

PROPOSAL
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN



Oleh:
WIEWID TYAS ANGGRAENI
NIM. 1601033

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2018

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : WiewidTyasAnggraeni

NIM : 1601033

Tempat, TanggalLahir : Surabaya, 02 Mei 1997

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Proposal berjudul :“**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**” adalah bukan proposal Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 19 September 2018

Yang menyatakan,

Wiewid Tyas A.

NIM. 1601033

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. KusumaWijayaRidi Putra S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603

Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes
NIDN. 0724098402

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Wiewid Tyas Anggraeni

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Proposal pada tanggal 07 November 2018

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603

Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes
NIDN. 0724098402

Mengetahui,
Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowati, S.Kep., M.KesD
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji proposal pada sidang proposal di Program D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 07 November 2018

TIM PENGUJI

TandaTangan

Ketua : Riesmiyatiningdyah, Ns., M.Kes ()
Anggota : 1.Meli Diana, S.Kep.Ns., M.Kes ()
2.Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.Ns., MNS ()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes
NIDN. 0703087801

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Proposal dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Proposal ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Proposal ini selesai tepat pada waktunya
2. Orang Tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar
3. Ns. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
4. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Proposal
5. Ns. Meli Diana S. Kep., M. Kes selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Proposal
6. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literatur yang dibutuhkan
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Proposal ini yang tidak bisa disebutkan satu per satu

Penulis sadar bahwa Proposal ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Proposal ini.

Penulis berharap Proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, September 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar	viii
Daftar Lampiran	ix
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
1.1 LatarBelakang	1
1.2 RumusanMasalah	4
1.3 TujuanPenelitian	4
1.3.1 TujuanUmum	4
1.3.2 TujuanKhusus	5
1.4 ManfaatPenelitian	5
1.5 MetodePenulisan	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 TeknikPengumpulan Data	7
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 StudiKepustakaan	8
1.6 SistematikaPenulisan.....	8
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 KonsepDasarPenyakit	10
2.1.1 AnatomidanFisiologiPankreas	10
2.1.2 Pengertian	12
2.1.3 Etiologi	13
2.1.4 ManifestasiKlinis	14
2.1.5 TandadanGejala.....	16
2.1.6 Patofisiologi	18
2.1.7 Komplikasi	20
2.1.8 PemeriksaanPenunjang	21
2.1.9 Pencegahan	23
2.1.10 Penatalaksanaan	24
2.2 Dampak Masalah	27
2.3 KonsepAsuhanKeperawatan	28
2.3.1 Pengkajian	28

2.3.2	DiagnosaKeperawatan	34
2.3.3	IntervensiKeperawatan	35
2.3.4	Implementasi.....	55
2.3.5	Evaluasi	60
2.4	KerangkaMasalah.....	64

Daftar Pustaka.....	67
----------------------------	-----------

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kadar glukosa darah dalam DM.....	16
2.4	Kerangka Masalah pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus	64

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul Lampiran	Hal
	<hr/>	
	Lampiran 1 Surat Ijin Permohonan Studi Pendahuluan	68
	Lampiran 2 Surat Balasan Pengambilan Studi Kasus	69
	Lampiran 3 Lembar Konsultasi	70
	Lampiran 4 Informed Consent.....	71
	Lampiran 5 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.....	72

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah. Tanda-tanda pasien dengan diabetes melitus yaitu mual, muntah, kesemutan, kelelahan, penurunan berat badan, haus, gatal pada kulit, banyak berkemih, hipertensi, banyak makan dan impoten (Tarwoto, 2012). Sebagian besar kasus diabetes sebenarnya bisa ditangani dirumah dengan menjaga pola hidup sehat dan di puskesmas dengan pemberian satu atau dua obat kombinasi. Namun memang suatu saat penderita DM perlu dirujuk untuk mendapatkan gambaran lengkap jika target pengobatan yang dibuat tidak tercapai dan ditambah pula ada komplikasi yang muncul termasuk komplikasi yang kompleks misalnya hipoglikemia (kadar gula darah rendah) ini tidak bisa dihindari dan harus segera di rujuk kerumah sakit untuk penanganan lebih lanjut. (RSCM-FKUI, Dante S. Herbuwono 2010).

Diabetes merupakan salah satu ancaman utama bagi kesehatan manusia pada abad 21. Perserikatan bangsa-bangsa (WHO) membuat perkiraan bahwa pada tahun 2000 jumlah pengidap diabetes diatas umur 20 tahun berjumlah 150 juta orang.

Dalam kurun waktu 25 tahun kemudian, pada tahun 2025, jumlah itu akan meningkat menjadi 300 juta orang. Data terakhir dari WHO menunjukkan justru peningkatan tertinggi jumlah pasien diabetes terdapat di negara Asia Tenggara termasuk Indonesia. Di Indonesia tahun 2010 terdapat 5 juta orang penderita diabetes dan pada tahun 2020 kemungkinan angka ini akan mencapai 8,2 juta orang. Saat ini Indonesia menduduki urutan keempat setelah china, india dan amerika. Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2008, terdapat minimal 300.000 penderita DM dari 33 juta penduduk (Tjokrowiro, 2008 ; Soegondo, 2008 ; PAPDI, 2008). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis, didapatkan data Angka kejadian untuk penderita diabetes mellitus di RSUD Bangil dari bulan Januari sampai dengan desember 2017 tercatat sebanyak 496 penderita, yang terdiri dari 116 penderita Non insulin-Dependen Diabetes mellitus, 14 penderita Unspecified Diabetes Mellitus, 2 penderita Non Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Renal Complication, 1 penderita Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication, 1 penderita Non insulin-Dependent Diabetes Mellitus, 1 penderita Unspecified Diabetes Mellitus with Renal Complication, dan 162 penderita Diabetes Mellitus with Gangrene. (Rekam medik RSUD Bangil, 2018).

Penyakit diabetes mellitus disebabkan karena gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk penyakit yang kompleks yang melibatkan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar glukosa darah meningkat dan terjadi hiperglikemi. DM pada kebutuhan awal adalah hilangnya air dan natrium yang akan mengakibatkan sering merasa haus dan peningkatan asupan air (polydipsia). Karena sel tubuh juga kehilangan bahan bakar, klien akan merasa lapar dan peningkatan asupan makan (polifagia) yang akan meningkatkan kekurangan cairan dan elektrolit yang akan menyebabkan rasa Lelah dan gangguan imunitas. (Rendy, 2012 ; kumar, 2012).

Pengendalian Diabetes melitus dan penyakit metabolik dilakukan melalui pencegahan dan penanggulangan dari faktor resiko tersebut, yaitu dengan modifikasi gaya hidup atau perubahan gaya hidup dan konsumsi obat antidiabetic. Prinsip dasar manajemen pengendalian Diabetes Melitus meliputi modifikasi gaya hidup, dengan mengubah gaya hidup yang tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat berupa peraturan makanan (diet), latihan jasmani atau latihan aktifitas fisik (Putra, et al., 2015). Perubahan perilaku resiko meliputi berhenti merokok dan membatasi konsumsi alcohol, serta kepatuhan konsumsi obat antidiabetic. Di amerika, strategi terapi Diabetes Melitus yang efektif adalah modifikasi gaya hidup dan antidiabetik oral.

Perubahan gaya hidup menjadi pilihan pertama dalam pencegahan Diabetes Melitus, walupun antidiabetic oral dapat mencegah Diabetes Melitus, namun efeknya tidak sebesar perubahan gaya hidup. Oleh karena itu, obat-obatan ditempatkan sebagai tambahan terhadap perubahan gaya hidup (Sari, 2015).
Peneliti sebagai seorang perawat yang mempunyai peran sebagai edukator dan memberikan *health education* kepala penderita tentang diet Diabetes Melitus, menganjurkan pasien untuk melakukan olah raga ringan, misalnya jalan kaki, bersepeda, jogging, senam dan dilakukan kurang lebih selama 30 menit, memberikan edukasi tentang tatacara mengonsumsi obat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di Ruang Melati RSUD Bangil?”

1.2.1 Tujuan Penelitian

1.2.2 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di RSUD Bangil

1.2.3 Tujuan Khusus

1.2.3.1 Mengkaji klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.2 Merumuskan klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.5 Mengidentifikasi klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus

1.4.2 Secara praktis

Tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan Diabetes Mellitus.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal

Bagian ini memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti

Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

1.6.2.1 Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

1.6.2.2 Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus serta kerangka masalah.

1.6.2.3 Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.6.2.4 Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

1.6.2.5 Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan diabetes melitus. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, manifestasi klinis dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit diabetes melitus dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Diabetes Melitus

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Pankreas

Menurut Tarwoto (2012) pankreas adalah organ pipih yang berada dibelakang lambung dalam abdomen. Kelenjar pankreas tersusun atas dua jaringan utama yaitu asini yang merupakan penyusun terbanyak dari volume pankreas dan pulau-pulau langerhans. Pankreas mensekresi dua hormon yaitu insulin dan glukagon. Kelenjar pankreas mempunyai dua fungsi utama yaitu fungsi eksokrin dan fungsi endokrin.

2.1.1.1 Fungsi eksokrin

Merupakan penghasil getah pankreas. Cairan pankreas berwarna jernih dan tidak berwarna, mengandung air dan beberapa garam. Enzim-enzim pada pankreas dihasilkan oleh asinar yang fungsinya membantu pemecahan protein, karbohidrat dan lemak.

2.1.1.2 Fungsi endokrin

Kelenjar endokrin dalam pankreas adalah pulau langerhans yang menghasilkan hormon. Hormon adalah zat organik yang mempunyai sifat khusus untuk pengaturan fisiologi terhadap kelangsungan hidup suatu organ atau sistem. Sel-sel pulau langerhans tersusun atas sel alfa yang menghasilkan hormon glukagon, sel-sel beta yang menghasilkan insulin, sel delta yang menghasilkan somatostatin dan sel f yang menghasilkan polipeptida pankreatik.

Sistem endokrin adalah sistem kelenjar penghasil mediator kimia yang bekerja jauh dari sistem atau organ asalnya, yang disebut hormon. Berbeda dengan sistem eksokrin, sekret dari sistem ini dicurahkan langsung ke peredaran darah tanpa melalui saluran atau duktus. Sistem endokrin terdiri dari kelenjar hipotalamus, kelenjar hipofisis, anterior dan posterior, kelenjar tiroid, kelenjar paratiroid, pulau

langerhans, korteks dan medula kelenjar supraadrenal, ovarium, testis, dan sel endokrin disaluran cerna. Sel endokrin berfungsi mengeluarkan hormone insulin, glukagon, somatostatin, polipeptida pankreas (PP), dan polipeptida usus vasoaktif (Sjamsuhidajat, 2010).

Fungsi insulin meliputi menurunkan kadar glukosa darah dengan memacu transpor glukosa ke dalam sel, memacu penyimpanan glikogen di dalam otot dan sel-sel hepatic, dan menghambat metabolisme lemak. Tidak adanya insulin maka glukosa tidak dapat menembus sel. Glukosa digunakan sebagian untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen. Kadar glukosa darah puasa normal adalah 3,9-6,2 mmol/L (Adam, 2005 ; Bersten, 2004).

2.1.2 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus adalah gangguan kronis metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Insufisiensi relatif atau absolut dalam respons sekretorik insulin, yang diterjemahkan menjadi gangguan pemakaian karbohidrat (glukosa), merupakan gambaran khas pada diabetes melitus, demikian juga hiperglikemia yang terjadi (Robbins, 2007).

Diabetes melitus adalah penyakit kronik, progresif yang dikarakteristikan dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein awal terjadinya hiperglikemia (Black, 2009). Diabetes melitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin (Suyono, 2007).

2.1.3 Etiologi

Menurut Tarwoto (2012) faktor penyebab dan faktor resiko penyakit DM diantaranya :

2.1.3.1 Riwayat keturunan dengan diabetes, misalnya pada DM tipe 1

2.1.3.2 Lingkungan seperti virus rubella yang dapat memicu terjadinya autoimun dan menghancurkan sel-sel beta pankreas pada DM tipe 1

2.1.3.3 Usia diatas 45 tahun pada DM tipe II

2.1.3.4 Obesitas, berat badan lebih atau sama dengan 20% berat badan ideal pada DM tipe II

2.1.3.5 Etnik, banyak terjadi pada orang Amerika keturunan Afrika, Asia (DM tipe II)

2.1.3.6 Hipertensi, tekanan darah lebih dari atau sama dengan 140/90 mmHg

2.1.3.7 HDL kolesterol lebih dari atau sama dengan 35mg/dl, atau trigliserida lebih dari 250 mg/dl

2.1.3.8 Riwayat gestasional DM

2.1.3.9 Kebiasaan diet

2.1.3.10 Kurang olahraga

2.1.4 Manifestasi klinik

Menurut Tarwoto (2012) penyakit diabetes melitus diklasifikasikan menjadi:

2.1.4.1 Diabetes melitus tipe 1 atau insulin dependent diabetes melitus (IDDM) yaitu

DM yang bergantung pada insulin. disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas yang menghasilkan insulin. Peningkatan gula darah yang tinggi lebih dari 180 mg/100 ml, menyebabkan glukosa keluar melalui urin (glukosuria).

