

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R. S DENGAN  
DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS  
SIMPANG TIGA PEKANBARU**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**LENNI PAKPAHAN  
NIM P031914401R037**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R. S DENGAN  
DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS  
SIMPANG TIGA PEKANBARU**

Karya Tulis Ilmiah disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

**LENNI PAKPAHAN  
NIM P031914401R037**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
2020**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Lenni Pakpahan  
(NIM. P031914401R037) telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pekanbaru, 23 April 2020

Pembimbing



**Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep**  
NIP.198903232019022001

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Lenni Pakpahan (NIM. P031914401R037) telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 23 April 2020

### Dewan Penguji

Penguji Ketua



Ns. Nia Khusniyati M. M.Kep  
NIP.198903232019022001

Penguji Anggota I



Husnan, S.Kp. MKM  
NIP.196505101985031008

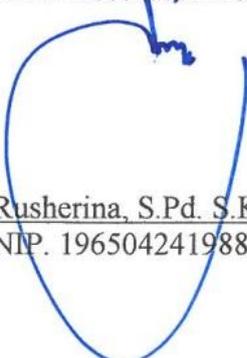
Penguji Anggota II



Ns. Tesha Hestyana. S. M.Kep  
NIDN. 4017029202

### Mengetahui

Ketua  
Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau



Hj. Rusherina, S.Pd. S.Kep. M.Kes  
NIP. 196504241988032002

## ABSTRAK

Lenni Pakpahan (2020). Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus pada Ny. R. S di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Pekanbaru, Jurusan Keperawatan, Politeknik kesehatan Kemenkes Riau. Pembimbing (I) Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep, Pembimbing (II) Hj. Melly, SST, M.Kes.,.

Diabetes mellitus atau penyakit gula darah atau dalam bahasa sehari-hari disebut kencing manis adalah suatu penyakit gangguan kesehatan, kadar gula (glukosa) didalam darah menjadi tinggi karena tidak dapat digunakan oleh tubuh. Komplikasi yang terjadi pada penderita DM mengakibatkan terjadinya angka kematian dan angka kesakitan bukan hiperglikemi. Keluhan pada penderita DM disebabkan oleh banyak hal diantaranya karakteristik individu meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, riwayat penyakit dan dapat dipengaruhi juga dengan faktor penanganan yang meliputi diet, aktivitas fisik, terapi obat, dan pemantauan glukosa darah. Tujuan dari penulisan ini adalah mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan komprehensif dengan metode studi kasus dilakukan pada 20 Maret – 3 April 2020. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa Ny. R. S mengalami Diabetes Mellitus dengan dua masalah keperawatan yaitu Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan dan Intoleransi aktivitas. Saran untuk penulis selanjutnya Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya adalah studi kasus ini dapat dikembangkan lagi untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas dan bermanfaat bagi pasien.

Kata Kunci: Diabetes Melitus, Perubahan Nutrisi, Intoleransi Aktivitas

## ***ABSTRACT***

Lenni Pakpahan (2020). Nursing Care of Mrs. R. with Diabetes Mellitus Type II in Puskesmas Simpang Tiga Public Center Health of Pekanbaru. Case Study Scientific Papers, Program Study DIII Nursing Pekanbaru, Nursing major, Health Polytechnic Kemenkes Riau. Mentor (I) Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep , Mentor (II) Hj. Melly, SST, M.Kes.,.

Diabetes mellitus or blood sugar disease or in colloquially called diabetes is a health disorder, the level of sugar (glucose) in the blood becomes high because it cannot be used by the body . Complications that occur in people with DM result in mortality and morbidity and n hyperglycemia. Complaints in people with DM are caused by many things including individual characteristics including gender, age, level of education, type of work, income, number of family members, history of the disease and can also be influenced by handling factors which include diet, physical activity, drug therapy, and monitoring blood glucose . The purpose of this paper is that students are able to provide comprehensive nursing care with a case study method conducted on March 20 - April 3, 2020. The results of this case study show that Ny. R. S has Diabetes Mellitus with two nursing problems namely Changing nutrition less than needs and activity intolerance. Suggestions for future authors Recommendations for future research are that this case study can be further developed to produce higher quality and beneficial nursing care for patients.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, Nutrition Changes, Intoleransi Activities

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas Rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk melanjutkan program Diploma III Keperawatan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah di Program Studi Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.

Selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan arahan dari berbagai pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Husnan S.Kp, MKM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau sekaligus Penguji I yang telah meluangkan waktunya.
2. Hj. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
3. Idayanti S.Pd, M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau.
4. Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep, selaku Pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Hj. Melly, SST., M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Tesha Hestyana Sari, M.Kep, selaku Penguji II Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktunya dan telah memberikan arahan.
7. dr. Leny Marzal, selaku kepala Puskesmas Simpang Tiga yang telah mengizinkan saya melakukan penelitian studi kasus di Puskesmas Simpang Tiga.

8. Kepada suami dan anak yang selalu memberikan dukungan, doa, kasih sayang dan motivasi untuk tetap selalu berusaha menjadi lebih baik. Sehingga pada saat ini penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Serta seluruh rekan mahasiswa RPL Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau yang telah memberikan masukan dan dukungan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini serta perbaikan dimasa mendatang. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Pekanbaru, April 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACK .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 KONSEP DASAR PENYAKIT .....	5
2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus .....	5
2.1.2 Penyebab .....	6
2.1.3 Manifestasi Klinik .....	7
2.1.4 Patofisiologi .....	8
2.1.5 Komplikasi .....	9
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	10
2.1.7 Penatalaksanaan Medis .....	11
2.1.8 Pathway .....	13
2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN .....	14
2.2.1 Pengkajian .....	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	15
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	16
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	24
<b>BAB 3 TINJAUAN STUDI KASUS .....</b>	<b>25</b>
3.1 Pengkajian .....	25
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	34
3.3 Perencanaan Keperawatan .....	36
3.4 Pelaksanaan Keperawatan .....	38
3.5 Evaluasi Keperawatan .....	38

<b>BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
4.1 Hasil Studi Kasus.....	44
4.2 Pembahasan .....	44
<b>BAB 5 KESIMPULAN SARAN .....</b>	<b>50</b>
5.1 Kesimpulan .....	50
5.2 Saran .....	51

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway .....	10
-------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	15
---	----

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Formulir Penentuan Judul Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar Formulir Kesedian Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Formulir Kesedian Pembimbing II
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 6 Format Pengkajian
- Lampiran 7 Dokumentasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemi. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk dihati dari makanan yang dikonsumsi (Bruner & Sudarth, 2015). Diabetes mellitus atau penyakit gula darah atau dalam bahasa sehari-hari disebut kencing manis adalah suatu penyakit gangguan kesehatan, kadar gula (glukosa) didalam darah menjadi tinggi karena tidak dapat digunakan oleh tubuh (Wijoyo, 2011).

Indonesia adalah salah satu dari 21 negara dan wilayah IDF - WP (*International Diabetes Federation* kawasan Asia Pasifik) 425 juta orang menderita diabetes di dunia dan 159 juta orang di Wilayah WP. Pada tahun 2045 ini akan meningkat menjadi 183 juta. Ada lebih dari 10 juta kasus diabetes di Indonesia pada tahun 2017 (*International Diabetes Federation, IDF 2017*).

Penyakit DM sering dikenal sebagai penyakit *silent killer* yang berarti penyakit ini membunuh penderitanya secara diam-diam. Sering kali penderita DM tidak mengetahui kalau memiliki penyakit DM, dan komplikasi sudah terjadi ketika penderita baru menyadari dirinya memiliki penyakit DM tersebut. DM merupakan penyebab kematian keempat di Indonesia dan merupakan penyebab utama kebutaan akibat retinopati. Sekitar 75% dari penderita DM mengalami kematian akibat komplikasi vaskular. Komplikasi lainnya yang dapat terjadi akibat DM adalah penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, amputasi karena luka DM, bahkan sampai berujung pada kematian (Irma Hartati, dkk, 2019).

Komplikasi yang terjadi pada penderita DM mengakibatkan terjadinya angka kematian dan angka kesakitan bukan hiperglikemi (Padila, 2019). Diabetes melitus biasa disebut dengan penyakit yang mematikan karena menyerang semua organ tubuh dan menimbulkan keluhan. Keluhan pada

penderita DM disebabkan oleh banyak hal diantaranya karakteristik individu meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, riwayat penyakit dan dapat dipengaruhi juga dengan faktor penanganan yang meliputi diet, aktivitas fisik, terapi obat, dan pemantauan glukosa darah (Lathifah, 2017).

