

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DIABETES MELLITUS DENGAN ULKUS PEDIS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**



Oleh :

**PUTRI WULANDARI
NIM : 1601063**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.“ H ” DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DENGAN
ULKUS PEDIS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Prasyarat untu Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan (Amd.Kep) Di Akademi Keperawatan Kerta
Cendekia Sidoarjo**



Oleh :

**PUTRI WULANDARI
NIM : 1601063**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SURAT PERNYATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Putri Wulandari

NIM : 1601063

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 10 Februari 1998

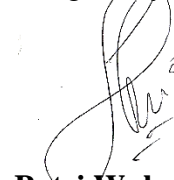
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

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

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

Sidoarjo, 21 Juni 2019

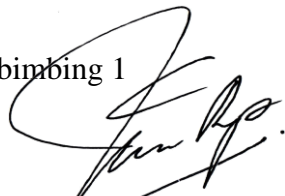
Yang Menyatakan,



Putri Wulandari

Mengetahui,

Pembimbing 1



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



Ns. Meli Diana, M. Kes
NIDN. 0724098402

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Putri Wulandari

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny."H" Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis Sinistra Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal : 21 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



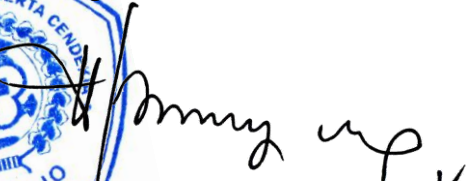
Ns. Meli Diana, M.Kes
NIDN. 0724098402

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo




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

HALAMAN PENGESAHAN


Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah pada Sidang di
Program D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 21 Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Riesmiyatiningdyah, S.Kep.Ns., M.Kes

()

Anggota : 1. Ns.Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS

()

2. Meli Diana, S.Kep. Ns., M.Kes

()

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia




Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

Kejarlah apa yang bermanfaat bagimu, dan mintalah pertolongan hanya kepada Allah. (HR. Muslim).

Dan janganlah mudah menyerah saat do'a – do'amu belum terjawab, karena Allah telah mentakdirkan dan apa yang dia kehendaki pasti akan dia lakukan.

(Al – Hadits)

“Kunci hidup bahagia adalah Jalani, Nikmati dan Syukuri”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini memerlukan bantuan dari berbagai pihak. Maka untuk itu karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahnya bagi kita semua.
2. Keluargaku tercinta ibuku serta bapak saya dan kakak saya yang selalu mendukung saya dalam penulisan karya tulis ilmiah.
3. Kepada dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS dan Meli Diana, S.Kep. Ns., M.Kes Yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang sangat bermanfaat bagiku.
4. Sahabatku sahabatku seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu terima kasih atas gelak tawa dan solidaritas yang luar biasa sehingga membuat hari-hari semasa kuliah lebih berarti. Semoga tak ada lagi duka nestapa di dada suka dan bahagia juga tawa dan canda.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, serta hidayah-nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Ny.”H” dengan diagnosa medis Diabetes Militus dengan Ulkus Pedis Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan Akademik di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

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

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahnya bagi kita semua.
2. Orang Tua tercinta yang selalu mendukung saya dalam penulisan karya tulis ilmiah.
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 yang penuh perhatian telah meluangkan kesempatan dalam memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis dalam menyesuaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Meli Diana, S.Kep. Ns., M.Kes, selaku pembimbing 2 yang dengan penuh perhatian telah meluangkan kesempatan dalam memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Pihak- pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak bisa disebut satu persatu.

