungan penuh dari orang-orang terdekatnya, termasuk ketika menyelesaikan masalah selalu berdiskusi dengan suami dan keluarganya dengan baik untuk mendapat jalan keluar.

4) Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress

Berdasarkan data pengkajian didapatkan status mental pasien baik dan kooperatif, bahasa yang digunakan pasien bahasa jawa, kemampuan berbicara lancar, pasien dapat menyelesaikan masalahnya dengan bantuan dari orang-orang terdekatnya, pasien mampu untuk menghadapi masalah kesehatannya saat ini. pasien mengatakan akan mengikuti program terapi dengan baik sesuai anjuran agar segera sembuh dan pulang kerumahnya.

Secara teori Pada pasien Diabetes Mellitus kemungkinan ditemukan kecemasan bahkan perasaan depresi pada penyakitnya yang disebabkan oleh proses terjadinya penyakit

yang lama dan kurangnya pengetahuan terhadap prosedur tindakan yang akan dilakukan. (Manurung, 2018).

Dari uraian tersebut penulis berpendapat bahwa tidak semua pasien Diabetes Mellitus mengalami stress atau kecemasan terhadap penyakitnya, karena pasien dapat memaklumi dan menerima keadaannya karena dukungan dari keluarga yang ikut membantu dalam menyelesaikan masalah yang dialami saat ini.

4.2.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada pasien Diabetes Mellitus, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh pasien yaitu, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, gangguan integritas kulit berhubungan dengan ulkus dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Menurut SDKI (2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah Defisit Nutrisi ,Risiko ketidakseimbangan cairan, Ketidakstabilan kadar glukosa darah ,Gangguan integritas kulit/jaringan ,Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer ,Nyeri akut, Pola nafas tidak efektif ,Resiko infeksi.

Diagnosa yang muncul pada pasien hanya 3 diagnosa sedangkan secara teori pasien dengan Diabetes Mellitus diagnosa yang muncul ada 8. Penulis berasumsi bahwa diagnosa keperawatan

dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual pasien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3. Intervensi

Intervensi keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah pasien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2018.

4.2.4. Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama

3hari mulai tanggal 25 Maret 2025 sampai 27 Maret 2025 Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan kepada nursing orders untuk membantupasien mencapai tujuan yang di harapkan (Rofifah, 2019).

Peneliti berpendapat bahwa pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan peneliti berdasarkan intervensi yang disusun sesuai teori, akan tetapi tidak semua intervensi diimplementasikan hanya dilakukan sesuai dengan kondisi pasien.

4.2.5. Evaluasi

Pada waktu dilakukan evaluasi selama 3 hari pasien belum maksimal menunjukkan tanda - tanda perbaikan secara optimal. Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019).

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap – tahap proses

keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP.

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada evaluasi. Peneliti sebelumnya melakukan evaluasi selama 3 hari dengan SOAP hasil catatan perkembangan masalah teratasi sebagian dikarenakan pasien membutuhkan perawatan secara optimal dan pengobatan yang teratur, untuk menjaga kestabilan gula darah menjadi normal.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil Asuhan keperawatan Diabetes Mellitus yang dilakukan pada pasien Ny. M selama tiga hari di ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi. Hasil penelitian menunjukkan lebih banyak kesesuaian antara teori dan fakta daripada ksenjangannya, hal tersebut dibuktikan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dibuktikan pada penelitian tersebut didapatkan pada kesenjangan antara teori dan fakta yang ada dilapangan yaitu padariwayat penyakit keluarga, pola kognitif dan persepsi sensori, pola peran hubungan dengan orang lain serta Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress.

5.1.2 Perumusan diagnosa

Pada diagnosa keperawatan yang diangkat sebagian kecil sama dengan teori. Tidak semua diagnosa pada teori muncul pada fakta yang ada dilapangan. Pada Ny. "M" dengan diabates melitus peneliti menemukan tiga diagnosa keperawatan yaitu Ketidakstabilan kadar gula darah, Gangguan integritas kulit/jaringan dan Nyeri akut.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit serta berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu pasien dengan Ketidakstabilan kadar gula darah, Gangguan integritas kulit/jaringan dan Nyeri akut.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, peneliti melakukan tindakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan di implementasikan semaksimal mungkin akan tetapi tetap memperhatikan dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi Ny. "Y".