Akibat lanjut atau komplikasi dari DM dapat bersifat jangka panjang berupa mikroangiopati dan makroangiopati dan jangka pendek yang hingga menyebabkan kematian. Adapun komplikasi mikrovaskuler meliputi retinopati, nefropati dan neuropati sedangkan kerusakan makrovaskuler meliputi penyakit arteri koroner, kerusakan pembuluh darah serebral dan juga kerusakan pembuluh darah perifer tungkai yang biasa disebut dengan kaki diabetes (Aria Wahyuni & Nina Arisfa, 2016).

Klien yang mengalami DM sangat beresiko terjadinya Ulkus atau gangren serta beresiko untuk dilakukan amputasi. Segala macam komplikasi yang dialami oleh klien DM tersebut menyebabkan perubahan besar pada tubuh mereka. Perubahan besar tersebut menyebabkan stress (Irma Hartati, dkk, 2019). Hal ini dapat diatasi melalui penerapan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada individu yang menderita.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan ” Asuhan Keperawatan pada Ny. R. S dengan DM Di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru Tahun 2020”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan diatas, maka perumusan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah dan “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan Diaetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga.

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan pada Ny.R. S dengan kasus Diaetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui hasil pengkajian keperawatan pada klien dengan kasus Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.
- b. Untuk mengetahui perencanaan keperawatan klien dengan kasus Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.
- c. Untuk mengetahui pelaksanaan keperawatan klien dengan kasus Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.
- d. Untuk mengetahui evaluasi keperawatan klien dengan kasus Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.
- e. Untuk mengetahui hasil pengkajian keperawatan klien dengan kasus Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.
- f. Untuk melakukan dokumentasi keperawatan klien dengan Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam bidang keperawatan medikal bedah tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Diaetes Melitus.

#### **1.4.2 Praktis**

##### **a. Bagi Puskesmas**

Sebagai tambahan masukan dalam proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan klien dengan masalah Diaetes Melitus yang dapat digunakan sebagai asuhan dalam praktik bagi mahasiswa keperawatan.

##### **b. Bagi Penulis**

Sebagai sarana dalam mendapatkan pengetahuan dan pengalaman khususnya asuhan keperawatan klien dengan masalah Diaetes Melitus

**c. Bagi Instituti Pendidikan**

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan klien dengan masalah Diaetes Melitus yang dapat digunakan sebagai acuan dalam praktik bagi mahasiswa keperawatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus**

##### **2.1.1 Pengertian**

Diabetes Mellitus atau penyakit gula darah atau dalam bahasa sehari-hari disebut kencing manis adalah suatu penyakit gangguan kesehatan, kadar gula (glukosa) di dalam darah menjadi tinggi karena tidak dapat digunakan oleh tubuh (Wijoyo, Padmiarso M, 2011). Diabetes melitus merupakan suatu penyakit kronik yang kompleks yang melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler dan neurologis ( Sujono & Riyadi, 2013).

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang terjadi karena pergeseran pola makan dan gaya hidup yakni menyukai makanan berlemak, manis dan rendah serat, disertai jarang berolahraga (Wijaya, A.S. & Putri A.M, 2013). Diabetes melitus adalah sindrom yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara tuntutan dan suplai insulin. Sindrom ini ditandai oleh hiperglikemia dan berkaitan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Padila, 2019).

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Insulin, yaitu suatu hormon yang diproduksi pankreas, mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. (Brunner & Suddarth, 2013).

Diabetes adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh tingginya kadar gula dalam darah, yang disertai dengan adanya kelainan metabolik. Normalnya, gula darah dikontrol oleh insulin, suatu hormon yang dihasilkan oleh pankreas, yang memungkinkan sel untuk menyerap gula di dalam darah. Akan tetapi, pada diabetes terjadi defisiensi insulin yang disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin dan hambatan kerja insulin pada reseptornya (Rendi, & Margareth. 2019).

### 2.1.2 Penyebab

Manurut (Sujono Riyadi & Sukarmin, 2013) penyebab resistensi insulin pada diabetes sebenarnya tidak begitu jelas, tetapi faktor yang banyak berperan antara lain:

a. Kelainan Genetik

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes mellitus akan ikut diinformasikan kepada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

b. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

c. Gaya hidup stress

Stress kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stress juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin.

d. Pola makanan yang salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama meningkatkan resiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

e. **Obesitas**

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

f. **Infeksi**

Masuknya bakteri atau virus ke dalam pankreas akan berakibat rusaknya sel-sel pankreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pankreas.

### **2.1.3 Manifestasi Klinik**

Manifestasi klinik yang sering dijumpai pada pasien diabetes mellitus yaitu:

1. Poliuria (peningkatan pengeluaran urin).
2. Polidipsia (peningkatan rasa haus) akibat volume urine yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel.
3. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah pada pasien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.
4. Polifagia (peningkatan rasa lapar).
5. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai pembentukan antibody, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gangguan fungsi imun, dan penurunan aliran darah pada penderita diabetes kronik.
6. Kelainan kulit: gatal, bisul- bisul.
7. Kelainan genekologis, Keputihan dengan penyebab tersering yaitu jamur terutama candida.

8. Kesmutan rasa baal akibat terjadinya neuropati. Pada penderita diabetes mellitus regenerasi sel persyarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein. Akibatnya banyak sel persarafan terutama perifer mengalami kerusakan.
9. Kelemahan tubuh, terjadi akibat penurunan produksi energi metabolik yang dilakukan oleh sel melalui proses glikolisis tidak dapat berlangsung secara optimal.
10. Luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh, proses penyembuhan luka membutuhkan bahan dasar utama dari protein dan unsur makanan yang lain. Pada penderita diabetes mellitus bahan protein banyak di formulasikan untuk kebutuhan energi sel hingga bahan yang dipergunakan untuk pergantian jaringan yang rusak mengalami gangguan. Selain itu luka yang sulit sembuh juga dapat diakibatkan oleh pertumbuhan mikroorganisme yang cepat pada penderita diabetes mellitus.
11. Pada laki-laki terkadang mengeluh impotensi ejakulasi dan dorongan seksualitas laki-laki banyak dipengaruhi oleh peningkatan hormon testoteron. Penderita diabetes mellitus mengalami penurunan produksi hormon seksual akibat kerusakan testotern dan sistem yang berperan.
12. Mata kabur yang disebabkan katarak atau gangguan refreaksi akibat perubahan pada lensa oleh hiperglikemia. Mungkin juga disebabkan kelainan pada corpus vitreum ( Sujono & Riyadi, 2013).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Sebagian besar patologi diabetes mellitus dapat dihubungkan dengan efek utama kekurangan insulin yaitu:

- a. Pengurangan penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh, yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa darah sampai setinggi 300 sampai 1200mg per 100ml.

- b. Peningkatan mobilisasi lemak dan daerah penyimpanan lemak sehingga menyebabkan kelainan metabolisme lemak maupun pengendapan lipid pada dinding vaskuler.
- c. Pengurangan protein dalam jaringan tubuh ( Sujono & Riyadi, 2013).

### **2.1.5 Komplikasi**

Komplikasi merupakan salah satu komplikasi akut yang terjadi pada penderita Diabetes Mellitus tapi selain ulkus diabetik antara lain :

a. Komplikasi Akut.

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dari glukosa darah. Hipoglikemik dan ketoadosis diabetik masuk ke dalam komplikasi akut.

b. Komplikasi kronik.