Penulis karya tulis ilmiah ini yang belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenaan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnanaan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 21 Juni 2018

Penulis

Putri Wulandari
NIM. 1601063

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Halaman Judul.....	ii
Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan.....	v
Motto.....	vi
Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar isi.....	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Masalah	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Tehnik pengumpulan data.....	7
1.5.3 Sumber data	7
1.5.4 Studi pustaka	8
1.6 Sistematika penulisan.....	8

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Konpsep Dasar Diabetes Melitus.....	11
2.1.1 Pengertian.....	12
2.1.2 Klasifikasi.....	14
2.1.3 Etiologi.....	15
2.1.4 Manifestasi Klinis	17
2.1.5 Pathofisiologi.....	18
2.1.6 Komplikasi	21
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	23
2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.2.1 Pengkajian	27
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	31
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	45
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	48
2.3 <i>Pathway</i>	54

BAB 3 TINJAUAN KASUS	57
3.1 Pengkajian	57
3.1.1 Identitas	57
3.1.2 Riwayat Keperawatan.....	58
3.1.2.1 Keluhan Utama	58
3.1.2.2 Riwayat Penyakit Saat Ini.....	58
3.1.2.3 Riwayat Penyakit Yang Lalu.....	58
3.1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga.....	59
3.1.2.5 Pengkajian Keluarga	59
3.1.2.6 Status Cairan dan Nutrisi	59
3.1.2.7 Pemeriksaan Fisik	60
3.2 Analisa Data	72
3.3 Prioritas Masalah	74
3.4 Rencana Tindakan Keperawatan.....	74
3.5 Implementasi Keperawatan	80
3.6 Catatan Perkembangan.....	84
3.7 Evaluasi	89
BAB 4 PEMBAHASAN	90
4.1 Pengkajian	90
4.2 Diagnosa Keperawatan	96
4.3 Intervensi.....	99
4.4 Implementasi.....	100
4.5 Evaluasi	102
Bab 5 Penutup	104
5.1 Simpulan	104
5.2 Saran	106
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN	108

DAFTAR TABEL

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Tabel 2.1	Kadar Glukosa Darah Sewaktu Dan Puasa Sebagai Patokan Penyaring Dan Penegakkan Diagnosis Diabetes Mellitus	22
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium Pemeriksaan Darah Lengkap Ny. “H” Tanggal 21 Feberuari 2019	65
Tabel 3.2	Analisa Data Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis.....	68
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis	70
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis	74
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis	78
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis.....	81

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul gambar	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Masalah Pada Ny.” H”dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis	54

DAFTAR LAMPIRAN

No.Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	: Surat Ijin pengambilan Studi Kasus	98
Lampiran 2	: Lembar Konsul	99

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan tingginya kadar glikosa darah (*hyperglikemia*) sebagai akibat dari kekurangan sekresi insulin, gangguan aktivitas insulin atau keduanya (*American Diabetes Association (ADA)*, dalam Smeltzer, et al.2008). Masyarakat banyak beranggapan bahwa DM terjadi hanya karena minum air gula saja. Bila tidak mengonsumsi gula, ia tidak mungkin terkena diabetes. Dan kalau kadar gula darahnya tinggi, otomatis akan normal lagi. Mereka hanya menganggap biasa dan remeh akan penyakit tersebut. Itu yang menyebabkan beberapa pasien yang datang ke rumah sakit dengan adanya beberapa komplikasi dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat yang menyebabkan komplikasi. bila insulin yang dihasilkan tidak cukup untuk mempertahankan gula darah dalam batas normal atau jika sel tubuh tidak mampu berespon dengan tepat sehingga akan muncul keluhan komplikasi DM berupa poliuria, polidipsi, polifagia, penurunan berat badan, kelemahan, kesemutan, pandangan kabur dan disfungsi ereksi pada laki-laki dan pruritus vulvae ada wanita (Soegondo, Soewondo & Subekti 2009).