5.1.5 Evaluasi

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan, keluarga dan Ny "Y" secara umum sudah terdapat tanda-tanda perbaikan kondisi pasien yaitu penurunan rasa lemas, gula darah yang mulai turun stabil mendekati nilai normal dan rasa nyeri yang mulai berkurang. Pelaksanaan evaluasi pada pasien dilakukan selama tiga hari yang dilaksanakan setiap awal shift dan akhir shift dan perkembangan pasien cukup meskipun belum mencapai hasil maksimal karena proses penyembuhan penyakit diabetes melitus ini memerlukan waktu yang tidak singkat dan dirasa kondisi pasien

yang sudah membaik disarankan oleh dokter untuk rawat jalan di rumah.

5.1.6 Analisa

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus yang telah dilakukan, peneliti menganalisa pasien tersebut dengan hasil terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian didapatkan kesenjangan pada riwayat penyakit keluarga, pola kognitif dan persepsi sensori, pola peran hubungan dengan orang lain serta Pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress. Sedangkan pada diagnose keperawatan didapatkan kesenjangan bahwa hanya sebagian kecil diagnosa yang ada diteori muncul pada pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi rumah sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Diharapkan untuk lebih meningkatkan instrumen yang ada di rumah sakit seperti peralatan rawat luka disediakan lebih dari dua agar dalam melakukan perawatan luka lebih efektif, terhindar dari risiko infeksi dan penularan penyakit, serta memudahkan perawat dalam melaksanakan tugasnya.

5.2.2 Bagi keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan untuk penanganan pasien diabetes mellitus sehingga

dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien diabetes mellitus untuk kesembuhannya

5.2.3 Bagi pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan medikal bedah dengan pasien diabetes mellitus.

5.2.4 Bagi peneliti

Diharapkan peneliti mampu meningkatkan kemampuannya serta lebih banyak memberikan waktu dengan pasien dikarenakan keterbatasan waktu dinas diruangan untuk lebih memperhatikan implementasi yang diberikan selama 3x 24 jam agar memaksimalkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus.

5.2.5 Bagi peneliti yang akan datang

Hasil penelitian ini masih sangat sederhana sehingga belum mampu menggambarkan suatu hasil yang maksimal. Perlu diperhatikan untuk peneliti selanjutnya menambah waktu saat melakukan penelitian agar asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien diabetes mellitus lebih mendalam sehingga hasil penelitian menjadi semakin baik.

5.2.6 Bagi pasien

Diharapkan pasien memahami pentingnya proses pemulihan dimana memerlukan waktu secara bertahap, maka pasien harus mengikuti anjuran dan mengubah pola hidup sehat sesuai anjuran dalam asuhan keperawatan dan sering kontrol ke puskesmas terdekat maupun rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Dolorensius Mite, D.D. and Dua Wida, A.S. (2023) 'Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Intervensi Manajemen Hiperglikemi Dan Teknik Hydroterapy Hot Bath', *Diabetes Mellitus*, 10(1), pp. 1–9.
- Keifer GEffenberger (2020) 'Teori Diabetes Mellitus', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp. 13–40.
- Kemenkes RI (2020) 'Konsep Medis Diabetes Melitus', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 24(5), pp. 1602–1608. Available at: [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9337/3/BAB II Tinjauan Pustaka.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9337/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf).
- Lestari, Zulkarnain and Sijid, S.A. (2021) 'Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan', *UIN Alauddin Makassar*, (November), pp. 237–241. Available at: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>.
- Mustofa, E.E. *et al.* (2022) 'Jurnal Cendikia Muda Volume 2 , Nomor 1 , Maret 2022 ISSN 2807-3649 Mustofa , Penerapan Senam Kaki ... PENDAHULUAN World Health Organization pada tahun 2020 menyatakan bahwa diabetes adalah penyebab utama kebutaan , gagal ginjal , serangan jantung , stroke ', 2, pp. 78–86.
- Renaldi, H.A., Susanto, A. and Burhan, A. (2022) 'Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Glukosa Darah Pada Pasien Tn. D Dengan Diabetes Melitus Tipe Ii Di Rsi Banjarnegara', *Journal Inovasi Penelitian*, 3(6), pp. 6787–6792. Available at: <https://stp-mataram.ejournal.id/JIP/article/view/2143/1667>.
- Zhafirah, nahdah shofi and Palupi, L.M. (2019) 'Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar', *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 10(2), pp. 85–91.
- World Health Organization. (2018). *Global Health and aging*. Geneva: World Health Organization
- Kemenkes RI. (2018). Cegah, Cegah, dan Cegah : Suara Dunia Perangi Diabetes. Kemenkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia Kemenkes RI.
- (PERKENI), P. E. (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia*. Jakarta.
- Federation, I. D. (2017). *IDF Diabetes Atlas Eight Edition 2017*. Dunia: IDF.
- NANDA. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnose medis&NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Media Action.