Yang termasuk dalam komplikasi kronik ini adalah makrovaskuler dimana komplikasi ini menyerang pembuluh darah besar, kemudian mikrovaskuler yang menyerang ke pembuluh darah kecil bisa menyerang mata (retinopati), dan ginjal. Komplikasi kronik yang ketiga yaitu neuropati yang mengenai saraf. Dan yang terakhir menimbulkan gangren.

c. Komplikasi jangka panjang dapat juga terjadi antara lain, menyebabkan penyakit jantung dan gagal ginjal, impotensi dan infeksi, gangguan penglihatan (mata kabur bahkan kebutaan), luka infeksi dalam , penyembuhan luka yang jelek.

d. Komplikasi pembedahan, dalam perawatan pasien post debridement komplikasi dapat terjadi seperti infeksi jika perawatan luka tidak ditangani dengan prinsip steril ( Sujono & Riyadi, 2013).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Menurut (Brunner & Suddarth, 2013), adapun pemeriksaan penunjang untuk penderita diabetes melitus antara lain :

#### a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : melihat pada daerah kaki bagaimana produksi keringatnya (menurun atau tidak), kemudian bulu pada jempol kaki berkurang (-).
- 2) Palpasi : akral teraba dingin, kulit pecah- pecah , pucat, kering yang tidak normal, pada ulkus terbentuk kalus yang tebal atau bisa jugaterapa lembek.
- 3) Pemeriksaan pada neuropatik sangat penting untuk mencegah terjadinya ulkus

#### b. Pemeriksaan Vaskuler

- 1) Pemeriksaan Radiologi yang meliputi : gas subkutan, adanya benda asing, osteomielietus.
- 2) Pemeriksaan Laboratorium
  - a) Pemeriksaan darah yang meliputi : GDS (Gula Darah Sewaktu), GDP (Gula Darah Puasa),
  - b) Pemeriksaan urine , dimana urine diperiksa ada atau tidaknya kandungan glukosa pada urine tersebut. Biasanya pemeriksaan dilakukan menggunakan cara Benedict (reduksi). Setelah pemeriksaan selesai hasil dapat dilihat dari perubahan warna yang ada : hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (++++).
  - c) Pemeriksaan kultur pus Bertujuan untuk mengetahui jenis kuman yang terdapat pada luka dan untuk observasi dilakukan rencana tindakan selanjutnya.
  - d) Pemeriksaan Jantung meliputi EKG sebelum dilakukan tindakan pembedahan

### 2.1.7 Penatalaksanaan Medis

Untuk penatalaksanaan pada penderita ulkus DM khususnya penderita setelah menjalani tindakan operasi debridement yaitu termasuk tindakan perawatan dalam jangka panjang.

a. Medis Menurut Padila, 2019 penatalaksanaan secara medis sebagai berikut :

1) Obat hiperglikemik Oral

2) Insulin

a) Ada penurunan BB dengan drastis

b) Hiperglikemi berat

c) Munculnya ketoadosis diabetikum

d) Gangguan pada organ ginjal atau hati.

3) Pembedahan Pada penderita ulkus DM dapat juga dilakukan pembedahan yang bertujuan untuk mencegah penyebaran ulkus ke jaringan yang masih sehat, tindakannya antara lain :

a) Debridement : pengangkatan jaringan mati pada luka ulkus diabetikum.

b) Neucrotomi

c) Amputasi

b. Keperawatan Menurut Padila, 2019 dalam penatalaksanaan medis secara keperawatan yaitu :

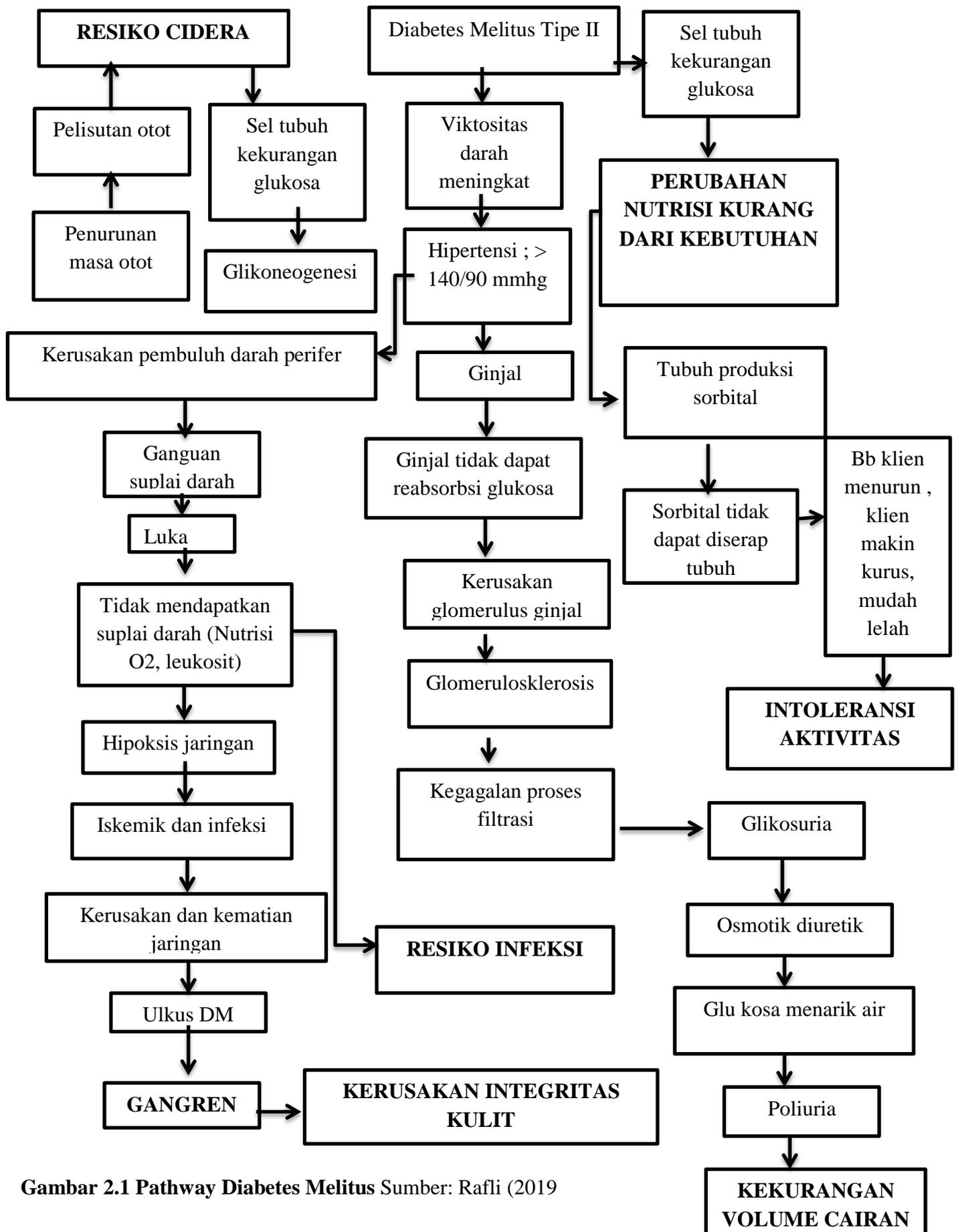
a) Diet Diet harus diperhatikan guna mengontrol peningkatan glukosa.

b) Latihan 16 Latihan pada penderita dapat dilakukan seperti olahraga kecil, jalan – jalan sore, senam diabetik untuk mencegah adanya ulkus.

c) Pemantauan Penderita ulkus mampu mengontrol kadar gula darahnya secara mandiri dan optimal.

- d) Terapi insulin Terapi insulin dapat diberikan setiap hari sebanyak 2 kali sesudah makan dan pada malam hari.
- e) Penyuluhan kesehatan dilakukan bertujuan sebagai edukasi bagi penderita ulkus dm supaya penderita mampu mengetahui tanda gejala komplikasi pada dirinya dan mampu menghindarinya.
- f) Nutrisi Nutrisi disini berperan penting untuk penyembuhan luka debridement, karena asupan nutrisi yang cukup mampu mengontrol energi yang dikeluarkan.
- g) Stress Mekanik Untuk meminimalkan BB pada ulkus. Modifikasinya adalah seperti bedrest, dimana semua pasin beraktifitas di tempat tidur jika diperlukan. Dan setiap hari tumit kaki harus selalu dilakukan pemeriksaan dan perawatan (medikasi) untuk mengetahui perkembangan luka dan mencegah infeksi luka setelah dilakukan operasi debridement tersebut
- h) Tindakan pembedahan Fase pembedahan menurut Wagner ada dua klasifikasi antara lain :
- Derajat 0 : perawatan local secara khusus tidak dilakukan atau tidak ada.
- Derajat I – IV : dilakukan bedah minor serta pengelolaan medis, dan dilakukan perawatan dalam jangka panjang sampai dengan luka terkontrol dengan baik (Brunner & Suddarth, 2013).