Sebagai akibat banyaknya urin yang diproduksi maka akan mengalami peningkatan berkemih (poliuria) serta rasa haus (polidipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein, lemak dan menurunkan cadangan makanan sehingga mengakibatkan kelaparan (polifagia).

2.1.4.2 Diabetes melitus tipe 2 atau non insulin dependent diabetes melitus (NIDDM)

yaitu DM yang tidak tergantung insulin. Kurang lebih 90-95% penderita DM

adalah diabetes tipe ini. DM tipe 2 terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin atau akibat penurunan produksi insulin. Banyak terjadi pada usia lebih dari 45 tahun. Jika gula darah tinggi maka dapat dirasakan seperti kelemahan, poliuria, polidipsi, proses penyembuhan luka yang lama, kelainan penglihatan.

2.1.4.3 Diabetes malnutrisi, biasanya terjadi pada penduduk miskin. Diabetes tipe ini dapat ditegakkan jika ada gejala-gejala yaitu badan kurus, berat badan kurang dari 80% berat badan ideal, usia antara 15-40 tahun, memerlukan insulin dan menaikkan berat badan, nyeri perut berulang.

2.1.4.4 Diabetes sekunder yaitu DM yang berhubungan dengan penyakit tertentu misalnya penyakit pankreas, penyakit karena obat-obatan atau zat kimia.

2.1.4.5 Diabetes melitus gestasional yaitu DM yang terjadi pada masa kehamilan.

Tabel 2.1 Kadar glukosa darah dalam mendiagnosis DM

Kadar glukosa darah (mg/dL)		Bukan DM	Belumpasti DM	DM
-----------------------------	--	----------	---------------	----

Sewaktu	Plasma vena	< 100 mg/dL	100-199 mg/dL	≥ 200 mg/dL
	Darah kapiler	< 90 mg/dL	90-199 mg/dL	≥ 200 mg/Dl
Puasa	Plasma vena	< 100 mg/dL	100-125 mg/dL	≥ 126 mg/dL
	Darah kapiler	< 90 mg/dL	90-99 mg/dL	≥100 mg/dL

Sumber : (Tarwoto, 2012)

2.1.5 Tanda Dan Gejala

2.1.5.1 Sering kencing atau miksi atau meningkatnya frekuensi buang air kecil (poliuria). Hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urin karena keterbatasan kemampuan filtrasi ginjal.

2.1.5.2 Meningkatnya rasa haus (polidipsia). Banyaknya miksi menyebabkan

Tubuh kekurangan cairan atau dehidrasi.

2.1.5.3 Meningkatnya rasa lapar (polipagia). Pemecahan glikogen untuk energi menyebabkan cadangan energi berkurang. Keadaan ini menstimulasi pusat lapar.

2.1.5.4 Penurunan berat badan. Disebabkan karena kehilangan cairan, glikogen, dan cadangan trigliserida serta masa otot.

2.1.5.5 Penglihatan kabur. Hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar, termasuk retina.

2.1.5.6 Kulit gatal, infeksi kulit. Hiperglikemi mengakibatkan penumpukan gula pada kulit sehingga menjadi gatal. Jamur dan bakteri mudah menyerang kulit.

2.1.5.7 Ketonuria. Saat glukosa tidak lagi digunakan untuk energi, maka asam lemak akan dipecah menjadi keton yang kemudian berada pada darah dan dikeluarkan melalui ginjal.

2.1.5.8 Kelemahan dan keletihan. Adanya kelaparan sel, kehilangan potasium.

2.1.5.9 Terkadang tanpa gejala. Pada keadaan tertentu, tubuh sudah dapat beradaptasi dengan peningkatan glukosa darah. (Rendy, 2012 ; Tarwoto, 2012)

Gejala klasik diabetes mellitus (DM) adalah poliuria, polidipsia, dan penurunan berat badan meskipun terdapat polifagia. Manifestasi sebagian besar kasus dm tipe 1 bersifat akut dan terdiagnosis segera setelah onset penyakit. Pasien sering

tidak stabil secara metabolisme dan berkembang menjadi ketoasidosis diabetik jika dibiarkan tidak diobati. Manifestasi dm tipe 2 jauh lebih tersembunyi dan berbahaya. Penting untuk diingat bahwa gejala pertama untuk dm dapat berupa ketoasidosis (Greenberg, 2012).

2.1.6 Patofisiologi

Menurut Rendy (2012) tubuh memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak. Disamping itu tubuh juga memerlukan energi supaya sel tubuh dapat berfungsi dengan baik. Energi berasal dari bahan makanan yang terdiri dari unsur karbohidrat, lemak dan protein. Pada keadaan normal kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO^2 dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% sampai 40% diubah menjadi lemak. Pada diabetes melitus penyerapan glukosa ke dalam sel macet dan metabolismenya terganggu sehingga menyebabkan glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah.

Ginjal tidak dapat menahan hiperglikemi ini, karena ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg% sehingga ginjal tidak bisa menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehubungan dengan sifat gula yang menyerap air maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urin dan sejumlah air hilang

dalam urin yang disebut poliuria. Poliuria mengakibatkan dehidrasi sehingga pasien merasakan haus. Transport glukosa ke sel-sel menipis karena digunakan untuk pembakaran dalam tubuh, maka pasien akan merasa lapar. Makan yang terlalu banyak akan terjadi penumpukan asetat dalam darah yang menyebabkan keasaman darah meningkat atau asidosis. Tubuh berusaha mengeluarkan zat asetat melalui urin dan pernapasan sehingga menimbulkan bau aseton atau buah-buahan. Keadaan asidosis bila tidak segera ditangani akan terjadi koma diabetik.

2.1.7 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari diabetes melitus adalah :

2.1.7.1 Hipoglikemia dan hiperglikemia

2.1.7.2 Komplikasi makrovaskuler mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (Cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).

2.1.7.3 Komplikasi mikrovaskular pada diabetes

1) Penyakit mata (retinopati)

Retinopati terjadi akibat penebalan membran basal kapiler, yang menyebabkan pembuluh darah bocor (perdarahan dan eksudat padat), pembuluh darah tertutup (iskemia retina) dan edema makula.

2) Nefropati

Lesi awalnya adalah hiperfiltrasi glomerulus (peningkatan laju filtrasi glomerulus) yang menyebabkan penebalan difus pada membran basal glomerulus.

3) Neuropati

Keadaan ini melalui beberapa mekanisme, termasuk kerusakan pada pembuluh darah kecil yang memberi nutrisi pada saraf perifer, dan metabolisme gula yang abnormal.

Komplikasi makrovaskular pada diabetes melitus adalah penyakit kaki. Keadaan ini merupakan akibat penyakit pembuluh darah perifer (kaki yang dingin dan nyeri), neuropati perifer (kaki hangat, sering hanya dengan nyeri ringan), dan peningkatan kecenderungan untuk terinfeksi sehingga terbentuk ulkus, infeksi (selulitis dan osteomielitis), gangren, dan kaki kaki hangat/panas dengan kerusakan sendi.

(Rendy, 2012 ; PAPDI, 2006)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pada penderita diabetes yang menjalani terapi dengan insulin dan sulfinolurea, pemeriksaan penunjang lengkap tidak diperlukan. Pada penderita yang tidak sedang menjalani terapi tersebut, kadar glukosa, insulin, dan peptida C harus diukur sebelum pemberian glukosa (Patrick, 2005).

Disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien, juga penting adalah dilakukan tes diagnostik diantaranya :

2.1.8.1 Pemeriksaan gula darah puasa

- Tujuan : Menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa
- Pembatasan : Tidak makan selama 12 jam sebelum test biasanya jam 08.00 pagi sampai jam 20.00, boleh minum
- prosedur : Darah diambil dari vena dan dikirim ke laboratorium
- hasil : Normal 80-120 mg/100ml serum
abnormal 140mg/100ml atau lebih

2.1.8.2 Pemeriksaan gula darah postprandial

- Tujuan : Menentukan gula darah setelah makan

Prosedur : Pasien diberi makan kira-kira 100 gr karbohidrat, dandua jamkemudian diambil darah venanya.

Hasil : Normal kurang dari 120 mg/100 ml serum
Abnormal lebih dari 200 mg/ 100 ml atau lebih
Indikasi DM.

2.1.8.3 Pemeriksaan toleransi glukosa oral

Tujuan : Menentukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa.

Pembatasan : Pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selama test. boleh minum air putih, tidak boleh merokok atau minum teh, sedikit aktivitas, kurangi stres.

Prosedur : Pasien diberi makanan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum tes kemudian puasa selama 12 jam.

2.1.8.4 Pemeriksaan glukosa urine

Pemeriksaan ini kurang akurat karena banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-obatan.

2.1.8.5 Pemeriksaan keton urin

Adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis.

2.1.8.6 Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida

Biasanya terjadi peningkatan karena ketidakadekuatan control glikemik

2.1.8.7 Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Tes ini mengukur prosentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi risiko komplikasi.

(Menurut Ignatavicius dalam buku Tarwoto, 2012)

2.1.9 Pencegahan

Menurut Tarwoto (2012) beberapa hal penting yang perlu disampaikan pada pasien DM melalui pendidikan kesehatan adalah :

2.1.9.1 Penyakit DM yang meliputi pengertian, tanda, dan gejala, penyebab, patofisiologi dan tes diagnosis.

2.1.9.2 Manajemen diet pada pasien DM

2.1.9.3 Aktivitas sehari-hari termasuk latihan dan olah raga

2.1.9.4 Kontrol glikemik yang baik menghambat timbul dan berkembangnya semua penyakit mikrovaskular.

2.1.9.5 Pemberian obat-obatan DM dan cara injeksi insulin

2.1.9.6 Cara monitoring dan pengukuran glukosa darah secara mandiri dengan menggunakan glukometer

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Rendy (2012) dan Kartini (2009) Ada komponen yang harus diperhatikan yaitu dalam penatalaksanaan diabetes melitus yaitu :

2.1.10.1 Asupan makanan atau manajemen diet

1) DM tipe 1 (IDDM)

Diet pada DM tipe 1 dilakukan untuk mengendalikan kadar glukosa darah, yang mencakup hal-hal sebagai berikut :

- (1) Makan 5–6 kali setiap hari pada waktu yang kurang lebih sama dengan interval sekitar 3 jam dan terdiri atas 3 kali makanan pokok serta 3 kali camilan.
- (2) Minum minuman yang bebas gula dan kaya serat, seperti agar-agar, rumput laut, gelatin, kolang-kaling.
- (3) Makanan rendah lemak dan rendah indeks glikemiknya tetapi dengan indeks kekenyangan yang cukup tinggi seperti sayuran rebus serta buah segar yang berserat dan tidak begitu manis, pisang rebus, roti

bekatul, kacang hijau serta kacang-kacangan lainnya, *cracker* dan makanan camilan tanpa kalori seperti agar-agar, kolong-kalong, rumput laut.

- (4) Buah-buahan segar, khususnya buah yang biasa dimakan bersama kulitnya seperti apel, peach, belimbing, jambu, tomat.
- (5) Minum susu rendah lemak (<1%) seperti susu krim, susu kedelai sebagai pengganti susu *fullcream* untuk mengurangi asupan lemak.

2) DM Tipe 2 (NIDDM)

Tujuan utama diet pada DM tipe 2 adalah menurunkan dan mengendalikan berat badan di samping mengendalikan kadar gula dan kolesterol yang mencakup :

- (1) Makan 3 kali makanan utama dan 2-3 kali camilan per hari dengan interval waktu sekitar 3 jam.
- (2) Makanan rendah kalori dengan indeks glikemik yang rendah dan indeks kekenyangan yang tinggi, seperti kolong-kalong, cincau, agar-agar, rumput laut, pisang rebus, kacang hijau serta kacang-kacangan lainnya, sayuran rendah kalori dan buah-buahan yang tidak manis (apel, belimbing, jambu, alpukat).