Pada tahun 2012, dikatakan prevalensi angka kejadian diabetes melitus didunia adalah sebanyak 371 juta jiwa (IDF, 2013), dimana proporsi kejadian diabetes melitus tie 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes melitus dan hanya 5% dari jumlah tersebut menderita diabetes melitus tipe 1 (CDC, 2012). Prevalensi diabetes di Asia Tenggara sebanyak 46 juta jiwa dan

diperkirakan meningkat hingga 119 juta jiwa. Penyakit diabetes melitus ini sebagai penyebab utama penyakit jantung dan stroke, serta menjadi penyebab utama kematian ketujuh di Amerika Serikat (National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC), 2011). Di Indonesia jumlah pasien DM mengalami kenaikan, dari 8,4 juta jiwa ada tahun 2000 dan diperkirakan menjadi sekitar 21,3 juta jiwa ada tahun 2020. Tingginya angka kesakitan itu menjadikan Indonesian menempati urutan keempat dunia setelah Amerika Serikat, India dan China (Wild et al, 2004). Laporan dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan (RISKESDAS) tahun 2013 menyebutkan terjadi peningkatan prevalensi pada penderita diabetes melitus yang diperoleh berdasarkan wawancara yaitu 1,1% ada tahun 2007 menjadi 1,5% pada tahun 2013 sedangkan prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter atau gejala pada tahun 2013 sebesar 2,1% dengan prevalensi terdiagnosis dokter tertinggi pada daerah Sulawesi Tengah (3,7%) dan paling rendah pada daerah Jawa Barat (0,5%). Diabetes melitus dapat menyerang warga warga seluruh lapisan umur dan status sosial ekonomi. Menurut laporan Riskesdas tahun 2013, Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu wilayah di Indonesia dengan prevalensi penderita DM sebesar 2,1% (RISKESDAS 2013). Penyakit Diabetes melitus dapat menyerang siapa saja, baik laki – laki maupun wanita, mempunyai kesempatan yang sama. Namun wanita lebih berisiko untuk terkena penyakit diabetes melitus karena secara fisik wanita lebih berpeluang peningkatan indeks masa tubuh (IMT) yang lebih besar (Irawan, 2010). Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Sidoarjo bulan Januari sampai Agustus 2016 jumlah kasus diabetes melitus dengan koma 77 kasus, diabetes melitus

dengan ketoasidosis 36 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi renal 304 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi oftalmik 2 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi neurologi 18 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi sirkulasi perifer 148, diabetes melitus dengan komplikasi spesifik lainnya 95 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi multiel 154 kasus, diabetes melitus dengan komplikasi tidak spesifik 43 kasus, diabetes melitus tanpa komplikasi 399 dengan 1276 dari total jumlah penderita diabetes melitus dari Januari sampai Agustus 2016 (Rekam medik RSUD Sidoarjo 2016). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis didapatkan data bahwa penderita diabetes mellitus di RSUD Bangil Pasuruan dari bulan Januari sampai dengan Desember 2017 sebanyak 496 penderita, yang terdiri dari 116 penderita *non insulin dependen diabetes mellitus*, 14 penderita *unspecified diabetes mellitus*, 2 penderita *non insulin dependen diabetes mellitus with renal complication*, 1 penderita *insulin dependen diabetes mellitus with neurological complication*, 1 penderita *non insulin dependen diabetes mellitus*, 1 penderita *other specified diabetes mellitus*, 1 penderita *unspecified diabetes mellitus with renal complication*, dan 162 penderita *diabetes mellitus with gangrene*. (Rekam Medis RSUD Bangil, 2018)

Diabetes tipe 1 disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor genetik, faktor genetik ini yang menyebabkan kemungkinan besar untuk menderita diabetes, kemudian faktor yang lain seperti olahraga yang kurang, faktor makanan yang tidak sehat, faktor BB (obesitas), dan faktor merokok. Komplikasi yang bisa terjadi pada penderita Diabetes Melitus yaitu fungsi sistem kardiovaskular tubuh yang kurang lancar atau terganggu. Tingginya kadar gula