### 2.1.8 PATHWAY



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Melitus Sumber: Rafli (2019)

## **2.2 Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus**

### **2.2.1 Pengkajian**

Tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pendidikan terakhir

b. Riwayat kesehatan sekarang

1. Adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh sembuh
2. Kesemutan
3. Menurunnya berat badan
4. Meningkatnya nafsu makan
5. Sering haus
6. Banyak kencing
7. Menurunnya ketajaman penglihatan

c. Riwayat kesehatan dahulu

1. Riwayat penyakit pankreas
2. Hipertensi
3. MCI
4. Isk berulang

d. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah keluarga yang menderita penyakit diabetes mellitus seperti klien

e. Riwayat pengobatan sebelumnya

Bagaimana penanganannya, mendapat terapi insulin jenis apa, bagaimana cara minum obatnya, apakah teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan klien untuk menanggulangi penyakitnya

- f. Aktivitas istirahat  
Letih, lemah, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun
- g. Eliminasi  
Perubahan pola berkemih (poliuria, nokturia, anuria) diare
- h. Makanan/cairan  
Anoreksia, mual muntah, tidak mengikuti diet, penurunan berat badan, haus, penggunaan diuretic
- i. Neurosensori  
Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, gangguan penglihatan
- j. Nyeri/kenyamanan  
Abdomen tegang, nyeri (sedang atau berat)
- k. Pernapasan  
Batuk dengan/tanpa sputum purulent (tergantung adanya infeksi/tidak)
  
- l. Keamanan  
Kulit kering, gatal,ulkus kulit
- m. Pemeriksaan penunjang  
Kadar glukosa
  - 1. Gula darah sewaktu/ random >200mg/dl
  - 2. Gula darah puasa/ nuchter >140 mg/dl
  - 3. Gula darah 2 jam PP (Post Prandial) >200mg/dl
- n. Pengkajian status fungsional, kognitif, psikologis dan sosial
  - 1. Pengkajian status fungsional

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Secara prinsip, diagnosa keperawatan lebih kepada suatu pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi

keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya. Adapun tujuan diagnosa keperawatan adalah memberikan bahasa yang mudah dipahami oleh perawat sehingga terbentuk jalan informasi serta persamaan persepsi dan meningkatkan identifikasi tujuan yang tepat sehingga pemilihan intervensi lebih tepat dan menjadi pedoman dalam melakukan evaluasi (Mufidaturrohman, 2017)

1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin, perubahan masukan oral
2. Resiko infeksi b.d glukosa darah yang tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi
3. Kerusakan integritas kulit b.d kerusakan sirkulasi, penurunan sensasi
4. Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik, kehilangan gastrik yang berlebihan
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi
6. Resiko cedera b.d penurunan fungsi penglihatan, pelisutan otot

### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Menurut (Mufidaturrohman, 2017) ada empat hal yang penting harus diperhatikan dalam hal perencanaan, yaitu :

1. Menentukan prioritas masalah
2. Menentukan tujuan
3. Menentukan kriteria hasil
4. Menentukan intervensi dan aktivitas perawatan

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan (NOC)</b>	<b>Intervensi (NIC)</b>
1. Perubahan nutrisi	Setelah dilakukan tindakan	<b>Manajemen Nutrisi</b>

<p>kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakadekuatan insulin, perubahan masukan oral</p>	<p>keperawatan diharapkan status nutrisi klien terpenuhi dengan <b>kriteria</b></p> <p><b>hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>- Berat badan ideal sesuai sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>- Menunjukkan fungsi peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji adanya alergi makanan</li> <li>- kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan</li> <li>- anjurkan klien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>- anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>- beriksn substansi gula</li> <li>- yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>- berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>- ajarkan klien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>- monitor jumlah nutrisi dan kandungn kalori</li> <li>- berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>- kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang diperlukan</li> </ul>
---	---	--

		<p><b>Monitoring Nutrisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berat badan klien dalam batas normal</li> <li>- monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>- monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bias dilakukan</li> <li>- monitor interaksi klien selama makan</li> <li>- monitor lingkungan selama makan</li> <li>- jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>- monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>- monitor turgor kulit</li> <li>- Cek GDS sesuai program medis</li> <li>- monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</li> <li>- monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> <li>- monitor pertumbuhan dan perkembangan</li> <li>- monitor pucat, kemerahan, dan</li> </ul>
--	--	--

		<p>kekeringan jaringan konjungtiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor kalori dan intake nutrisi</li> <li>- catat adanya edema, hipremik, hipertonic, papilla lidah dan cavitas oral</li> <li>- catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</li> </ul>
<p>2. Resiko infeksi b.d glukosa darah yang tinggi penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status klien dapat mengetahui pengendalian infeksi dengan <b>kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bebas dari tanda infeksi</li> <li>- Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> </ul>	<p><b>Kontrol Infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien yang lain</li> <li>- Pertahankan teknik isolasi</li> <li>- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>- gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>- pertahankan lingkungan yang aseptik</li> <li>- tingkatkan intake nutrisi</li> <li>- berikan terapi antibiotic</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<p>bila perlu Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>- monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>- pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko</li> <li>- ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>- laporkan kecurigaan infeksi</li> </ul>
<p>3. Kerusakan integritas kulit b.d kerusakan sirkulasi, penurunan sensasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas jaringan: penyembuhan luka kulit dan mukosa dengan</p> <p><b>kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas kulit yang baik bias dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi dan pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka atau lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan</li> </ul>	<p><b>Manajemen Tekanan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yng longgar</li> <li>- Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Mobilisasi klien (ubah posisi klien) setiap 2 jam sekali</li> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>- Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan</li> </ul>

	<p>kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status nutrisi klien</li> <li>- Memandikan klien dengan sabun dan air hangat</li> </ul> <p><b>Perawatan Situs Insisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membersihkan, memantau dan meningkatkan penyembuhan luka</li> <li>- Monitor proses kesembuhan di area insisi</li> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi</li> <li>- Bersihkan area sekitar luka dengan lidi kapas steril</li> <li>- Gunakan preparat antiseptic sesuai program</li> <li>- Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program</li> </ul>
<p>4. Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik, kehilangan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat mempertahankan keseimbangan cairan, tidak adanya dehidrasi, asupan cairan dalam batas normal</p>	<p><b>Manajemen Cairan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Timbang popok atau pembalut jika diperlukan</li> <li>- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> </ul>

<p>gastrik yang berlebihan</p>	<p>dengan <b>kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, jumlah urin normal, HT normal</li> <li>- Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal</li> <li>- Tidak ada tanda –tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan</li> <li>- Monitor vital sign</li> <li>- Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian</li> <li>- Dorong masukan oral</li> <li>- Tawarkan snack (jus buah, buah segar)</li> </ul>
<p>5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energy</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi kelelahan dengan penurunan produksi energy klien dengan <b>kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR</li> <li>- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> </ul>	<p><b>Terapi Aktivitas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat</li> <li>- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li>- Bantu untuk memilah aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikolog, dan social</li> <li>- Bantu untuk</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> <li>- Mampu berpindah tanpa bantuan alat</li> <li>- Status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>- Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas yang diinginkan</li> <li>- Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</li> <li>- Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual</li> </ul>
6. Resiko cedera b.d penurunan fungsi penglihatan, pelisutan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi injury pada klien dengan <b>kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari cedera</li> <li>- Klien mampu menjelaskan cara/metode untuk mencegah cedera</li> <li>- Klien mampu menjelaskan factor resiko dari lingkungan</li> <li>- Mampu mengenali perubahan status kesehatan</li> </ul>	<p><b>Manajemen Lingkungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang aman untuk klien</li> <li>- Identifikasi kebutuhan keamanan klien sesuai dengan kondisi fisik dan riwayat penyakit terdahulu klien</li> <li>- Hindarkan alat-alat yang dapat menghalangi aktivitas klien</li> <li>- Menyediakan tempat tidur yang aman dan bersih</li> <li>- Mengontrol lingkungan dari kebisingan</li> <li>- Berikan penjelasan kepada klien tentang</li> </ul>

		perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit
--	--	--

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan., pencegah penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2013)

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Nursalam (2013) evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya.

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tujuan dari evaluasi yaitu :

- a. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien
- b. Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan
- c. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
- d. Mendapatkan umpan balik
- e. Sebagai tanggung jawab dan tanggungugat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### 3.1.1 Biodata

###### 1) Biodata pasien

Nama	: Ny. R. S
Umur	: 42 Tahun
Status pernikahan	: Kawin
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Bahasa yang dipakai	: Bahasa daerah
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Jln. T. Bey, Peputra Jaya Blok 2/65 RT03/14 Kel. Air Dingin
Tanggal masuk	: 20 Maret 2020
Tanggal pengkajian	: 20 Maret 2020
Nomor registrasi	:
Diagnosa medis	: Diabetes Mellitus

###### 2) Biodata penanggung jawab

Nama keluarga	: Tn. M. N
Umur	: 45 Tahun
Alamat	: Jln. T. Bey, Peputra Jaya Blok 2/65 RT03/14 Kel. Air Dingin
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Swasta

Hubungan dengan pasien : Suami

### 3.1.2 Riwayat kesehatan

#### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Ny. R. S datang ke pelayanan kesehatan Puskesmas Simpang Tiga pada tanggal 20 Maret 2020 pada jam 08.30 WIB dengan keluhan badan terasa lemas, sering buang air kecil, berat badan menurun, sering merasa haus, sering kelelahan dan pandangan kabur.