- (3) Rebusan sayur buncis dan sayuran lain yang dapat membantu mengendalikan glukosa darah dalam menu sayuran setidaknya dua kali sehari. Buncis, bawang dan beberapa sayuran lunak lain (pare, terong, gambas, labu siam) dapat membantu mengendalikan kadar glukosa darah karena kandungan seratnya.
- (4) Sereal tinggi serat, seperti kacang hijau, jagung rebus setiap hari.
- (5) Makanan pokok dapat bervariasi antara nasi (sebaiknya nasi beras merah/beras tumbuk), kentang dan jagung.
- (6) Daging merah yang dapat diganti dengan daging putih seperti daging ayam atau ikan.

3) Latihan fisik atau *exercise*

Olahraga dilakukan sebagai bagian dari kegiatan sehari-hari. Jenis latihan fisik meliputi latihan aerobik, jalan, lari, bersepeda, berenang. Latihan berjalan setidaknya 3 kali seminggu selama >30 menit. Olahraga tidak boleh dilakukan bila kadar gula darah tidak terkontrol (>250 mg%) atau bila terdapat keton *bodies* dalam urine karena bahaya ketoasidosis. Obat-obatan penurun gula darah.

4) Obat antidiabetik oral, misalnya sulfonilurea, biguanida dan pemberian injeksi hormon insulin subkutan.

5) Penyuluhan

Penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit (PKMRS) merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita DM, melalui bermacam-macam cara atau media.

6) Monitoring glukosa darah

Pemantauan kadar gula darah paling tidak satu kali perhari. Pemeriksaan glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri dengan menggunakan glukometer.

2.2 Dampak Masalah

Masalah yang diakibatkan penyakit diabetes mellitus tidak hanya berdampak pada fisik namun juga mempengaruhi psikologis, social maupun ekonomi. Dampak psikologis berupa stress maupun cemas terhadap penyakit diabetes mellitus tidak hanya dirasakan oleh penderita diabetes mellitus tetapi keluargapun juga ikut merasakan dampak psikologis ini. Selain itu, pasien diabetes mellitus juga akan merasakan adanya gangguan interaksi sosial, hubungan interpersonal, atau mengalami gangguan harga diri yang diakibatkan rasa putus asa yang dirasakan oleh

pasien diabetes mellitus. Penderita diabetes mellitus yang telah mengalami komplikasi seperti nefropati dan ulkus diabetikum akan membutuhkan perawatan yang lama sehingga akan memerlukan biaya yang besar dalam perawatannya (Kusniawati, 2011).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Deswani, 2009).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier, 2010).

2.3.1.1 Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien secara sistematis dan terus-menerus.

1) Identitas

Usia (DM Tipe 1 Usia <30 tahun. DM Tipe 2 Usia >30 Tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun), jenis kelamin ini sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki-laki, karena factor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan. Jika ternyata ada riwayat diabetes, insulin dan adaptasi mungkin diperlukan (Geria dan Haryati, 2014).

2)Keluhan utama

Penglihatan kabur, lemas, takikardi, banyak kencing, susah konsentrasi, kesemutan, penurunan kesadaran, luka yang sukar sembuh (luka diabetikum).

3)Riwayat penyakit sekarang

Adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Dapat terjadi saat kehamilan, riwayat penyakit pankreas, hipertensi, ISK berulang, kemungkinan adanya riwayat obesitas.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita diabetes melitus atau pernah menderita penyakit lainnya. Resiko menderita diabetes melitus bila salah satu orang tuannya menderita diabetes melitus adalah sebesar 15%. Jika kedua orang tua memiliki diabetes melitus maka resiko untuk menderita diabetes melitus adalah sekitar 75%. Resiko untuk mendapatkan diabetes melitus dari ibu lebih besar 10-30% dari pada ayah dengan diabetes melitus. Hal ini dikarenakan penurunan gen sewaktu dalam kandungan ibu. (Trisnawati dan Soedijono, 2013)

6) Pemeriksaan Fisik

(1) Sistem Pernafasan

Yang dialami pasien diabetes mellitus pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang embutuhkan alat bantu nafas O₂, pada palpasi didapatkan data RR : ≥ 22 x/menit, vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, ungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat, Nafas bau aseton (Wijaya, 2013)

(2) Sistem Kardiovaskuler

Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi ictus cordis tida teraba, nadi ≥ 84 x/menit, irama regular, CRT dapat kembali ≤ 2 detik, pulsasi kuat lokasi radialis (Wijaya, 2013). Pada perkusi suara dullness/redup/pekak, bila terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti *gallop rhytme* ataupun murmur.

(3) Sistem Persyarafan

Kesadaran bisa baik ataupun menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, tidak ada gangguan memori (Wijaya, 2013).

(4) Sistem Perkemihan

Pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria.

(5) Sistem Pencernaan

Pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesulitan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia, polidipsi (Wijaya, 2013). Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi tympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

(6) Sistem Muskuluskletal

Pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema, lokasi, ukuran, pada palpasi kelembapan kulit mungkin lembab, akral hangat, tugor kulit hangat, kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan (Wijaya, 2013). Pada perkusi adakah fraktur, dislokasi.

(7) Sistem penginderaan

((1)) Mata :penglihatan mata kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun

((2))Hidung : Ketajaman penciuman normal. Secret (-/+)

((3))Telinga : Bentuk normal, ketajaman pendengaran normal.

(8) Sistem Endokrin

Adakah gangrene, lokasi gangren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau, terjadi polidipsi, polifagi, poliuri, terkadang terjadi penurunan atau peningkata berat badan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

2.3.2.1 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

2.3.2.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

2.3.2.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

2.3.2.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorpsi nutrisi.

2.3.2.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar.

2.3.2.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren.

2.3.2.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik.

2.3.2.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.

2.3.2.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

2.3.2.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

2.3.2.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas,
koma diabetik.

2.3.2.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

2.3.2.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau pada luka
gangren.

2.3.2.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

2.3.2.15 Resiko cidera berhubungan dengan penurunan kesadaran

2.3.3 Intervensi Keperawatan

2.3.3.1 Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit

diharapkan pola nafas efektif.

Kriteria hasil: RR 16 – 20 x/menit, pola nafas reguler, tidak ada otot bantu

nafas, pasien tampak tenang, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

Intervensi :

1) Pantau tanda tanda vital, terutama RR.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah, saat terjadi sesak, RR meningkat, nadi cepat dan tekanan darah meningkat.

2) Pantau irama nafas.

Rasional : untuk mengetahui keadaan pasien dan mengetahui adakah gangguan pada pola nafas yang ditandai dengan irama irreguler.

3) Berikan posisi semi fowler.

Rasional : untuk membuat pasien mudah bernafas dan meningkatkan kenyamanan.

4) Ajarkan pasien untuk teknik nafas dalam.

Rasional : agar pasien dapat rileks karena dengan cara teknik nafas dalam dapat membuat pasien lebih tenang.

5) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi oksigen.

Rasional : untuk proses kesembuhan pasien dapat menurunkan RR yang meningkat.

2.3.3.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi jaringan.

Kriteria hasil: Tanda tanda vital dalam batas normal (nadi 60-100x/menit),

CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Intervensi :

1) Pantau tanda-tanda vital terutama nadi.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

2) Pantau CRT

Rasional : untuk mengetahui aliran darah dalam tubuh dan apakah ada masalah pada kulit.

3) Monitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas , dingin, tajam dan tumpul.

Rasional :untuk mengetahui daerah mana yang tidak peka terhadap rangsangan.

- 4) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi.

Rasional :untuk mengetahui daerah mana saja yang terjadi laserasi.

- 5) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : mengurangi rasa nyeri.

2.3.3.3 Kekurangan *volume* cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan.

Kriteria hasil: Tanda-tanda vital dalam batas normal (RR 16-20 x/menit, nadi 60-100x/menit dan teraba keras, tekanan darah 90-130/60-90 mmHg), turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang dari 3 detik, haluaran urine adekuat, pasien tidak merasa haus.

Intervensi:]

- 1) Pantau TTV (suhu, tekanan darah, nadi, RR).

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

- 2) Pantau nadi perifer, turgor, membran mukosa, kulit.

Rasional : untuk mengetahui terjadinya dehidrasi yang ditandai dengan nadi menurun, kulit kering, *membrane* mukosa kering, turgor hangat, CRT kembali ≥ 3 detik.

- 3) Pantau intake dan output cairan.

Rasional : untuk mengetahui keseimbangan cairan di dalam tubuh.

- 4) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi cairan.

Rasional : untuk proses kesembuhan dengan memberikan pemenuhan cairan.

2.3.3.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mengabsorpsi nutrien.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria Hasil: BB stabil (sesuai dalam IMT), nafsu makan meningkat.

Intervensi:

- 1) Lakukan penimbangan BB setiap hari.

Rasional : untuk mengetahui pemasukan makanan yang adekuat adakah penurunan atau peningkatan BB.

- 2) Pantau bunyi usus dengan auskultasi.

Rasional : untuk mengetahui adakah gangguan peristaltik usus yang ditandai peningkatan atau penurunan.

- 3) Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan.

Rasional : untuk memberikan informasi tentang nutrisi yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi.

- 4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

Rasional : untuk proses penyembuhan dan pemenuhan nutrisi yang tepat.

2.3.3.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pembuluh darah besar.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria hasil: Secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktivitas.

Intervensi:

1) Pantau lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien.

Rasional : untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami pasien.

2) Pantau skala nyeri.

Rasional : untuk mengetahui skala nyeri.

3) Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi berupa menonton tv

Rasional : teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan membuat pasien lebih tenang.

- 4) Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic*.

Rasional :untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri.

2.3.3.6Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada

gangren.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas jaringan. Kriteria hasil: Perfusi jaringan normal, tidak ada tanda – tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal.

Intervensi:

- 1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional :menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan infeksi.

- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional :kulit kotor dan basah merupakan media yang baik untuk tumbuhnya mikroorganisme.

- 3) Oleskan *lotion* atau minyak atau *baby oil* pada daerah yang tertekan.

Rasional :untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

- 4) Pertahankan linen kering.

Rasional :untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

- 5) Lakukan prosedur rawat luka aseptic.

Rasional :mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yang lebih parah.

- 6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional :untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.7Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami integritas kulit.

Kriteria hasil: Tidak ada luka/ lesi, perfusi jaringan baik, mampu

mempertahankan kelembaban kulit, integritas tetap utuh. Intervensi:

- 1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional :menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan dekubitus/infeksi.

- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional :kulit kotor dan basah merupakan media yang baik untuk tumbuhnya mikroorganisme.

- 3) Oleskan *lotion* atau minyak atau *baby oil* pada daerah yang tertekan.

Rasional :untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

- 4) Pertahankan linen kering.

Rasional :untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

- 5) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional :untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan.

Kriteria hasil: Tidak adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas normal, memelihara tekanan vena sentral.

Intervensi:

- 1) Pantau tanda – tanda vital.

Rasional :untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah sistemik yang diakibatkan oleh kelebihan cairan dalam tubuh.

- 2) Pantau lokasi dan luas edema.

Rasional :untuk mengetahui perkembangan apakah edema sudah hilang atau malah melebar.

- 3) Pertahankan catatan intake dan output cairan.

Rasional :untuk mengetahui keseimbangan cairan karena jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah pemasukan.

- 4) Batasi masukan cairan.

Rasional :untuk mengurangi penumpukan cairan yang berlebih (oedema).

- 5) Kolaborasi dalam pemberian *diuretic*.

Rasional :*diuretic* bersifat menarik cairan sehingga cairan yang berlebih akan dieksresikan.

2.3.3.9 Perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi pasien normal kembali.

Kriteria hasil: Kandung kemih kosong secara penuh, pasien dapat mengontrol BAK-nya.

Intervensi:

- 1) Monitor dan kaji karaktestik urine meliputi frekuensi, konsistensi, bau, warna dan volum.

Rasional :untuk mengetahui sejauh mana perkembangan ginjal dan untuk mengetahui normal atau tidaknya urine pasien.

- 2) Batasi pemberian cairan sesuai kebutuhan.

Rasional :untuk mengurangi pengeluaran cairan urine pada malam hari.

- 3) Catat waktu terakhir pasien eliminasi urine.

Rasional :untuk mengidentifikasi fungsi kandung kemih, dan keseimbangan cairan.

- 4) Anjurkan kepada keluarga dalam ikut mencatat output urine.

Rasional :untuk mengetahui jumlah pengeluaran urine.

2.3.3.10Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur yang sesuai dengan kebutuhan.

Kriteria hasil: Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, pola,kualitas dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.

Intervensi:

- 1) Berikan kesempatan untuk beristirahat/tidur sejenak.

Rasional :karena aktivitas fisik dan mental yang lama mengakibatkan kelelahan yang dapat meningkatkan kebingungan, aktifitas yang terprogram tanpa stimulasi berlebihan yang meningkatkan waktu.