dalam darah bisa merusak pembuluh darah melalui penyumbatan arteri atau biasa disebut aterosklerospis (Irawan, 2017). Meski komplikasi Diabetes Melitus sangat mungkin terjadi tapi dapat dicegah dengan cara menganjurkan untuk menjaga kadar glukosa dalam darah, tekanan darah, dan kadar lemak dalam darah. Dengan Tekanan darah normal dapat mencegah kerusakan pada mata, ginjal dan sistem kardiovaskuler. Periksa tekanan darah teratur, kontrol kolesterol dan tekanan gula darah selalu normal atau mendekati normal. Hal ini untuk mencegah penyakit jantung, masalah utama pada penderita diabetes. Selanjutnya, penderita diabetes tipe 1 mempunyai kadar gula darah yang tinggi, produk sisa pemecahan lemak dan protein dalam aliran darah dan urinya mengalami gejala-gejala khas. (Dinno Baskoro, 2016). Pada penderita Diabetes juga dapat mencegahnya dengan menjaga pola makan, aktifitas fisik seperti olahraga, menghindari merokok dan minuman beralkohol, mengkonsumsi obat atas saran dokter, dan melakukan monitoring gula darah sesering mungkin.

Konsep solusi untuk pengelolaan diabetes melitus salah satunya bisa dimulai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani selama beberapa waktu (2-4 minggu). Apabila kadar glukosa belum mencapai sasaran, dilakukan intervensi farmakologis dengan pemberian obat hypoglikemik oral (OHO) atau suntikan insulin. Pada keadaan tertentu OHO saat segera diberikan sesuai indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, stress berat, BB yang menurun cepat, insulin dapat segera diberikan. Pada kedua keadaan tersebut perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya hipoglikemia. Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri setelah mendapat elatihan khusus (Yuli, 2010).Peneliti sebagai seorang perawat yang

mempunyai peran sebagai edukator akan memberikan *Health Education* kepada sang penderita Diabetes Militus yang terkait dengan diet Diabetes Militus, aktivitas fisik seperti olahraga yang teratur seperti jogging, senam, renang, bersepeda yang dilakukan kurang lebih selama 30 menitan, serta memberikan edukasi tentang tata cara 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 pada klien Diabetes Melitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Diabetes Melitus dengan Ulkus Pedis di Ruang RSUD Bangil Pasuruan?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Diabetes Melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD BANGIL PASURUAN.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengakaji klien dengan Diabetes Melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.H dengan Diabetes Melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan diabetes melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD BANGIL PASURUAN.

1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan Diabetes melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Mengevaluasi Ny.H dengan diagnosa Diabetes melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan Ny.H dengan Diabetes Melitus Dengan Ulkus Pedis di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Manfaat Penelitian

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

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Diabetes melitus.

1.4.2 Secara praktis, tugas proposal ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus dengan baik.

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 Diabetes Melitus.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagian tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus.

1.5 Metode Penelitian

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. Tehnik 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 menegakan diagnose 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 orangterdekat 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 dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

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

Bab 1 : pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penulis, sistematika penulisan studi kasus.

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

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

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

Bab 5 : Penutup, berisi tentang sipulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

1.6.4 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar diabetes melitus dan asuhan keperawatan pada klien diabetes melitus. Konsep dasar diabetes melitus akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada diabetes melitus dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Diabetes Melitus (DM) adalah kelainan metabolik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kurangnya insulin atau ketidakmampuan tubuh untuk memanfaatkan insulin (Insulin resistance), dengan simtoma berupa hiperglikemia kronis dan gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak (WHO, 1999). Akibat dari ketidak seimbangan antara ketersediaan insulin dengan kebutuhan insulin. Gangguan tersebut dapat berupa defisiensi insulin absolut, gangguan pengeluaran insulin oleh sel beta pankreas, ketidakadekutan atau kerusakan pada reseptor insulin, produksi insulin yang tidak aktif dan kerusakan insulin sebelum bekerja (Soegondo, Soewondo & Subekti).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus dalam buku seputar Diabetes Melitus tahun (2012), dijelaskan bahwa klasifikasi Diabetes Melitus adalah sebagai berikut :