#### 2) Riwayat kesehatan terdahulu

##### a) Penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan sudah sering mengalami kelelahan, badan terasa lemas, nafsu makan meningkat, berat badan menurun dan pandangan kabur. Pasien pernah memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan sejak 7 tahun terakhir pasien didiagnosa mengalami Diabetes Mellitus dengan kadar gula darah 300mg/dl.

b) Ny. R S tidak dirawat dirumah sakit tetapi sering memeriksa kesehatan di Puskesmas Simpang Tiga terakhir kali memeriksa pada bulan November 2019 dengan kadar gula darah 200mg/dl. dan Ny. R S mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat, makanan atau zat kimia lainnya.

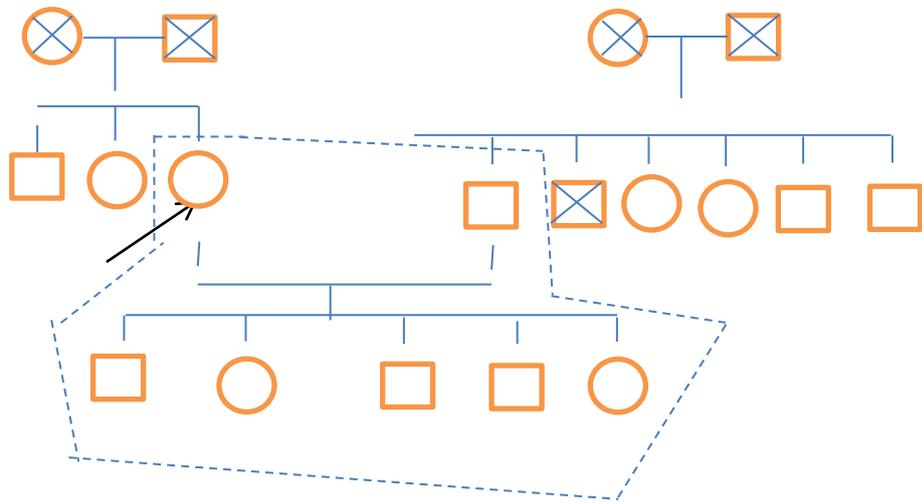
c) Kebiasaan makan obat-obatan: pasien biasa makan obat yang diberikan oleh dokter atau tempat pelayanan kesehatan.

d) Operasi yang pernah dialami: pasien tidak pernah menjalani operasi.

##### e) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga tidak ada mengalami penyakit seperti ini.

3) Genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Meninggal
-  : Serumah

f) Penyakit yang pernah diderita keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit keturunan.

g) Penyakit yang diderita keluarga

Saat ini tidak ada keluarga pasien yang sakit

### 3.1.3 Pola aktivitas sehari-hari

#### 1) Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit memiliki berat badan 70kg sekarang berat badan pasien 55 kg. Pasien mengalami nafsu makan meningkat, sering merasa haus serta mengalami penurunan berat badan.

#### 2) Pola eliminasi

##### a) Buang air besar

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada BAB.

##### b) Buang air kecil

Pasien BAK lebih dari 5 kali sehari dengan warna urin kuning gading dan berbau khas. Pasien mengatakan sering BAK.

##### c) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit pasien tidur lebih kurang 8 jam dalam sehari. Pasien mengatakan saat ini pasien tidak mengalami gangguan tidur, hanya sesekali terbangun di malam hari karena BAK. Pasien tidur lebih kurang 8 jam dalam sehari.

##### d) Kebersihan diri

Pasien biasa mandi 2 kali sehari dan menggosok gigi 2 kali sehari. Pasien keramas 2-3 kali dalam seminggu.

### 3.1.4 Data Psikologis, Sosial dan Spritual

#### 1) Persepsi terhadap penyakit

Saat ini pasien tidak terlalu memikirkan tentang penyakitnya karena pasien yakin penyakitnya bisa sembuh.

##### a) Suasana hati/perasaan

Pasien tampak nyaman saat berkomunikasi dengan perawat.

##### b) Daya konsentrasi

Pasien mampu berkonsentrasi dengan baik.

c) Memori (daya ingat)

Pasien mampu mengingat kejadian-kejadian di masa lampau.

d) Mekanisme koping

Pasien menyerahkan setiap masalah yang dihadapinya kepada Tuhan Yang Maha ESA.

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang ibu dari 5 orang anaknya.

b) Harga diri

Pasien mengatakan masih bisa bekerja dan melakukan aktifitas sehari-hari dirumah secara mandiri.

c) Ideal diri

Pasien mengatakan bisa menjadi ibu yang baik untuk anak-anaknya.

d) Identitas diri

Saat ini pasien adalah seorang istri dan ibu dari 5 orang anaknya.

e) Penampilan peran

Pasien seorang istri yang bekerja sebagai ibu rumah tangga dan seorang ibu bagi 5 orang anaknya.

3) Data Sosial

Pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga serta dengan tetangga di sekitar rumahnya.

4) Data spritual

Pasien biasa melakukan ibadah.

3.1.5 Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

a) Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*

b) Tinggi badan : 160 cm

- c) Berat badan sebelum sakit : 70 kg
  - d) Berat badan sekarang : 55 kg
- 2) Tanda-tanda vital
- a) TD : 110/70 mmHg
  - b) Nadi : 80 kali/menit
  - c) Suhu : 37,0 °C
  - d) Pernapasan : 20 kali/menit
- 3) Kepala dan wajah
- Rambut tampak panjang, bersih, tidak rontok, berwarna hitam dengan beberapa helai uban, distribusi rambut normal, tidak berketombe, tidak ada benjolan di kepala, wajah simetris, tidak ada keluhan.
- 4) Mata
- Mata tampak simetris, warna kulit sekitar mata normal, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, terkadang memakai kacamata, ada gangguan penglihatan, lapang pandang seperti kabur, pergerakan mata normal, tidak ada peradangan.
- 5) Hidung
- Lubang hidung simetris, tidak ada gangguan pada hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pendarahan, fungsi penciuman normal, tidak ada sinusitis, tidak ada keluhan.
- 6) Telinga
- Bentuk telinga normal, pendengaran baik, telinga tampak bersih, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada kotoran, tidak ada peradangan, tidak ada keluhan.
- 7) Mulut dan kerongkongan
- Bibir tampak kering, tidak ada pendarahan pada mulut dan bibir, lidah tidak kotor, gigi pasien tampak bersih, suara normal, pasien bisa mengunyah dengan baik, fungsi menelan

baik, fungsi mengecap baik, tidak ada peradangan, tidak ada bau mulut.

8) Leher

Leher tampak normal, tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, vena jugularis tidak menonjol, pergerakan leher normal.

9) Dada

a) Struktur: dada tampak simetris, payudara tampak simetris, tidak ada keluhan.

b) Payudara: payudara tampak simetris, tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan.

c) Aksila: aksila normal, tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan.

d) Sistem Pernapasan

Inspeksi: ekspansi paru simetris, pola napas teratur, tidak sesak, frekuensi napas 20 kali/menit,

Palpasi: bentuk dada simetris, tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi: tidak ada terdengar suara nafas tambahan.

Auskultasi: tidak ada terdengar suara nafas tambahan.

e) Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan jantung normal.

10) Sistem Abdomen

Abdomen tampak simetris, tidak ada benjolan dan pembengkakan pada abdomen, tidak terdapat nyeri tekan, suara perkusi abdomen timpani, terdengar suara peristaltik usus 7 kali/menit, tidak kembung, tidak ada acites.

11) Sistem Integument

Kulit tampak bersih, tidak ada gatal, turgor kulit elastis.

12) Genitalia

Tidak memakai kateter, tidak ada perdarahan.

### 13) Rektum

Tidak ada nyeri, tidak ada hemoroid, tidak ada massa, tidak ada keluhan.