- PERKENI. (2015). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*.
- Bruner, & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Santi Damayanti, S. (2016). *Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Tandra, H. (2015). *Diabetes Bisa Sembuh Petunjuk Praktik Mengalahkan dan Menyembuhkan Diabetes*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Konsep Mind Mapping dan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Trans Info Media.
- Tarwoto, W. T. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*.
- Purwanto, H. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Pusdik SM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. 2 ed*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. 2 ed*. Salemba Medika: Jakarta.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryono, A. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Aini, N. (2016). In: *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan Pendekatan Nanda NIC NOC*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Medis.
- PPNI, *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, ed. by DPP PPNI, 3rd edn* (Jakarta: PPNI, 2017)
- PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, ed. by PPNI, 2nd edn* (Jakarta: tim pojka DPP PPNI, 2018).

- PPNI. (2018). *Standar luaran keperawatan Indonesia :definisi dan kriteria hasil keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Smeltzer, S. C. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. 8 ed*. Jakarta: EGC.
- Dinkes Jawa timur.(2021). *Profil kesehatan 2021*. Surabaya
- Yuliana Elin,A. R (2019). *ISO Farmakoterapi*. Jakarta : ISFI.

*Lampiran 1***DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Faridatul Ummah Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rafflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**" dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas pasien serta informasi yang pasien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa pasien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek,



Ng. M

Lampiran 2



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besut Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/100/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : FARIDATUL UMMAH

NIM : P17240221026

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Diabetes Mellitus* di Ruang Rafflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Rafflesia

3. Peneliti.

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 12 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 115 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Poltekkes Kemenkes Malang
di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/100/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : FARIDATUL UMMAH
NIM : P17240221026
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Pasien *Diabetes Mellitus* di Ruang Raflesia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid Pengembangan dan Pengendalian

**Tembusan disampaikan kepada:**

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip

Lampiran 4

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

-Kampus Utama: Jl. Besar Ijen No. 77 CMALANG 65112 Telp. (0341) 556746

-Kampus I: Jl. Srikoyo No. 106 JEMBER Telp. (0331) 486613

-Kampus II: Jl. A. Yani Sumberporong LAWANG Telp. (0341) 427847

-Kampus III: Jl. Dr. Soetomo No. 56 BLITAR 66133 Telp. (0342) 801043

-Kampus IV: Jl. KH. Wakhid Hasyim No. 64 BKEDIRI Telp. (0354) 773095

-Kampus V: Jl. Dr. Soetomo No. 5 TRENGGALEK Telp. (0355) 791293

-Kampus VI: Jl. Dr. Ciptomangunkusumo No. 82 APONOROGO Telp. (0352) 461792

Website: [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email: direktorat@poltekkes-malang.ac.id



FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA:

✪ Nama :

✪ Jenis kelamin :

✪ Umur :

✪ Status perkawinan :

✪ Pekerjaan :

✪ Agama :

✪ Pendidikan terakhir :

✪ Alamat :

✪ Tanggal/Jam MRS :

✪ Tanggal/Jam pengkajian :

2. DIAGNOSAMEDIS :

3. KELUHAN UTAMA

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (PQRST)

5. RIWAYAT KESEHATAN/PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram:

7. POLAAKTIVITASSEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DIRUMAH	DIRS
a.	Makandan minum	.	

b.	Polaeliminasi		
c.	Polaistirahat/tidur		
d.	Kebersihandiri		

8. RIWAYATPSIKOSOSIAL

A. Konsepdiri

Gambarandiri/Citradiri :

Ideal diri :

Hargadiri :

Peran :

Identitasdiri :

B. Polaperanhubungandenganoranglain

C. Polaseksual

D. Polamekanisme koping

E. Polakognisidanpersepsisensori:

Status mental :

Pola komunikasi :

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum:

b. Tanda-tanda vital :

Suhu tubuh : Nadi :

Tekanan darah : Respirasi :

SpO₂ :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut

2. Bentuk kepala:

3. Ubun – ubun :

4. Kulit kepala :

a) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut:

Bau :

Warna :

b) Wajah :

Warna kulit :

Struktur wajah:

5. Mata

a) Kelengkapan dan kesimetrisan :

b) Kelopakmata(Palpera) :

c) Konjungtivadansclera :

d) Pupil :

e) Korneadaniris :

f) Pergerakanbolamata :

g) Ketajamanpenglihatan/visus *) :

h) Medan penglihatan :

i) Tekananbolamata*) :

6. Hidung

a) Tulanghidungdan posisisseptum nasi:

b) Lubanghidung:

c) Cupinghidung:

7. Telinga

a) Bentukteling:

b) Ukuranteling:

c) Lubangteling :

d) Pemeriksaanpendengaran:

8. Mulut dan faring

a) Keadaanbibir:

b) Keadaangusidangigi :

c) Keadaanlidah:

d) Faring:

9. Leher:

a) Posisitratea:

b) Tiroid :

c) Suaracapan:

d) Kelenjarlymphe :

e) Venajugularis :

f) Denyutnadicarotis :

d. Pemeriksaanintegumen:

Inspeksi :

Palpasi :

e. Pemeriksaandada/thorax :

1. PemeriksaanJantung Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi:

2. Pemeriksaan Paru Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi:

f. Pemeriksaan payudara:

g. Abdomen:

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia:

Inspeksi :

Palpasi :

i. Ekstremitas:

Inspeksi :

Palpasi :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kemampuan sensorik:

Kemampuan motorik:

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

b) Reflek patologis :

Nervus cranialis:

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN(TERAPI/PENGobatan)

Trenggalek,

2025

Pembimbing

ANALISA DATA

NAMAPASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO.	D A T A	M A S A L A H	E T I O L O G I

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMAPASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER : RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI

NAMA : UMUR :

NO. REG. : RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	DiagnosaKep.	Implementasi	Evaluasi(S O A P)



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nama Mahasiswa : Faridatul Ummah

NIM : P17240221026

Nama Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	01-01-2025	Konsultasi judul dan dilanjutkan latar belakang	
2.	02-01-2025	Konsultasi judul dan dilanjutkan latar belakang Revisi latar belakang sesuai masukan 1. Pada alenia 1 latar belakang mengganti kalimat menjadi lebih runtut 2. Pada alenia 3 data harus tergambar ke alenia 1	
3.	03-01-2025	Revisi latar belakang sesuai masukan Pengubahan kalimat menjadi lebih efektif	
4.	04-01-2025	Revisi sesuai masukan dan lanjut bab 2 dan 3	
5.	05-01-2025	Revisi sesuai masukan menghilangkan kalimat di latar belakang dan mencantumkan sumber	

6.	06-01-2025	- Revisi penulisan - Revisi sumber terbaru	
7.	08-01-2025	- Lengkapi kelengkapan yang lain - Kata pengantar dan seterusnya	
8.	10-01-2025	- Revisi lengkapi data di SDKI - Merapikan penulisan - Mengganti intervensi sesuai SIKI SLKI	
9.	13-01-2025	- Revisi merapikan penulisan	
10.	15-01-2025	- ACC ujian proposal	
11.	17-02-2025	Revisi seminar proposal - Di BAB 1 untuk skala masalah diupdate - Batasan masalah diperjelas dengan menambahkan komplikasi - Di BAB 2 sesuaikan dengan konsep yang akan diteliti dan juga askepnnya - Di BAB 3 untuk batasan istilah dan partisipan disesuaikan	
12	21-04-2025	- Konsul keadaan pasien	
13	22-04-2025	- Perbaiki abstrak - Revisi di analisa data di DS DO - Revisi di BAB 3 penelitian/partisipan dan waktu penelitian - Revisi di pembahasan teori fakta opini dan saran	

14.	24-04-2025	- Perbaikan data di DS DO - Pebaikan implementasi menggunakan kata-kata - Revisi di kesimpulan - Revisi abstrak	
15.	28-04-2025	- Revisi penulisan DS di analisa data evaluasi dan catatan perkembangan - Kutipan pusaka - Cek data analisa dengan di pengkajian	
16.	29-04-2025	- ACC seminar hasil	
17.	19-05-2025	Revisi seminar hasil - Pengkajian lebih dispesifikasikan ke penyakit diabetes mellitus - Revisi di implementasi disesuaikan dengan intervensi - Revisi di catatan perkembangan - Revisi di pembahasan	
18.	22-05-2025	- ACC	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nama : Faridatul Ummah

NIM : P17240221026

Nama Pembimbing : Mimik Christiani, SST, M.Kes.

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	17-02-2025	Revisi seminar proposal - Di BAB 1 untuk skala masalah diupdate - Batasan masalah diperjelas dengan menambahkan komplikasi - Di BAB 2 sesuaikan dengan konsep yang akan diteliti dan juga askepnya - Di BAB 3 untuk batasan istilah dan partisipan disesuaikan	
2.	19-05-2025	Revisi seminar hasil - Pengkajian lebih dispesifikasikan ke penyakit diabetes mellitus - Revisi di implementasi disesuaikan dengan intervensi - Revisi di catatan perkembangan - Revisi di pembahasan	
3.	21-05-2025	- Revisi evaluasi dan catatan perkembangan	
4.	22-05-2025	- ACC	