- 2) Turunkan jumlah minum pada sore hari. Lakukan berkemih sebelum tidur.

Rasional :menurunkan kebutuhan akan bangun untuk pergi ke kamar mandi/berkemih selama malam hari.

- 3) Berikan makanan kecil sore hari, susu hangat, mandi dan *masase* punggung.

Rasional :meningkatkan relaksasi dengan perasaan mengantuk.

- 4) Putarkan musik yang lembut atau suara yang jernih.

Rasional :menurunkan stimulasi sensori dengan menghambat suara-suara lain dari lingkungan sekitar yang akan menghambat tidur nyenyak.

2.3.3.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas,

koma diabetik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan mobilitas fisik terpenuhi.

Kriteria hasil: Dapat beraktivitas secara mandiri, tidak terjadi kelemahan fisik.

Intervensi:

- 1) Pantau tingkat kelemahan.

Rasional :untuk mengetahui tingkat kelemahan pasien dan dapat memberikan terapi yang sesuai untuk melatih aktivitas pasien.

- 2) Diskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas.

Rasional :untuk berkomunikasi agar tidak terjadi salah paham dan pasien dapat kooperatif dengan petugas.

- 3) Berikan dukungan pada pasien untuk beraktivitas.

Rasional :untuk memberikan semangat pada pasien untuk beraktivitas.

- 4) Pantau tanda – tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas.

Rasional :untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi , RR, dan suhu.

- 5) Bantu pasien untuk beraktivitas yang ringan.

Rasional :untuk mengontrol aktivitas pasien agar tidak berlebih.

- 6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional :untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.12Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh. Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu.

Kriteria Hasil : Pasien dapat meningkatkan *body image* dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan *self-care*, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

- 1) Dorong ekspresi ketakutan, perasaan negatif, dan kehilangan bagian tubuhnya.

Rasional :agar membantu pasien mulai menerima kenyataan dan realitas hidup.

- 2) Kaji derajat dukungan yang ada untuk pasien.

Rasional :dukungan yang cukup dari orang yang terdekat dan teman dapat membantu proses rehabilitasi.

3) Dorong partisipasi dalam aktivitas sehari – hari.

Rasional :untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya.

4) Berikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi.

Rasional :memberikan harapan untuk pemulihan dan masa depan normal.

5) Diskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya dalam pola/peran fungsi yang biasanya.

2.3.3.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan pasien dapat percaya diri.

Kriteria hasil: Pasien tidak tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

Intervensi:

1) Bantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada.

Rasional :untuk mengurangi resiko terjadinya ansietas dan melatih untuk tetap tenang.

- 2) Beri motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.

Rasional :agar pasien tidak menutup diri atau menarik diri.

- 3) Bantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan.

Rasional :untuk memberikan dukungan pada pasien dan dapat membuat pasien lebih terbuka dengan petugas.

- 4) Diskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan.

Rasional :dukungan dari keluarga sangatlah penting dan juga dapat mempengaruhi kesehatan pasien.

- 5) Anjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

Rasional :agar pasien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi.

2.3.3.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit. Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil: Tanda – tanda vital dalam batas normal (terutama suhu $36.37.2^{\circ}\text{C}$), tidak ada pus pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, jaringan yang terluka membaik.

Intervensi:

- 1) Observasi tanda – tanda vital dalam batas normal.

Rasional :untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV (terutama suhu) menandakan adanya masalah sistemik yang diakibatkan adanya proses inflamasi.

- 2) Ajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan.

Rasional :untuk mencegah terjadinya infeksi.

- 3) Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif.

Rasional :Untuk mengetahui mencegah terkontaminasi mikroorganisme.

- 4) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian *antibiotic*.

Rasional :untuk proses kesembuhan pasien dan tidak terjadi infeksi.

2.3.3.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan tidak terjadi cedera.

Kriteria hasil: Pasien dapat memenuhi kebutuhan sendiri, pasien tidak mengalami cedera saat melakukan aktivitas. Intervensi:

1) Anjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu berhati – hati dengan lingkungan sekitar yang dapat mencedera.

Rasional :agar pasien dan keluarga dapat berhati – hati agar tidak cedera.

2) Anjurkan pasien untuk menjauh dari lantai yang licin.

Rasional :untuk mengurangi resiko terjadinya cedera.

3) Anjurkan keluarga untuk menggunakan tempat tidur yang rendah.

Rasional :untuk menghindari resiko jatuh.

4) Orientasikan pasien dengan lingkungan.

Rasional :agar pasien dapat bersosialisasi kembali dilingkungannya.

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam implementasi terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi perawat akan memantau tanda tanda vital terutama RR, mengamati frekuensi, irama nafas, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan pasien untuk teknik nafas dalam, dan berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi oksigen.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer perawat akan memantau tanda tanda vital terutama nadi, CRT, memonitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam dan tumpul, menginstruksikan keluarga untuk mengamati kulit jika ada laserasi, berkolaborasi pemberian analgetik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia perawat akan memantau TTV (suhu,nadi,RR,TD), memantau nadi perifer, turgor, membran

mukosa, kulit, memantau intake dan output cairan, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi cairan.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memantau nutrisi perawat akan melakukan penimbangan BB setiap hari, memantau bunyi usus dengan auskultasi, melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

Dalam menyelesaikan diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pada pembuluh darah besar perawat mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi berupa melakukan kegiatan yang menyenangkan seperti menonton tv, memberikan posisi *semi-fowler*, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic*.

Dalam menyelesaikan diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada gangren perawat akan memonitor kulit akan adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan *lotion* atau minyak atau *baby oil* pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka *aseptic*, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik perawat akan memonitor kulit akan adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan *lotion* atau minyak atau *baby oil* pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka *aseptic*, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium perawatan akan melakukan memantau tanda – tanda vital, memantau lokasi dan luas edema, mempertahankan catatan intake dan output cairan, membatasi masukan cairan, berkolaborasi dalam pemberian diuretic.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia perawat akan melakukan memonitor dan kaji karakteristik urine meliputi frekuensi, konsistensi, bau, warna dan volum, membatasi pemberian cairan sesuai kebutuhan, mencatat waktu terakhir pasien eliminasi urine, menganjurkan kepada keluarga dalam ikut mencatat output urine.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia, perawat akan memberikan kesempatan untuk

beristirahat/tidur sejenak, meurunkan jumlah minum pada sore hari, melakukan berkemih sebelum tidur pada pasien, memberikan makanan kecil sore hari, susu hangat mandi dan masase punggung, memutarakan musik yang lembut atau suara yang jernih.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik, perawat akan memantau tingkat kelemahan, mendiskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas, memberikan dukungan pada pasien untuk beraktivitas, memantau tanda – tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas, membantu pasien untuk beraktivitas yang ringan, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan tindakan keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh perawat akan mendorong ekspresi ketakutan, perasaan negatif, dan kehilangan bagian tubuhnya, mengkaji derajat dukungan yang ada untuk pasien mendorong partisipasi dalam aktivitas sehari – hari, memberikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi, mendiskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya dalam pola/peran fungsi yang biasanya.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren, perawat akan membantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada, memberi motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, membantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan., mendiskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan, menganjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, perawat akan memantau tanda-tanda vital dalam batas normal, mengajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan, mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian *antibiotic*.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko cidera berhubungan dengan penurunan kesadaran, perawat akan menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu berhati-hati dengan lingkungan sekitar yang dapat mencedera, menganjurkan pasien untuk menjauh dari lantai yang licin, menganjurkan keluarga untuk menggunakan tempat tidur yang rendah, mengorientasikan pasien dengan lingkungan.

2.3.5 Evaluasi

Pada diagnosa gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan pola napas efektif dengan kriteria hasil pasien tampak tenang, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, RR 16-20 x/menit, pola napas reguler, tidak ada otot bantu nafas.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi ganggaun perfusi jaringan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal terutama nadi, CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Pada diagnosa kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang dari 3 detik, haluaran urine adekuat, pasien tidak merasa haus.

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan dalam memantau nutrisi, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi

terpenuhi dengan kriteria hasil BB stabil sesuai dalam IMT, nafsu makan meningkat, Hb dalam batas normal.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pembuluh darah besar, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil penderita secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktivitas.

Pada diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas jaringan dengan kriteria hasil perfusi jaringan normal, tidak ada tanda – tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami integritas kulit dengan kriteria hasil, yaitu tidak ada luka/ lesi, perfusi jaringan baik, mampu mempertahankan kelembaban kulit, integritas tetap utuh.

Pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil, yaitu tidak adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas normal, memelihara tekanan vena sentral.

Pada diagnosa perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi pasien normal kembali dengan kriteria hasil, yaitu kandung kemih kosong secara penuh, pasien dapat mengontrol BAKnya.

Pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur yang sesuai dengan kebutuhan dengan kriteria hasil, yaitu jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, pola, kualitas dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik terpenuhi dengan kriteria hasil, yaitu dapat beraktivitas secara mandiri, tidak terjadi kelemahan fisik.

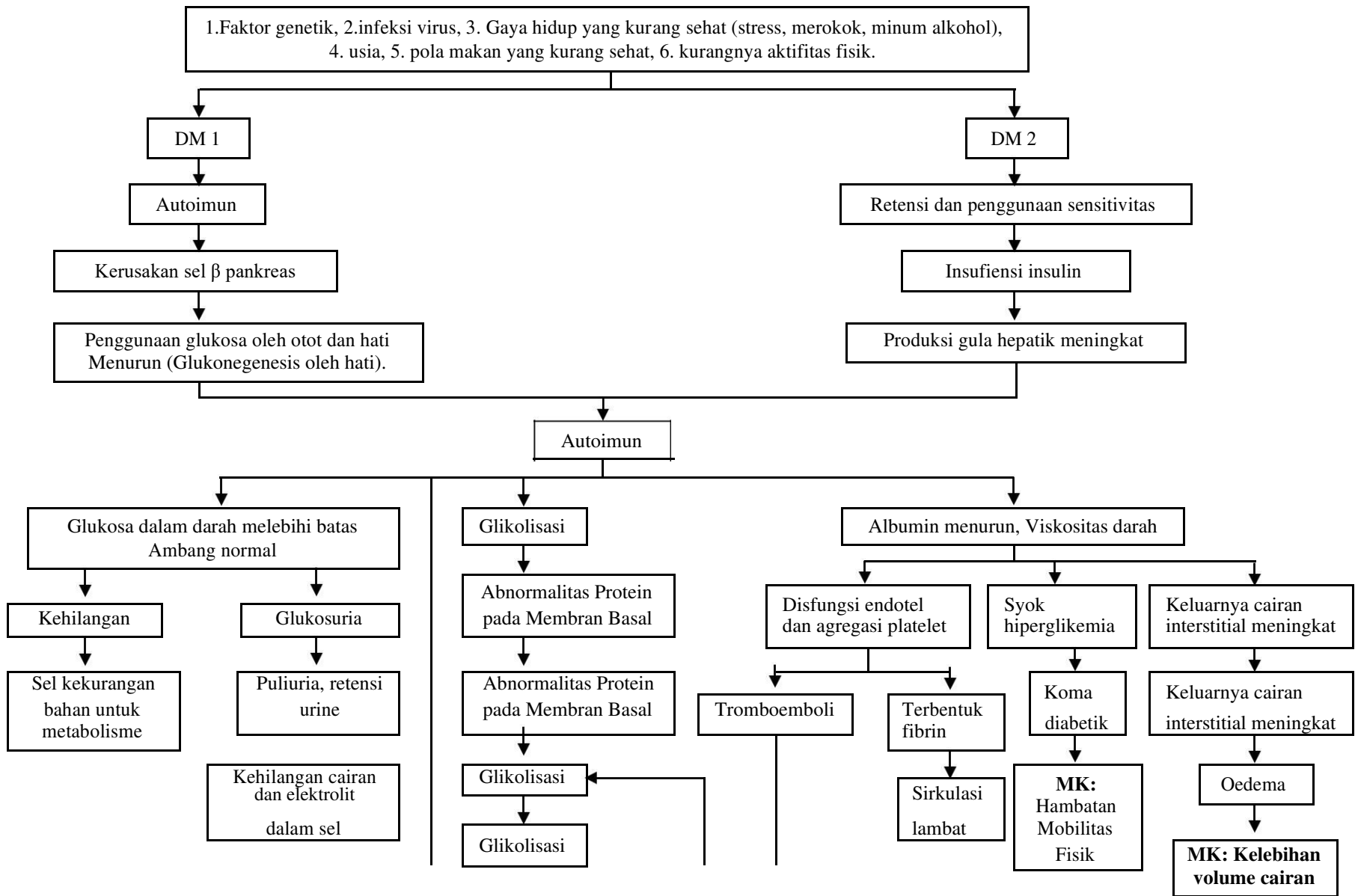
Pada diagnosa gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil, yaitu pasien dapat