### 14) Ekstremitas

#### a) Kaki

Kaki tampak normal, tidak ada pembengkakan, warna kulit normal, tidak ada luka, tidak ada kecacatan, tidak ada fraktur, nilai kekuatan otot: 4, ada nyeri kebas, tidak ada fraktur.

#### b) Tangan

Tangan tampak normal, tidak ada pembengkakan, warna kulit normal, tidak ada luka, tidak ada kecacatan, tidak ada fraktur, nilai kekuatan otot: 4, ada nyeri kebas, tidak ada fraktur, tidak ada keterbatasan gerak.

### 3.1.6 Pengobatan

Obat yang dikonsumsi pasien pada saat pengkajian:

- 1) Metformin 1x1 AC, diminum satu kali sehari
- 2) Glibenclamid 2x1, diminum dua kali sehari

### 3.1.7 Data Fokus

#### 1) Data Subjektif

- a) Pasien mengatakan badan terasa lemas
- b) Pasien mengatakan sering merasa kelelahan
- c) Pasien mengatakan berat badan menurun
- d) Pasien mengatakan nafsu makan meningkat
- e) Pasien mengatakan sering merasa haus
- f) Pasien mengatakan sering buang air kecil
- g) Pasien mengatakan pandangan kabur
- h) Pasien mengatakan kadar gula darah terakhir 200mg/dl

2) Data Objektif

- a) Pasien tampak lemas
- b) Tanda-tanda vital :
  - a. TD : 120/80 mmHg
  - b. Nadi : 80 kali/menit
  - c. Suhu : 36,5 °C
  - d. Pernapasan : 20 kali/menit
- c) Berat badan pasien 55 kg
- d) Bibir pasien tampak kering
- e) Pasien tampak menggunakan kaca mata

3.1.8 Analisa data

Tabel 3.1: Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS: 1. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat 2. Pasien mengatakan sering BAK 3. Pasien mengatakan sering merasa haus 4. Pasien mengatakan kadar gula dara terakhir 200 mg/dl  DO: 1. Kesadaran : <i>Compos Mentis</i> TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit Suhu : 36,5 °C	Diabetes mellitus ↓ Sel tubuh kekurangan glukosa ↓ Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

	Pernapasan : 20 kali/menit 2. Bibir paien tampak kering 3. Pemeriksaan kadar gula darah : 189 mg/dl		
No	Data	Penyebab	Masalah
2.	DS: 1. Pasien mengatakan badan lemas 2. Pasien mengatakan merasa lelah 3. Pasien mengatakan pandangan kabur DO: 1. Kesadaran : <i>Compos Mentis</i> TD : 120/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit Suhu : 36,5 °C Pernapasan : 20 kali/menit 2. Berat badan : 55 kg 3. Pasien tampak menggunakan kaca mata 4. Kekuatan otot 4	Diabetes mellitus ↓ Nutrisi kurang dari kebutuhan ↓ Berat badan menurun/ badan tampak kurus ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi Aktivitas

## **1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. R.S dengan Diabetes Mellitus yaitu:

- 1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin
- 2) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi

### 1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2: Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakadekuatan insulin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>4) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>5) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>6) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kaji adanya alergi makanan</li> <li>2) anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>3) yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4) ajarkan klien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>5) berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> </ol> <p><b>Monitoring Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) berat badan klien dalam batas normal</li> <li>2) monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>3) Cek GDS sesuai program</li> </ol>

2.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi kelelahan dengan penurunan produksi energy klien dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR</li> <li>- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> <li>- Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> </ul>	<p><b>Terapi Aktivitas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li>2. Bantu untuk memilah aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikolog, dan social.</li> </ol>
----	--	---	--

### 1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3: Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
<p>1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin</p>	<p><b>Jumat/ 27 Maret 2020</b>  10.00 WIB</p>	<p><b>Melakukan Manajemen Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji pasien tentang adanya alergi makanan</li> <li>2) Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>3) Memberikan pendidikan pada pasien tentang diet Diabetes Mellitus dan kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi</li> </ol> <p><b>Melakukan Monitoring Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melakukan pemantauan terhadap berat badan pasien sesial dengan berat badan ideal</li> <li>2) Melakukan pemeriksaan Cek Gula Darah Sewaktu sesuai program</li> </ol>	<p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nafsu makan meningkat</li> <li>2) Pasien mengatakan sering merasa haus</li> <li>3) Pasien mengatakan sering BAK</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kesadaran : <i>Compos Mentis</i></li> </ol> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>Nadi : 80 kali/menit</p> <p>Suhu : 36,5 °C</p> <p>Pernapasan : 20 kali/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Bibir pasien tampak kering</li> </ol> <p>Suhu : 36,5 °C</p>	

			<p>A: Masalah pemenuhan nutrisi belum teratasi</p> <p>P: Tindakan keperawatan dilanjutkan dengan modifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda-tanda vital</li> <li>2. Anjurkan pasien untuk selalu menggunakan membuat menu diet diabetes mellitus</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi vitamin C</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk puasa agar dilakukan pemeriksaan kadar gula darah</li> </ol>	
2) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi	<b>Rabu/ 27 Maret 2020</b> 11.00 WIB	<b>Menyarankan Pasien Untuk Melakukan Terapi Aktivitas:</b> 1. Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Jam 15.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan badan terasa lemas 2. Pasien mengatakan badan lelah	

		<p>2. Membantu untuk memilah aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikolog, dan social</p>	<p>3. Pasien mengatakan pandangannya kabur</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menggunakan kaca mata</li> <li>2. Berat badan pasien 55 kg</li> <li>3. Hasil Kekuatan otot 4</li> </ol> <p>A:</p> <p>Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Tindakan keperawatan dilanjutkan dengan modifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan pasien</li> <li>2. Menyarankan pasien untuk beristirahat 10 menit setelah melakukan kegiatan</li> <li>3. Membantu untuk memilah aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik.</li> </ol>	
--	--	---	--	--

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin	<b>Jumat / 3 April 2020</b> 10.0 WIB	1) Memantau tanda-tanda vital pasien Kesadaran : <i>Compos Mentis</i> TD : 110/80 mmHg Nadi : 82 kali/menit Suhu : 36,7 °C Pernapasan : 20 kali/menit 2) Menganjurkan pasien untuk selalu menggunakan membuat menu diet diabetes mellitus 3) Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi vitamin C 4) Menganjurkan pasien untuk puasa agar dilakukan pemeriksaan kadar gula darah Hasil kadar gula darah 189 mg/dl	Jam 12.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai mengkonsumsi vitamin C 2. Pasien mengatakan sudah menjalankan menu diet diabetes melitus selama 2 hari O: 1. Pasien mampu melakukan mengkonsumsi vitamin C 2. Pasien mampu membuat menu diet diabetes mellitus 3. Pemeriksaan kadar gula darah 189 mg/dl A: Masalah perubahan nutrisi teratasi sebagian	

			<p>P:</p> <p>Tindakan keperawatan dilanjutkan dengan modifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien agar membuat menu diet dan melakukannya terus</li> <li>2. Mengkaji berat badan pasien</li> <li>3. Pantau tanda-tanda vital</li> </ol>	
<p>2) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi</p>	<p><b>Jumat /</b> <b>3 April 2020</b> 11.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan pasien</li> <li>2. Menyarankan pasien untuk beristirahat 10 menit setelah melakukan kegiatan</li> <li>3. Membantu untuk memilah aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik.</li> </ol>	<p>Jam 13.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan lelah mulai berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan sudah mulai memilih pekerjaan yang bisa dilakukan dan beristirahat setelahnya</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bersemangat</li> <li>2. Pasien tampak rileks</li> <li>3. Tanda-tanda vital : TD : 120/85 mmHg</li> </ol>	

			<p>Nadi : 82 kali/menit Suhu : 36,7<sup>0</sup>C Frekuensi napas : 22 kali/menit</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Tidak ada peningkatan suhu tubuh</li><li>5. Lingkungan rumah pasien tampak sudah mulai bersih</li></ol> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan pasien untuk selalu mengerjakan tugas yang ringan</li><li>2. Anjurkan keluarga pasien untuk selalu membantunya</li></ol>	
--	--	--	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus pada Ny. R. S dengan Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Tiga.. Pembahasan ini dibuat dengan langkah proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **1.1 Pengkajian**

Tahap ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Di dalam melakukan pengkajian penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena mendapatkan dukungan dari pasien dan keluarga dimana pasien dan keluarga bersedia memberi keterangan serta kooperatif.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan bahwa pasien mengalami sebagian tanda dan gejala yang sesuai dengan teori yaitu: badan terasa lemas, sering buang air kecil, pasien kurus, sering merasa haus, sering kelelahan dan pandangan kabur . Adapun gejala yang tidak ditemukan pada pasien pada saat pengkajian yaitu sering buang air kecil, nafsu makan yang meningkat serta berat badan yang menurun. Hasil pengkajian telah penulis simpulkan dalam bentuk analisa data yang merupakan sumber bagi penulis untuk menegakkan diagnosa keperawatan sebagai acuan memberikan asuhan keperawatan bagi pasien.

#### **1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah aktual dan potensial, yang dimaksud masalah aktual adalah masalah yang ditemukan pada saat dilakukan pengkajian, sedangkan masalah potensial adalah kemungkinan akan timbul kemudian. Diagnosa keperawatan secara teoritis yang mungkin muncul pada pasien dengan diabetes mellitus antara lain:

1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin, perubahan masukan oral
2. Resiko infeksi b.d glukosa darah yang tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi
3. Kerusakan integritas kulit b.d kerusakan sirkulasi, penurunan sensasi
4. Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik, kehilangan gastrik yang berlebihan
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi
6. Resiko cedera b.d penurunan fungsi penglihatan, pelisutan otot

Setelah dilakukan pengkajian kepada pasien Ny. R. S dengan diabetes mellitus didapat dua (2) diagnosa keperawatan, antara lain:

- 1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin
- 2) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi

Diagnosa tersebut muncul sesuai dengan masalah-masalah yang dikeluhkan pasien selama pengkajian dilakukan. Setelah membandingkan antara diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis dengan diagnosa keperawatan yang penulis angkat pada Ny. R. S dengan diabetes mellitus maka didapat kesenjangan yaitu ada empat diagnosa yang tidak muncul yang meliputi: resiko infeksi b.d glukosa darah yang tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi, kerusakan integritas kulit b.d kerusakan sirkulasi, penurunan sensasi, kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik, kehilangan gastrik yang berlebihan dan resiko cedera b.d penurunan fungsi penglihatan, pelisutan otot. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya keluhan-keluhan pasien yang sesuai dengan diagnosa tersebut pada saat pengkajian atau masalah keperawatan tersebut telah teratasi sehingga diagnosa tersebut tidak dapat ditegakkan.

### **1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan atau perencanaan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan yang dapat menentukan keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Adapun intervensi keperawatan pada Ny. R. S dengan diabetes mellitus diberikan berdasarkan keadaan pasien. Tujuan yang penulis tetapkan pada masing-masing diagnosa keperawatan adalah teratasinya masalah berdasarkan respon tubuh dan keluhan yang sedang dialami pasien, dan dalam menetapkan rencana tindakan atau intervensi penulis merujuk pada teori yang relevan dan disesuaikan dengan gejala yang ditemukan pada pasien pada saat pengkajian.

### **1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan perwujudan dari rencana asuhan keperawatan, meliputi tindakan-tindakan yang telah direncanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus secara teoritis mengacu pada teori sesuai dengan diagnosa yang diangkat. Dalam pelaksanaan tindakan perawatan pada Ny. R S dengan diabetes mellitus, penulis melakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan ini penulis menemukan beberapa faktor penunjang diantaranya adalah respon pasien yang baik, mudah menerima saran perawat, keluarga bersikap kooperatif dan terbuka, serta tanggapan yang baik dari keluarga kepada penulis dalam memberikan informasi yang berhubungan dengan pasien.

Implementasi telah sesuai dan mampu diaplikasikan secara mandiri oleh pasien. Pasien mampu melakukan pembuatan menu diet diabetes mellitus serta mampu memilih aktivitas yang ringan untuk dilakukan sehari-hari. Menurut Dr. Diah & Dr. Rina, 2010 Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis,

maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerotik dan penyakit vaskular mikroangiopati, dan neuropati. Manifestasi klinis hiperglikemia biasanya sudah bertahun-tahun mendahului timbulnya kelainan klinis dari penyakit vaskularnya. Pasien dengan kelainan toleransi glukosa ringan (gangguan glukosa puasa dan gangguan toleransi glukosa ) dapat tetap beresiko mengalami komplikasi metaboik diabetes mellitus.

Untuk masalah keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin, pasien bisa menangani dengan mengkonsumsi vitamin C, membuat menu diet dan menjaga berat badan. Untuk masalah keperawatan Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi pasien dapat membatasi aktivitas kegiatan sehari-hari dan keluarga dapat membantunya.

### **1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari asuhan keperawatan, dimana pada tahapan ini akan dilakukan evaluasi apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan pasien atau dengan kata lain, tujuan asuhan keperawatan tercapai atau tidak tercapai.

Hasil akhir yang diharapkan dari pasien diabetes mellitus yaitu mampu menjaga berat badan agar ideal, mampu menerapkan menu diet setiap harinya dan mampu membatasi aktivitas sehari-hari agar tidak lelah. Sedangkan dalam kasus Ny. R S dari dua diagnosa keperawatan yang penulis temukan, setelah dilakukan evaluasi seluruh diagnosa hasilnya sesuai dengan batasan waktu pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

Pada masalah keperawatan Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin, masalah keperawatan teratasi sebagian serta tindakan keperawatannya akan dilanjutkan secara modifikasi yang diteruskan oleh keluarga pasien. Sedangkan pada masalah keperawatan Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi teratasi sebagian

serta tindakan keperawatannya akan dilanjutkan secara modifikasi yang diteruskan oleh keluarga pasien.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R. S dengan diabetes mellitus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Pengkajian telah dilakukan pada pasien Ny. R. S dengan diabetes mellitus melalui tahap pengkajian data terdiri dari data umum identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat psikososial, riwayat spiritual, pemeriksaan fisik persistem, aktivitas sehari-hari, mengklasifikasi data dan menganalisa data.
- 2) Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny. R. S dengan diabetes mellitus disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien pada saat itu berjumlah 2 diagnosa keperawatan yaitu:
  - a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak adekuatan insulin
  - b. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan akibat penurunan produksi energi
- 3) Pada intervensi atau rencana tindakan pada Ny. R. S dengan diabetes mellitus, adalah rencana tindakan atau intervensi yang dibuat berdasarkan dari diagnosa keperawatan yang muncul.
- 4) Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus, dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat.
- 5) Evaluasi SOAP terhadap proses yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan dan kondisi pasien.

## **5.2 Saran**

### **1) Bagi Penulis**

Diharapkan mampu menambah ilmu dan wawasan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan diabetes mellitus sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.

### **2) Bagi Puskesmas**

Diharapkan dapat menambah wawasan tentang diabetes mellitus bagi petugas kesehatan di puskesmas sehingga bisa memberikan pelayanan optimal dalam menangani dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.

### **3) Bagi Institusi Pendidikan**

Agar dapat memberikan manfaat bagi lembaga pendidikan, serta dapat merencanakan kegiatan pendidikan dalam konteks asuhan keperawatan secara menyeluruh, khususnya pada pasien diabetes mellitus, sehingga lulusan akademi di harapkan mampu memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien dengan diabetes mellitus saat berada di pelayanan kesehatan.

### **4) Bagi Pasien Dan Keluarga**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kepedulian tentang Ny. diabetes mellitus serta dapat mewaspadaai apabila terdapat gejala-gejala klinis yang menyebabkan terjadinya diabetes mellitus sehingga pasien dengan paru dapat segera tertangani dengan membawa ke pelayanan kesehatan.