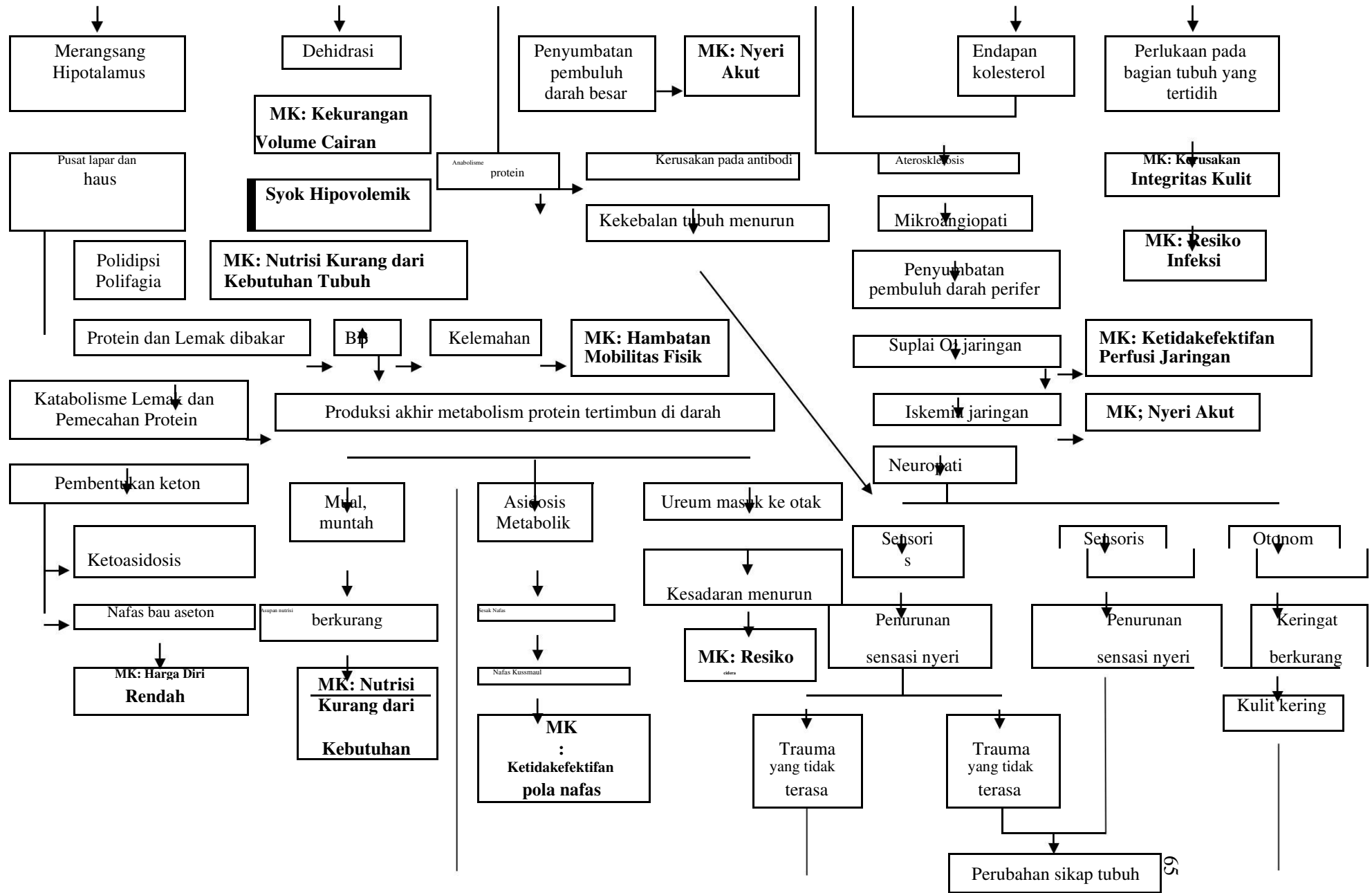
meningkatkan *body image* dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan *self-care*, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

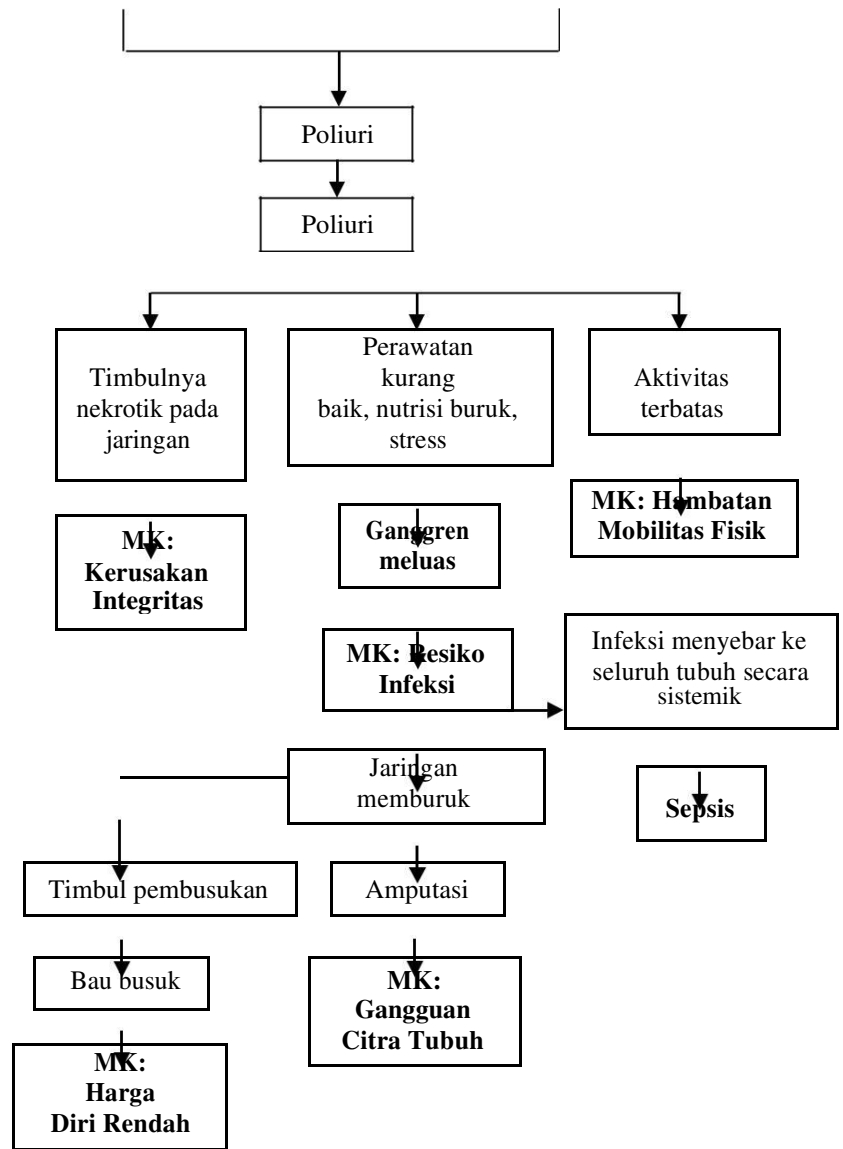
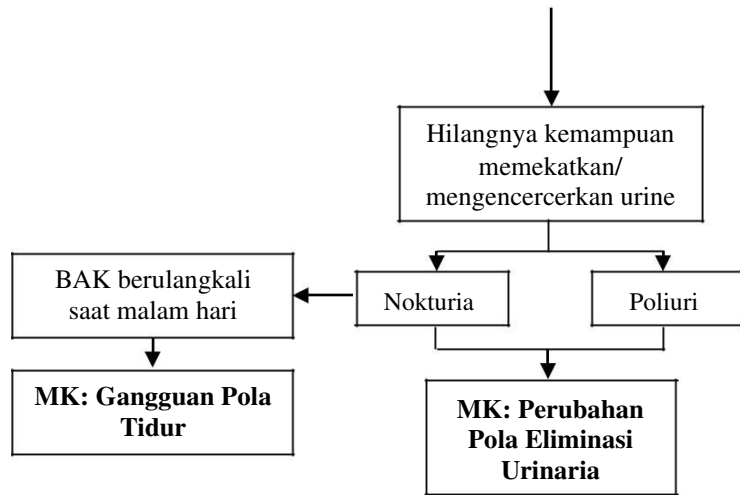
Pada diagnosa harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren setelah dilakukan tindakan keperawatan selamadi RS diharapkan pasien dapat percaya diri dengan kriteria hasil, yaitu pasien tidak tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil, yaitu tanda – tanda vital dalam batas normal, tidak ada pus pada luka.

Pada diagnosa resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan tidak terjadi cedera dengan kriteria hasil, yaitu pasien dapat memenuhi kebutuhan sendiri, pasien tidak mengalami cedera saat melakukan aktivitas.







BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnosa medis DM tipe II maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 Februari –27 Februari 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 24 Februari 2018 jam 08:00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan file register sebagai berikut.

3.1 Pengkajian

Data diambil tanggal : 24 Februari 2019

Ruang rawat/ kelas : Melati 8F

No Rekam Medis : 002765XX

Jam : 09:00 WIB

Tgl MRS : 23 Februari 2019

Diagnosa Medis : DM tipe II

3.1.1 Identitas klien dan penanggung jawab

Identitas Klien

Nama : Tn. N

Umur : 63 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. N

Umur : 38 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Suku	: Jawa	Suku	: Jawa
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTP	Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Tidak Bekerja	Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Prigen Lumbang Rejo	Alamat	: Prigen Lumbang Rejo

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

1) Keluhan Utama : Pasien mengatakan sesak nafas

2) Riwayat Penyakit Saat Ini : Keluarga pasien mengatakan pasien sesak nafas sejak tadi pagi, ngongsroh terutama saat beraktifitas setelah itu dibawa ke IGD RSUD BANGIL dan dianjurkan untuk tawat inap dan dipindahkan ke ruang bangsal Melati. Saat pengkajian pasien mengatakan sesak nafas terutama saat berjalan.

Masalah Keperawatan Intoleransi aktivitas

3.1.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

1) Penyakit yang pernah diderita

Pasien mengatakan pernah menderita DM selama 5 Tahun dan Hipertensi

2) Operasi : Pasien mengatakan tidak pernah operasi

3) Alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga :

Pasien mengatakan ibunya dan istrinya juga menderita DM

2) Lingkungan rumah dan komunitas

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pasien kurang menjaga pola makan , suka makan

sembarangan

3.1.3 Status Cairan dan Nutrisi

1) Nafsu Makan : Baik

Rumah : Nafsu makan Baik

Rumah sakit : Nafsu makan baik

2) Pola makan

3) Minum : Jenis : Air Mineral

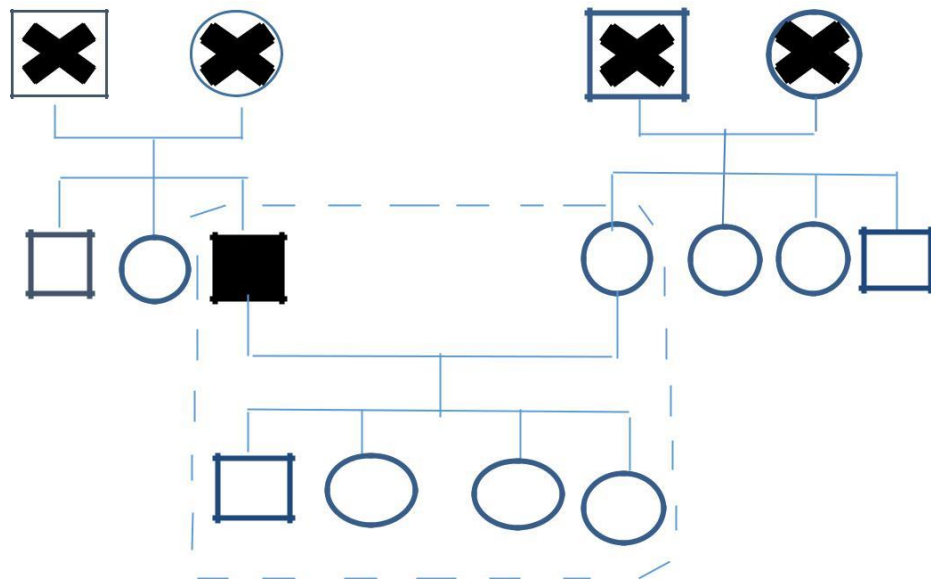
Jumlah \pm 1200ml / hari

4) Pantangan makanan makan asin dan manis

5) Menu makanan atau diet sekarang : 2100 kalori

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.4 Genogram



Keterangan :



3.1.5 Pemeriksaan Fisik

3.1.5.1 Keadaan Umum :

Pasien terbaring lemah terpasang inf. Pz 14 tpm dengan masker O2 8 lpm kesadaran Composmentis GCS 4-5-6

3.1.5.2 Tanda Vital

- 1) Tensi : 150/60mmHg.
- 2) Suhu : 36,6 celcius (Lokasi pengukuran Axilla)
- 3) Nadi : 80x/Menit (Lokasi perhitungan radialis)
- 4) Respirasi : 25x/menit

- 1) Bentuk dada : *Funnel Chest*
- 2) Susunan ruas tulang belakang : Normal
- 3) Pola nafas : tidak teratur

Jenis : Irreguler

- 4) Retraksi otot bantu nafas : Retraksi otot dada intercostae
- 5) Perkusi thoraks : Sonor
- 6) Alat bantu nafas : Pasien terpasang masker O2 8 lpm
- 7) Vokal Fremitus : Normal
- 8) Suara nafas : Vesikuler

9) Lain-Lain : pasien mengatakan ngongsroh saat beraktifitas

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas, Intoleransi aktivitas

3.1.5.4 Kardiovaskuler (B2)

1) Nyeri dada : Ada nyeri dada ,

P : nyeri dirasakan karena komplikasi dari DM

Q: Seperti ditusuk-tusuk

R: Letak nyeri pada bagian dada

S : Skala nyeri 7

T : nyeri hilang timbul terutama muncul saat beraktifitas.