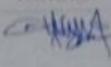
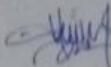
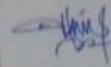
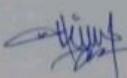
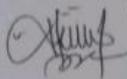
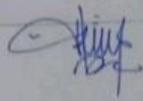
## DAFTAR PUSTAKA

- Aria Wahyuni & Nina Arisfa. 2016. *Senam Kaki Diabetik Efektif Meningkatkan Ankle Brachia*. *Jurnal Ipteks Terapan Research Of Applied Science And Education* V9.I2 (155-164). 2016 Index Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
- Brunner, & Suddarth. 2013. *Keperawatan medikal bedah vol 2*. Jakarta : EGC
- Irma Hartati, dkk. (2019). *Hubungan Self Care Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Di Poli Penyakit Dalam Rsud Langsa* .*Jurnal Kesehatan. Menara Ilmu*. Jp2k, Vol.2 No.2 Tahun 2019
- Lathifah , Nur Lailatul. 2017. *Hubungan Durasi Penyakit Dan Kadar Gula Darah Dengan Keluhan Subyektif Penderita Diabetes Melitus*. Surabaya. Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
- Mulfidaturrohmah, S.Kep. Ns. 2017. *Dasar- Dasar Keperawatan*. Yogyakarta. Gava Media
- Nursalam. 2013. *Proses Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Edisi 2. Jakarta: Salemba.
- Padila, 2019. *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 3. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rafli. 2019. *Pathway Diabetes Melitus*. Pekanbaru. KTI Rafli
- Rendi, & Margareth. 2019. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Penyakit Dalam*. Edisi 4. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dr. Rina & Dr. Diah. 2010. *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta. Penebar Swadaya
- Sujono Riyadi & Sukarmin. 2013. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Wijaya, A.S. & Putri A.M. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah: (Keperawatan Dewasa)*. Edisi 1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijoyo, Padmiarso. M. (2011). *Rahasia penyembuhan diabetes secara alami*. Jakarta : Bee Media Indonesia

## Lembar Kegiatan Bimbingan

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa: Irena Puspitan  
 NIM: 190314011037  
 Nama Pembimbing: M. Dra. Liliyah M. M. S.P.

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	17-01-2020	Konsul judul	Acc judul	
2	31/01-2020	Konsul Bab I	- Perbaiki latar belakang - Tujuan - Manfaat	
		Konsul halaman judul	perbaiki KTI → o.l.m	
3	7/02-2020	Konsul Bab I	- Perbaiki sesuai arahan tentara sistematika penulisan - lanjut Bab 5	
4	27/02-2020	Konsul Bab II	- Perbaiki pat-fisiologi - Perbaiki sistematika	
		Bab I	- Tujuan diperbaiki	
5	02/03-2020	Bab I & 5	- Acc	

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Leni Pakpahan  
NIM : P031914401R037  
Program Studi : DIII Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik  
Kesehatan Kemenkes Riau

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

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

Mengetahui  
Pembimbing II



**Melly, SST, M.Kes**  
NIP. 197401022002122002

Pekanbaru, 20 April 2020

Membuat Pernyataan



**Leni Pakpahan**  
NIM. P031914401R037

P D

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa  
NIM  
Nama Pembimbing

Letni pau pahan  
posisi 1401 no 37  
ibu MELLY, S.T, M. Kes.

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	20-02-20	COVER BAB 1 s/d BAB 2	Perbaiki COVER disekualikan dg atau perbaiki. Perbaiki tata cara penulisan bab 1 s/d BAB 2.	
2	12-07- 20	COVER s/d Daftar Pustaka.	Perbaiki COVER - kata pengantar - Daftar isi - Daftar tabel - Daftar gambar	
3	13-03- 20		Perbaiki tata cara penulisan Ace yg terproposai	

## Dokumentasi





PEMERINTAH KOTA PEKANBARU  
DINAS KESEHATAN  
UPD PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG TIGA  
Jalan Kaharudin No 46 Telp (0751) 674763  
Simpanan@puskesmasasialimail.com



FORMULIR HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM PUSKESMAS

Pasien

-Nomor Register  
-Nama  
-Umur  
-Jenis Kelamin

*R. H. S.*  
*27/4/20*  
*Pria*

Spesimen

Jenis  
Asal Bahan  
Tgl/Umur Pengambilan sp  
Tgl/Umur Pemeriksaan

*3/4/20*

No	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUKUN	
			PRIA	WANITA
<b>HEMATOLOGI</b>				
1.	Hemoglobin		13.5 - 17.5 g/dl	12.0 g/dl
2.	Hematokrit		40-48%	37-43%
3.	Hitung Eritrosit		4.5-5.5 jt	4.0-5.2 jt
4.	Hitung Trombosit		150-400x10 <sup>3</sup> /ul	
5.	Hitung Jumlah Leukosit		4000-10000/mm <sup>3</sup>	
6.	MCH		78-100	74 - 102
7.	MCHC		26.0 - 37.0 g/dl	
8.	MCHC		31.0 - 37.0 g/dl	
6.	Hitung Jenis Leukosit			
	Banofil		0-1 %	
	Eosinofil		1-3 %	
	Neutrofil Batang		2-6 %	
	Neutrofil segmen		50 - 70%	
	Limfosit		20 - 40 %	
	Monosit			
7.	Laju Endap Darah		<10mm/jam	
8.	Masa Pendaraban			
9.	Masa Pembekuan			
10.	Gambaran Darah Tepi			
11.	Gelangan Darah			
12.	Malaria			
<b>URINALISA</b>				
1.	Makroskopis			
	-Warna			
	-Kjernerhan			
	-Bau			
	-Volume			
	PH			
	Berat Jenis		4.6 - 8.0	
	Protein		1.001-1.035	
	Glukosa		<1 mg/dl	
	bilirubin		<25	
	Urobilinogen		<0.5	
	Keton		<1 mg/dl	
	Nitrit			
2.	Mikroskopis			
	Leukosit			
	Eritrosit			
	Epitel			
<b>TINJA</b>				
1.	Makroskopis			
	-Konsistensi			
	-Warna		Kuning muda-kekhit tua	
	-Bau		Khas bau tinja	
	-Lendir			
	-Darah			
2.	Mikroskopis			
	-Eritrosit			
	-Leukosit			
	-Telah Cacing			
	-Ascaris Lumbricoides			
	-Trichuris trichiura			
	-Ancylostoma			
	-Dudenaalis			

No	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUKUN	
			PRIA	WANITA
<b>KIMIA KLINIK</b>				
1.	Glukosa Plasma	189	60 - 125 mg/dl	
	Glukosa Sewaktu		<200mg/dl	
	Glukosa 2 jam pp		<126 mg/dl	
2.	Protein		6.7-8.2 g/dl	
3.	Albumin		3.2 - 5.2 g/dl	
4.	Bilirubin Total		0.3	
5.	Bilirubin Orak		0.1 - 0.3 mg/dl	
6.	SGOT		0 - 37 u/l	
7.	SGPT		0 - 37 u/l	
8.	Akutan Fosfatase		26 - 120 u/l	
9.	Asam Urat		3.7 - 8.3 mg/dl	
10.	Lipase/PLN		16-50mg/dl	
11.	Kolesterol		0.7-1.1	0.5-0.9 mg/dl
			mg/dl	mg/dl
12.	Triglycerida		<200 mg/dl	
13.	Kolesterol total		<200 mg/dl	
14.	Kolesterol HDL		>55 mg/dl	>45mg/dl
15.	Kolesterol LDL		<150mg/dl	
<b>MIKROBIOLOGI &amp; PARASITOLOGI</b>				
1.	Mycobacterium tbc			
2.	Diphtheria			
3.	Trichomonas vaginalis			
4.	Candida albican			
5.	Bacterial vaginosis			
6.	Char cell			
7.	PMN			
<b>IMUNOLOGI</b>				
1.	Tes Kehamilan			
2.	Gelangan Darah			
3.	WIDAL			
4.	VDRL			
5.	RPRAG			
6.	Anti HIV			
7.	SI I			
8.	Dengue IgG/IgM			
9.	S Typhi IgG/IgM			
10.	Sifilis			
	TPHA			
	RPR			

Pekanbaru,  
Dokter penanggung Jawab Laboratorium

*[Signature]*

Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Tulis Ilmiah

No	Tanggal Konsul	Hal/Bab Yang Dikonsulkan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama	Paraf Pembimbing Pendamping
1.	1 April 2020	Konsultasi bimbingan KTI online 1	Perbaikan KTI bab 1-4	Lenni Pakpahan	Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep 	
2.	13 April 2020	Konsultasi bimbingan KTI online 2	Perbaikan KTI bab 1-5	Lenni Pakpahan		Hj. Melly, SST., M.Kes 
3.	16 April 2020	Konsultasi bimbingan KTI online 3	Perbaikan KTI bab 1-5	Lenni Pakpahan	Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep 	
4.	20 April 2020	Konsultasi menjelaskan dengan PPT	Perbaikan	Lenni Pakpahan	Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep 	
5.	21 April 2020	Mengirim menjelaskan dengan PPT	Perbaikan	Lenni Pakpahan	Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep 	

6.	22 April 2020	Konsultasi Bimbingan Online 4	Perbaikan	Lenni Pakpahan	 Hj. Melly, SST., M.Kes
	23 April 2020	Ujian Seminaran KTI Online	ACC	Lenni Pakpahan	 Ns. Nia Khusniyati M, M.Kep