2) Irama jantung : Regular

3) Pulsasi : Kuat Posisi

: Ictus Cordis

4) Bunyi jantung : S1 S2 Tunggal

5) CRT : > 2dtk

6) Sianosis : Tidak ada sianosis

7) *Clubbing Finger* : Tidak ada *clubbing finger*

8) JVP : Normal

9) Lain – Lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

3.1.5.5 Persyarafan (B3)

- 1) Kesadaran : Composmentis
- 2) Orientasi : Baik
- 3) Kejang : Tidak ada
- 4) Kaku Kuduk : Tidak ada
- 5) Brudsky : Tidak ada
- 6) Nyeri Kepala : Tidak ada
- 7) Istirahat / tidur :

8) Kelainan Nervous : Tidak ada

9) Lain-Lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.6 Genetourinaria (B4)

- 1) Bentuk alat kelamin : Normal
- 2) Libido : Kemauan : Kemampuan : Normal
- 3) Kebersihan : Cukup Bersih
- 4) Frekuensi Berkemih : $\pm 8x$ /hari, teratur

Jumlah : $\pm 1000cc/24jam$

Bau : Amoniak

Warna : Kuning

Tempat yang digunakan : DC kateter Terpasang sejak MRS Tgl 23 Feb 2019

10:00 satu hari sebelum pengkajian.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

1) Mulut : Bersih

Mukosa : Lembab

Bibir : Normal

Gigi : Cukup Bersih

Kebiasaan Gosok Gigi : Dirumah 3x/hari dirumah sakit tidak pernah hanya berkumur

2) Tenggorokan : Tidak da kesulitan menelan

3) Abdomen : Peristaltik 15x/menit

4) Kebiasaan BAB : RS = Selama di RS belum BAB

RM = 4 hari sekali

Konsistensi : -

Warna : -

Bau : -

Tempat yang digunakan : -

- 5) Masalah eliminasi alvi : Tidak ada
- 6) Pemakaian obat pencahar : Tidak ada
- 7) Lavement : Tidak ada
- 8) Lain- Lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.8 Muskuluskeletal dan integumen (B6)

- 1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) Bebas

2) Kekuatan Otot : 5

5	5
5	5

- 3) Fraktur : tidak ada
- 4) Dislokasi : tidak ada
- 5) Kulit : Elastis
- 6) Akral : Hangat
- 7) Tugor : Lembab
- 8) Kelembapan : Cukup lembab
- 9) Oedema : Tidak ada oedem
- 10) Kebersihan : Cukup bersih
- 11) Lain-Lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.9 Penginderaan

1) Mata

- (1) Pupil : Isokor
- (2) Refleks cahaya : Normal
- (3) Konjungtiva : Tidak anemis
- (4) Sklera : Tidak ikterik
- (5) Palpebra : Normal
- (6) Strabismus : Tidak ada
- (7) Ketajaman penglihatan : Normal
- (8) Alat bantu : Klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan
- (9) Lain – Lain : Tidak ada

2) Hidung : Normal, Tidak ada patah tulang hidung, tidak ada lesi.

- (1) Mukosa hidung : Lembab
- (2) Sekret : Tidak ada
- (3) Ketajaman Penciuman : Normal
- (4) Kelainan : Tidak ada

3) Telinga

- (1) Keluhan : Tidak ada

(2) Ketajaman Pendengaran : Normal

(3) Alat bantu : Tidak menggunakan alat bantu pendengaran

4) Perasa : Dapat merasakan asam, pahit, asin, manis

5) Peraba : Normal

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.10 Endokrin (B8)

3.1.1 Pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada

3.1.2 Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada

3.1.3 Pasien mengatakan sering minum, sering makan (Poliuri, poliphagi)

3.1.4 Luka gangren : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Data Psikososial

3.1.6.1 Gambaran diri/ citra diri :

1) Tanggapan tentang tubuhnya : Klien merasa bangga dengan tubuhnya

2) Bagian tubuh yang disukai : Klien menyukai bagian tubuhnya

3) Bagian tubuh yang kurang disukai : Tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai

4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh : Klien merasa sedih jika kehilangan salah satu bagian tubuhnya

3.1.6.2 Identitas

- 1) Status pasien dalam keluarga : sebagai ayah dan kakek
- 2) Kepuasan klien terhadap status dan posisi dalam keluarga : Klien merasa puas sebagai seorang ayah dan kakek
- 3) Kepuasan klien terhadap jenis kelamin : Klien merasa puas dengan gendernya

1) Tanggapan klien tentang perannya : Merasa bangga dengan peran sebagai kakek dan ayah

2) Kemampuan/ Kesanggupan klien melaksanakan perannya : Klien merasa puas

1) Harapan klien terhadap :

- (1) Tubuhnya : Klien ingin cepat sembuh
- (2) Posisi (dalam pekerjaan) : Tidak bekerja
- (3) Status (dalam keluarga) : Ayah dan kakek
- (4) Tugas pekerjaan : mendidik anak dan cucu

2) Harapan klien terhadap lingkungan :

- (1) Sekolah : Tidak tahu
- (2) Keluarga : Tetap sabar menjaga

(3) Masyarakat : Tetap menerima saat kembali kerumah

(4) Tempat/ lingkungan kerja : Tempat kembali menerima saat kembali dilingkungannya

3) Harapan klien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan : Klien berharap penyakitnya dapat segera sembuh agar dapat berkumpul bersama keluarga.

3.1.6.5 Harga diri

Tanggapan klien tentang terhadap harga dirinya : Klien merasa Bersyukur atas apa yang telah diberikan kepada dirinya.

3.1.6.6 Data Sosial

- 1) Hubungan klien dengan keluarga : sangat baik dan sangat dekat
- 2) Hubungan klien dengan klien lain : Klien sangat ramah pada klien lain
- 3) Dukungan keluarga terhadap klien : Baik, klien selalu ditunggu anaknya
- 4) Reaksi klien saat interaksi : Sangat kooperatif

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Data Spiritual

3.1.7.1 Konsep tentang penguasa kehidupan : Klien mengatakan percaya tentang adanya tuhan

3.1.7.2 Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Doa dari keluarga

3.1.7.3 Ritual Agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini : Berdoa

3.1.7.4 Sarana/peralatan/ orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual :

Sarung dan kopyah

3.1.7.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit : Klien yakin akan sembuh

3.1.7.6 Persepsi terhadap penyakit : Penyakitnya adalah cobaan dari Allah

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang

3.1.8..1 Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil laboratorium pemeriksaan darah lengkap Tn "S" Tanggal 23 Februari 2019

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
LED	69/83	mm/jam	0 / 10
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	10,11		3,70 – 10,1
Neutrofil	8,8		
Limfosit	0,6		
Monosit	0,6		
Eosinofil	0,1		
Basofil	0,1		
Neutrofil %	H 87,0	%	39,3-73,7
Limfosit %	L 5,9	%	18,0-48,3
Monosit %	5,6	%	4,40-12,7
Eosinofil %	0,6	%	0,600-7,30
Basofil %	1,0	%	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,835	^{10⁶/μL}	4,6-6,2
Hemoglobin (HGB)	14,19	g/dL	13,5-18,0
Hematokrit (HCT)	40,53	%	40-54
MCV	83,82	μm ³	81,1-96,0
MCH	29,35	pg	27,0-31,2
MCHC	35,02	g/d L	31,8-35,4
RDW	13,40	%	11,5-14,5
PLT	199	10 ³ /μL	155-366
MPV	6,780	fL	6,90-10,6
KIMIA KLINIK			
FAAL GINJAL			
BUN	H 42	mg/d L	7,8 – 20,23
Kreatinin	H 1,620	mg/d L	0,8-1,3
ELEKTROLIT			
Natrium	L 128,30	mmol/L	135-147
Kalium	L 3,25	mmol/L	3,5-5
Klorida	L 94,20	mmol/L	95-105
Klasium Ion	L 1,050	mmol/L	1,16-1,32
GULA DARAH			
Glukosa Darah			
Sewaktu	H 372	mg/dL	< 200

3.1.9 Terapi

Nama Obat	Dosis	Kegunaan
Infus Pz	1000ml/24 jam 4kolf	Pemberian cairan dalam tubuh
Injeksi antrain	3x2mg	Analgesik untuk nyeri
Lavemir	12 Iu Sc	Insulin kontrol gula
Novorapid	6 Iu Sc	Insulin kontrol gula
Po Candersantan	1x4g	Menurunkan hipertensi
Spironolactone	1x25g	Mengurangi beban jantung

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data pada Tn. S dengan diagnosa medis DM tipe II di Ruang Melati RSUD Bangil

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds : Pasien mengatakan nyeri dada</p> <p>P : nyeri dirasakan karena komplikasi dari DM</p> <p>Q: Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Letak nyeri pada bagian dada</p> <p>S : Skala nyeri 7</p> <p>T : nyeri hilang timbul terutama muncul saat beraktifitas.</p> <p>Do : - pasien tampak menyeringai - Pasien menyentuh bagian dada</p>	<p>Faktor resiko (Hipertensi, DM)</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri akut

	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - TTV = TD 140/90 mmHg <li style="padding-left: 40px;">N 88x/mnt <li style="padding-left: 40px;">RR 25x/mnt 		
2	<p>Ds : Pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>Do : - Terpasang 02 masker 8lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV = TD 140/90 mmHg <li style="padding-left: 40px;">N 88x/mnt <li style="padding-left: 40px;">RR 25x/mnt - adanya otot bantu pernafasan retraksi dada intercostae <p>Pola nafas irreguler</p>	<p>Penurunan ekspansi</p> <p>Fungsi paru inadekuat</p> <p>Gangguan pola nafas</p>	ketidakefektifan pola nafas
3	<p>Ds : Pasien mengatakan sesak nafas terutama saat beraktifitas</p> <p>Do : TD = 140/90mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> N 88x/mnt RR 25x/mnt <p>Pemeriksaan EKG, irama sinus, takikardi ST-abnormality</p> <p>Setelah Aktivitas</p> <p>TD : 150/90mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> N 90x/mnt RR 26x/mnt 	<p>Suplai darah jaringan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Metabolisme anaerob</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asidosis metabolik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ATP berkurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>Fatigue</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	Intoleransi aktivitas

3.3 Daftar Masalah Keperawatan

3.3.1 Nyeri akut

3.3.2 Ketidakefektifan pola nafas

3.3.3 Intoleransi aktivitas

3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.4.1 Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera biologis (komplikasi DM)

3.4.2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi

3.4.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis DM tipe II di Ruang Melati RSUD Bangil

No	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang / hilang</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak menyeringai 2. Skala nyeri ringan (0-3) 3. Nadi normal (60-80x/mnt) 4. Klien dapat mendemonstrasikan teknik relaksasi dan distraksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien 2. Observasi skala nyeri 3. Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui dan distraksi 4. Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami klien 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan membuat klien lebih tenang 4. Untuk proses penyembuhan klien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri
2	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas klien kembali efektif</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mengeluh sesak nafas 2. Tidak ada retraksi otot bantu 3. Tidak ada alat bantu nafas 4. RR Normal (18-22x/mnt) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi pola nafas klien 2. Atur posisi klien senyaman mungkin 3. Beri oksigen 4. Ciptakan lingkungan aman dan nyaman 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai dasar menentukan rencana tindakan selanjutnya 2. Dapat meningkatkan ekspansi paru dalam menerima oksigen sehingga mengurangi sesak 3. Mencegah iritasi yang berlebihan pada laring 4. Dapat mengurangi kepegangan sehingga pola nafas lebih baik

3	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan dapat menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi dipsnea 2. Tidak ada kelemahan berlebih 3. Tanda vital dalam rentang normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan klien untuk melakukan aktifitas normal, catat laporan kelemahan, keletihan. 2. Awasi td, nadi dan pernafasan 3. Berikan lingkungan yang tenang 4. ubah posisi pasien dengan perlahan 5. Batasi aktivitas klien dan berikan bantuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempengaruhi pilihan intervensi 2. Upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen ke jaringan 3. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh 4. Menurunkan resiko cedera 5. Membantu klien dalam memenuhi kebutuhan
---	--	--	---

3.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Tindakan Keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi permasalahan Tn. N dengan diagnosa medis DM tipe II di Ruang Melati RSUD Bangil.

No dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
1	24 Februari 2019	07:30	1. Mengobservasi nyeri yang dialami klien skala 7	
		08:00	2. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri respon pasien dapat mengikuti perintah yg d ajarkan	
2		10:00	3. Pemberian analgesic IV Injeksi antrain 1x 1 ampl	
		12:00	4. Observasi pernafasan klien pola nafas irreguler, retraksi otot bantu nafas otot dada intercostae alat bantu nafas O2 masker 8 lpm	
3		13:30	5. Melakukan ttv TD : 130/80mmHg N : 88x/mnt RR : 25x/mnt	
			6. Inj. Insulin novorapid 6unit	
			7. Membantu klien dalam memenuhi aktifitas	
1	25 Febuari 2019	07:30	1. Mengobservasi nyeri karakteristik nyeri skala 5	
			2. Memberikan posisi semifowler	

3			3. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas agar tidak kelelahan	
1		08:00	4. Melakukan injeksi analgesik IV antrain 1x1 ampl	
3		12:00	5. Melakukan ttv TD 130/80mmHg N 82x/mnt RR 25x/mnt	
2		13:00	6. Observasi pernafasan klien pola nafas irreguler, retraksi otot bantu nafas otot dada intercostae alat bantu nafas O2 masker 8 lpm	
1	26 Februari 2019	15:00	1. Pemberian analgesic IV injeksi antrain 1x1 ampl	
2		16:00	2. Mengobservasi nyeri yang dialami klien skala 3	
3			3. Observasi pernafasan klien pola nafas reguler, tidak retraksi otot bantu nafas tidak ada alat bantu nafas	
			4. Melakukan ttv TD 120/80mmHg N 82x/mnt RR 25x/mnt	

3.7 Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan perkembangan Tn. N dengan diagnosa medis DM tipe II di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
24 februari 2019	Nyeri akut	<p>S : Klien mengatakan mengatakan nyeri dada seperti ditusuk-tusuk skala 7, nyeri saat beraktifitas</p> <p>O : - pasien tampak menyeringai - Pasien menyentuh bagian dada - Keadaan umum lemah - pasien dapat melakukan tindakan relaksasi tarik nafas dalam dan distraksi secara benar - TTV = TD 130/80 mmHg N 88x/mnt RR 25x/mnt</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : 1. Observasi skala nyeri 2. Ajarkan teknik Relaksasi dan Distraksi 3. Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesik</p>	
	Gangguan pola nafas	<p>S : Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>O : RR : 24X/Mnt - tidak ada retraksi otot bantu pernafasan - Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	

	Intorelansi aktivitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya perubahan pola nafas 2. Atur posisi senyaman mungkin <p>S : Klien mengatakan lemas dan sesak nafas saat berjalan O : Klien tampak gelisah Klien tampak lemah TTV TD : 130/90 mmHg N : 85x/mnt RR : 23x/mnt A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien merubah posisi secara berkala 2. Menciptakan suasana yang aman dan nyaman 3. Mengajarkan pasien melakukan aktivitas ringan 	
25 feb 2019	Nyeri akut	<p>S : Klien mengatakan mengatakan nyeri dada seperti ditusuk-tusuk skala 5, nyeri saat beraktifitas O : - pasien tampak menyeringai - Pasien menyentuh bagian dada - Keadaan umum lemah - pasien dapat</p>	

		<p>melakukan tindakan relaksasi tarik nafas dalam dan distraksi secara benar</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV = TD <p>120/80 mmHg N 88x/mnt RR 22x/mnt</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : 1. Observasi skala nyeri</p> <p>2. Ajarkan teknik Relaksasi dan Distraksi</p> <p>3. Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesik</p>	
--	--	--	--

3.8 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan Tn. N dengan diagnosa medis DM tipe II di Ruang Melati RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
26 februari 2019	<p>Nyeri aKut</p> <p>Gangguan pola nafas</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>S : Klien mengatakan mengatakan nyeri dada berkurang</p> <p>O : - pasien tdak tampak menyeringai</p> <p>- Keadaan umum cukup</p> <p>- TTV = TD 120/80 mmHg</p> <p>N 84x/mnt</p> <p>RR 20x/mnt</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi dihentikan</p> <p>S : Klien mengatakan tiddak sesak nafas</p> <p>O : RR : 20X/Mnt</p> <p>- tidak ada retraksi otot bantu pernafasan</p> <p>- Tidak ada alat bantu pernafasan</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>S : Klien mengatakan tidak slemas lagi</p> <p>Klien mengatakan tidak kelelahan</p> <p>O : Klien tampak lebih tenang</p> <p>Klien tidak tampak</p>	

		gelisah TTV TD : 120/80 mmHg N : 85x/mnt RR : 20x/mnt A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	--

Dalam kurun waktu 25 tahun kemudian, pada tahun 2025, jumlah itu akan meningkat menjadi 300 juta orang. Data terakhir dari WHO menunjukkan justru peningkatan tertinggi jumlah pasien diabetes terdapat di negara Asia Tenggara termasuk Indonesia. Di Indonesia tahun 2010 terdapat 5 juta orang penderita diabetes dan pada tahun 2020 kemungkinan angka ini akan mencapai 8,2 juta orang. Saat ini Indonesia menduduki urutan keempat setelah china, india dan amerika. Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2008, terdapat minimal 300.000 penderita DM dari 33 juta penduduk (Tjokrowiro, 2008 ; Soegondo, 2008 ; PAPDI, 2008). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis, didapatkan data Angka kejadian untuk penderita diabetes mellitus di RSUD Bangil dari bulan Januari sampai dengan desember 2017 tercatat sebanyak 496 penderita, yang terdiri dari 116 penderita Non insulin-Dependen Diabetes mellitus, 14 penderita Unspecified Diabetes Mellitus, 2 penderita Non Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Renal Complication, 1 penderita Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication, 1 penderia Non insulin-Dependent Diabetes Mellitus, 1 penderita Unspecified Diabetes Mellitus with Renal Complication, dan 162 penderita Diabetes Mellitus with Gangrene. (Rekam medik RSUD Bangil, 2018).

Penyakit diabetes mellitus disebabkan karena gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk penyakit yang kompleks yang melibatkan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar glukosa darah meningkat dan terjadi hiperglikemi. DM pada kebutuhan awal adalah hilangnya air dan natrium yang akan mengakibatkan sering merasa haus dan peningkatan asupan air (polydipsia). Karena sel tubuh juga kehilangan bahan bakar, klien akan merasa lapar dan peningkatan asupan makan (polifagia) yang akan meningkatkan kekurangan cairan dan elektrolit yang akan menyebabkan rasa Lelah dan gangguan imunitas. (Rendy, 2012 ; kumar, 2012).

Pengendalian Diabetes melitus dan penyakit metabolik dilakukan melalui pencegahan dan penanggulangan dari faktor resiko tersebut, yaitu dengan modifikasi gaya hidup atau perubahan gaya hidup dan konsumsi obat antidiabetic. Prinsip dasar manajemen pengendalian Diabetes Melitus meliputi modifikasi gaya hidup, dengan mengubah gaya hidup yang tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat berupa peraturan makanan (diet), latihan jasmani atau latihan aktifitas fisik. Perubahan perilaku resiko meliputi berhenti merokok dan membatasi konsumsi alcohol, serta kepatuhan konsumsi obat antidiabetic. Di amerika, strategi terapi Diabetes Melitus yang efektif adalah modifikasi gaya hidup dan antidiabetik oral.

Perubahan gaya hidup menjadi pilihan pertama dalam pencegahan Diabetes Melitus, walaupun antidiabetic oral dapat mencegah Diabetes Melitus, namun efeknya tidak sebesar perubahan gaya hidup. Oleh karena itu, obat-obatan ditempatkan sebagai tambahan terhadap perubahan gaya hidup (Sari, 2015).
Peneliti sebagai seorang perawat yang mempunyai peran sebagai edukator dan memberikan *health education* kepala penderita tentang diet Diabetes Melitus, menganjurkan pasien untuk melakukan olah raga ringan, misalnya jalan kaki, bersepeda, jogging, senam dan dilakukan kurang lebih selama 30 menit, memberikan edukasi tentang tatacara mengonsumsi obat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di Ruang Melati RSUD Bangil?”

1.2.1 Tujuan Penelitian

1.2.2 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus di RSUD Bangil

1.2.3 Tujuan Khusus

1.2.3.1 Mengkaji klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.2 Merumuskan klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.5 Mengidentifikasi klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.2.3.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus di RSUD Bangil

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

1.4.1 Akademis

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus

1.4.2 Secara praktis

Tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan Diabetes Mellitus.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal

Bagian ini memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti

Bagian ini terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

1.6.2.1 Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat

penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

1.6.2.2 Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis

dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Diabetes Mellitus serta kerangka masalah.

1.6.2.3 Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,

diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.6.2.4 Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan

kenyataan yang ada di lapangan

1.6.2.5 Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pasien menderita riwayat penyakit Hipertensi. Menurut (Haryati 2014) kemungkinan adanya riwayat penyakit hipertensi.

1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Ibu pasien menderita penyakit diabetes mellitus. menurut (Trisnawati dan Soedijono, 2013) Resiko menderita diabetes mellitus bila salah satu orang tuanya menderita diabetes mellitus dari ibu sebesar 10-30%. Hal ini dikarenakan penurunan gen sewaktu dalam kandungan ibu.

Pada pemeriksaan B1 (*Breathing*) menurut Wijaya (2013) tinjauan pustaka didapatkan data pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang embutuhkan alat bantu nafas O₂, pada palpasi didapatkan data RR : ≥ 22 x/menit, vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak

ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat, Nafas bau aseton sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan pola nafas yang ditandai dengan membutuhkan bantu nafas O₂, frekuensi pernafasan meningkat, pernafasan cepat dan dalam.

Pada tinjauan Kasus muncul masalah Ketidakefektifan pola nafas yang ditandai dengan sesak nafas bentuk dada funnel chest, susunan ruas belakang normal, pola nafas tidak teratur, jenis nafas irreguler, terdapat retraksi otot bantu nafas retraksi dada, perkusi thorak sonor, menggunakan alat bantu nafas O₂ masker 8 lpm, vokal fremitus normal, suara nafas vesikuler, pada pemeriksaan B1 (*Breathing*) pada tinjauan kasus muncul masalah keperawatan Ketidakefektifan pola nafas.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.pada tinjauan pustaka didapatkan nafas bau aseton tetapi pada tinjauan kasus tidak didapatkan bau nafas aseton karena pasien tidak menderita ketoasidosis. Tetapi pada tinjauan kasus ditemukan pasien menggunakan alat bantu nafas dan otot bantu pernafasan disebabkan

karena pasien mengalami sesak akibat komplikasi dari diabetes mellitus.

Pada pemeriksaan B2 (*Blood*) menurut Wijaya (2013) tinjauan pustaka didapatkan data Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi \geq 84x/menit, irama regular, CRT dapat kembali \leq 2 detik, pulsasi kuat posisi radialis. Pada perkusi suara dullness/redup/pekak, bila terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti *gallop rhythm* ataupun murmur.

Pada tinjauan kasus didapatkan masalah keperawatan nyeri akut yang ditandai adanya nyeri dada seperti tertusuk-tusuk skala 8 hilang timbul terutama saat beraktivitas. Pada tinjauan kasus didapatkan irama jantung regular, pulsasi kuat, posisi ictus cordis, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, CRT < 2 dtk, tidak ada sianosis, tidak ada clubbing finger, JVP normal. Pada pemeriksaan fisik B2 (Blood) pada tinjauan kasus didapatkan nyeri akut.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka CRT dapat kembali dalam waktu < 2 dtk tetapi

pada tinjauan kasus CRT kembali >2dtk karena pasien mengalami pembesaran jantung *cardiomegaly* yang mengakibatkan pasien mengalami nyeri dada.

Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) menurut Wijaya (2013), didapatkan tinjauan pustaka Kesadaran bisa baik ataupun menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, tidak ada gangguan memori.

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran Composmentis, Orientasi baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, tidak ada nyeri kepala, istirahat/ tidur dirumah : Siang ± 3jam/hari, malam ±6jam/hari di RS istirahat/ tidur : siang ±2jam/hari, malam ±5jam/hari. Tidak ada kelainan nervous. Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) pada tinjauan kasus tidak ada masalah keperawatan.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka didapatkan kesemutan dan sakit kepala tetapi pada tinjauan pustaka tidak didapatkan sakit kepala dan kesemutan karena pasien tidak mengalami neuropati perifer.

Pada pemeriksaan B4 (*Bladder*) menurut Wijaya (2013) didapatkan tinjauan pustaka pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria.

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, libido kemauan kemauan kemampuan Normal, kebersihan cukup bersih, frekuensi berkemih $\pm 8x/hari$, teratur, jumlah $\pm 1000cc/24jam$, bau amoniak, warna kuning, tempat yang digunakan DC kateter, poliuria. Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) tinjauan kasus tidak ada masalah keperawatan.

Tidak ada kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Karena pada semua pasien diabetes mellitus mengalami poliuria dan terpasang DC kateter dengan bentuk alat kelamin normal.

Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) menurut Wijaya (2013) Pada tinjauan pustaka didapatkan Pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor,

kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesulitan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia, polidipsi. Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi tympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

Pada tinjauan kasus didapatkan mulut bersih, mukosa lembab, bibir normal, gigi cukup bersih, kebiasaan gosok gigi dirumah 3x sehari dirumah sakit tidak pernah hanya berkumur, tenggorokan tidak ada kesulitan menelan, abdomen peristaltik 15x/mnt kebiasaan BAB di RS : selama di RS belum BAB , dirumah 4hari sekali, konsistensi lunak, warnakuning, bau khas, tempat yang digunakan WC, tidak ada masalah eliminasi alvi tidak ada, tidak ada pemakaian obat pencahar, lavement tidak ada. Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) pada tinjauan kasus tidak ada masalah keperawatan.

Tidak ada kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pada pasien diabetes mellitus tidak ada kesulitan menelan

dan tidak ada nyeri abdomen. frekuensi BAB normal seperti kebiasaan pasien.

Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan Pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema, lokasi, ukuran, pada palpasi kelembapan kulit mungkin lembab, akral hangat, tugor kulit hangat, kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan. Pada perkusi adakah fraktur, dislokasi.

Pada tinjauan kasus didapatkan kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) bebas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5, kekuatan otot kaki kanan dan kiri , tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit elastis, akral hangat, tugor lembab, tidak ada oedema, kebersihan cukup bersih. Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) pada tinjauan kasus tidak ada masalah keperawatan.

Ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka didapatkan oedem dan luka gangren, pada tinjauan kasus pasien tidak ada oedem dan luka gangren karena pasien

sudah menderita diabetes tipe II selama 5 tahun dan mengalami komplikasi.

Pada pemeriksaan B7 (Penginderaan) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan Mata :penglihatan mata kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun, pada hidung ketajaman penciuman normal. Secret (-/+), pada telinga Bentuk normal, ketajaman pendengaran normal.

Pada tinjauan kasus didapatkan pupil isokor, refleks cahaya normal, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpebra normal, strabismus tidak ada, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan, hidung normal tidak ada patah tulang hidung, tidak ada lesi, mukosa hidung lembab, sekret tidak ada, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan fisik B7 (Penginderaan) pada tinjauan kasus tidak ada masalah keperawatan.

Ada kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka didapatkan mata penglihatan kabur dan mengalami gangguan penglihatan. Pada tinjauan kasus pasien tidak

mengalami penurunan penglihatan karena pasien tidak mengalami komplikasi pada matanya.

Pada pemeriksaan B8 (Endokrin) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan Adakah gangrene, lokasi gangren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau, terjadi polidipsi, polifagi, poliuri, terkadang terjadi penurunan atau peningkata berat badan.

Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat luka gangren, terdapat poliuri, poliphagi. Pada pemeriksaan fisik B8 (Endokrin) tidak terdapat masalah keperawatan.

Tidak ada kesenjangan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada pasien diabetes mellitus tidak semua mengalami luka gangren dan tidak terjadi penurunan atau peningkatan berat badan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa Keperawatan berdasarkan Tinjauan Pustaka

Berdasarkan tinjauan pustaka, terdapat lima belas diagnosa keperawatan, antara lain:

4.2.1.1 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

- 4.2.1.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.
- 4.2.1.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.
- 4.2.1.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorpsi nutrien.
- 4.2.1.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar.
- 4.2.1.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren.
- 4.2.1.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik.
- 4.2.1.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.
- 4.2.1.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.
- 4.2.1.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.
- 4.2.1.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik.

4.2.1.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

4.2.1.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau pada luka gangren.

4.2.1.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

4.2.1.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran

4.2.2 Diagnosa Keperawatan pada Studi Kasus

Pada studi kasus, diagnosa keperawatan yang muncul ada tiga antara lain.

4.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan faktor resiko Agen cedera biologis (Komplikasi DM)

4.2.2.2 Gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi

4.2.2.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

4.2.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan pada Studi kasus

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada pada studi kasus, maka penulis menentukan prioritas yaitu :

4.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Komplikasi DM)

4.2.3.2 Gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi

4.2.2.3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Walaupun pada tinjauan pustaka tidak didapatkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Komplikasi DM) tapi pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa nyeri akut berhubungan agen cedera biologis (Komplikasi DM). Dengan data objektif klien mengatakan nyeri pada dada seperti tertusuk-tusuk dengan skala 8 nyeri hilang timbul terutama saat beraktivitas.

Pada tinjauan pustaka didapatkan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yaitu gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi dengan data objektif klien mengeluh sesak dan terpasang oz masker 8 lpm serta adanya retraksi otot bantu dada.

Walaupun pada tinjauan pustaka tidak didapatkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tapi pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

ditandai dengan data objektif klien mengeluh sesak nafas terutama saat beraktivitas dan terdapat pembesaran jantung.

4.3 Intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteriaa hasil dengan mengacu pada tujuan, sedangkan tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian klien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku (afektif), dan keterampilan menangani masalah (psikomotor)

4.3.1 intervensi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (Komplikasi DM)

dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang / hilang dengan

Kriteria Hasil Klien tidak menyeringai, Skala nyeri ringan (0-3), Nadi normal (60-80x/mnt). Dilakukan intervensi Observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien, Observasi skala nyeri, Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara bertahan dan

distraksi yaitu dengan cara mengalihkan nyeri misalnya menonton tv atau berbicara dengan klien lain, Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesik.

4.3.2 Intervensi diagnosa keperawatan Gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas klien kembali efektif dengan Kriteria Hasil Klien tidak mengeluh sesak nafas, Tidak ada retraksi otot bantu, Tidak ada alat bantu nafas , RR Normal (18-22x/mnt). Dengan intervensi Observasi pola nafas klien, Atur posisi klien senyaman mungkin , Beri oksigen ,Ciptakan lingkungan aman dan nyaman.

4.3.3 Intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Pada intervensi tinjauan kasus intoleransi aktivitas dilakukan Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan dapat menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitasKriteria Hasil Tidak terjadi dipsnea, Tidak ada kelemahan berlebih, Tanda vital dalam rentang normal dengan intervensi Kaji kemampuan klien untuk melakukan aktifitas normal, catat laporan kelemahan,

keletihan, Awasi td, nadi dan pernafasan, Berikan lingkungan yang tenang, Ubah posisi pasien dengan perlahan , Batasi aktivitas klien dan berikan bantuan.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi

4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (Komplikasi DM)

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Mengobservasi nyeri yang dialami klien, Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi pada klien untuk mengurangi nyeri .Pemberian analgesic IV Injeksi ceftri 1x1.

4.4.2 Implementasi diagnosa keperawatan gangguan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Observasi pernafasan klien, memberikan posisi semifowler , memberikan oksigen sesuai advice dokter.

4.4.3 Implementasi diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada implementasi memantau adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, memantau adanya dispnea, membantu klien dalam memenuhi aktifitas, respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, distritmia).

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalah secara langsung.

Pada Dignosa nyeri akut pada tinjauan kasus S : Klien mengatakan mengatakan nyeri dada berkurang pasien tdak tampak menyeringai Keadaan umum cukup TTV = TD 120/80 mmHg N 84x/mnt RR 20x/mnt Masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada diagnosa gangguan polas nafas : Klien mengatakan tiddak sesak nafas RR : 20X/Mnt , tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, Tidak ada alat bantu pernafasan Masalah teratasi, intervensi dihentikan. Pada intoleransi aktivitas Klien mengatakan tidak lemas lagi Klien mengatakan tidak kelelahan Klien tampak lebih tenang Klien tidak tampak gelisah TTV TD : 120/80 mmHg, N : 85x/mnt, RR : 20x/mnt, Masalah teratasi Intervensi dihentikan. Hasil evaluasi

pada Tn. N sudah sesuai dengan harapan, dan klien KRS pulang pada tanggal 28 februari 2019. Sebelum KRS, Penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya :

- 4.5.1 Menganjurkan klien mengkonsumsi makanan dan minuman khusus untuk penderita diabetes mellitus
- 4.5.2 Membatasi aktivitas sesuai dengan kemampuan
- 4.5.3 Menganjurkan rutin untuk kontrol dirumah sakit terdekat dan mengikuti saran dokter dan menjalani pengobatan.

2x24 jam diharapkan pola nafas klien kembali efektif dengan Kriteria Hasil Klien tidak mengeluh sesak nafas, Tidak ada retraksi otot bantu, Tidak ada alat bantu nafas , RR Normal (18-22x/mnt). Dengan intervensi Observasi pola nafas klien, Atur posisi klien nyaman mungkin , Beri oksigen ,Ciptakan lingkungan aman dan nyaman.

Pada diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan faktor resiko diabetes mellitus. Klien mengalami nyeri dada seperti ditusuk-tusuk skala 8 nyeri hilang timbul terutama saat beraktivitas, wajah tampak menyeringai. Tujuan Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang / hilang dengan

Kriteria Hasil Klien tidak menyeringai, Skala nyeri ringan (0-3), Nadi normal (60-80x/mnt). Dilakukan intervensi Observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien, Observasi skala nyeri, Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara bertahan dan distraksi yaitu dengan cara mengalihkan nyeri misalnya menonton tv atau berbicara dengan klien lain, Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgesik.

Diagnosa selanjutnya yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan dilakukan Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan dapat menunjukkan peningkatan toleransi terhadap aktivitas Kriteria Hasil

Tidak terjadi dispnea, Tidak ada kelemahan berlebih, Tanda vital dalam rentang normal dengan intervensi Kaji kemampuan klien untuk melakukan aktifitas normal, catat laporan kelemahan, kelelahan, Awasi td, nadi dan pernafasan, Berikan lingkungan yang tenang, Ubah posisi pasien dengan perlahan , Batasi aktivitas klien dan berikan bantuan.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi klien KRS pada tanggal 28 Februari 2019.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien

5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya memberikan informasi tentang bahaya penyakit Diabetes Mellitus

5.2.4 pendidikan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan ilmu kesehatan.

5.2.5 kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Black. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Herbuwono. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kumar. (2012). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jakarta : EGC.
- Putra, K. W. R., Toonsiri, C., & Junprasert, S. (2015). Factors Influencing Eating Behaviors among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Sidoarjo Sub-district, East Java, Indonesia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal- วารสาร ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(2), 39-48.
- Robbins,B. (2007). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Diabetes Mellitus* Jakarta: Salemba Medika.
- RumahSakit Umum Daerah Bangil. (2018). *Data Kasus Penyakit Bulan Januari-desember Tahun 2017*. Bangil: Ranap RSUD Bangil.
- Sari.,Diana Novita. (2015). Hubungan Kepatuhan Diet dengan kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus.
- Soegondo,S.,Soewondo,P. (2008). *Penatalaksana Diabetes Maaellitus Terpadu*. FKUI Indonesia.
- Sjamsuhidajat. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Tartowo. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus*. Yogyakarta : MediAction.
- Tjokroprawiro.,Soegondo.,PAPDI. (2008). *Prevalensi Diabetes Provinsi Jawa Timur* Jakarta : Prestasi Pustaka Publisher.