2.1.2.1 Diabetes Melitus tergantung insulin (IDDM)

Diabetes tipe 1 adalah diabetes yg hampir selalu disebabkan oleh defisiensi insulin. Defisiensi ini terjadi akibat sistem imun yang secara salah menyerang atau merusak sel-sel pembentuk insulin dalam pankreas. Untuk fungsi tubuh yang lancar, adalah penting agar insulin selalu tersedia dalam aliran darah dan jaringan tubuh sepanjang waktu, tidak hanya tersedia setelah kita makan. Insulin penting untuk mempertahankan struktur jaringan tubuh kita dan mencegah pemecahan jaringan secara tak terkontrol. Tanpa adanya insulin, jaringan tubuh kita mencair begitu saja menjadi bentuk sederhana yang keluar dari tubuh kita ketika kita berkemih. Selanjutnya, penderita diabetes tipe 1 mempunyai kadar gula darah yang tinggi, produk sisa pemecahan lemak dan protein dalam aliran darah dan urinya dan mengalami gejala-gejala khas.

2.1.2.2 Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (NIDDM)

Adalah akibat kombinasi antara jaringan tubuh kita yang mengalami resistansi terhadap aksi insulin dan ketidak mampuan pankreas untuk menghasilkan cukup insulin ekstra untuk mengatasi kondisi tersebut. Meskipun yang disebutkan terakhir ini sering dilihat sebagai kegagalan pankreas, tetapi dalam pandangan saksama tidaklah benar. Hanya dimulai ketika gaya hidup dan lingkungan telah menyebabkan banyak dari kita untuk mengalami resistansi insulin, sehingga kapasitas penghasil insulin tidak dapat dikompensasi.

2.1.2.3 Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah diabetes yang terjadi saat kehamilan dan biasanya hanya berlangsung hingga proses melahirkan. Hal ini karena penting gunanya dimana zat gizi yang diserap dari makanan ibu hamil untuk disalurkan pertama-tama ke janin yang sedang berkembang. Berkembangnya resistansi

insulin maternal pada pertengahan kedua masa kehamilan, memastikan zat gizi ini terlebih dahulu ke janin yang sedang berkembang. Sebagai alasan untuk berkembangnya resistensi insulin maternal adalah bahwa plasenta menghasilkan substansi yang mengarah pada resistansi insulin dan sejalan dengan tumbuhnya plasenta. Wanita hamil yang sehat mungkin lebih cenderung mengalami resistensi insulin dibanding dengan wanita hamil penderita diabetes tipe 2, namun hampir sebagian besar (95%) kebalikan dari wanita hamil yang sehat tidak mengalami diabetes pada situasi ini, karena pankreas mampu menghasilkan insulin yang cukup untuk mengatasi resistensi insulin dan menjaga kadar gula darah normal. Resiko untuk mengalami DM tipe 2 ini lebih tinggi terjadi pada wanita yang telah mengalami diabetes yang terdiagnosis saat masa kehamilan. GDM memberikan kesempatan unik untuk meneliti riwayat ilmiah diabetes tipe 2 pada tahun-tahun sebelum permulaan penyakit pada wanita bersangkutan, karena GDM hilang dengan sangat cepat, sering dalam beberapa jam setelah bayi dilahirkan, dan kambuh kembali dimasa tua sebagai diabetes tipe 2. Jika tidak diobati dapat membahayakan baik ibu maupun bayinya terutama sekali pada saat atau segera setelah melahirkan.

2.1.2.4 Diabetes Melitus tipe lain

Merupakan gangguan endokrin yang menimbulkan hiperglikemia akibat peningkatan produksi glukosa hati atau penurunan penggunaan glukosa oleh sel (Port, 2007). Sebelumnya, dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali atau *syndrom chusing*, karena

zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

2.1.3 Etiologi

Etiologi dari Diabetes Melitus sampai saat ini masih belum diketahui dengan pasti dari studi-studi eksperimental dan klinis kita mengetahui bahwa Diabetes Melitus adalah merupakan suatu sindrom yang menyebabkan kelainan yang berbeda-beda dengan lebih dari satu penyebab yang mendasarinya yaitu antara lain : faktor genetik, faktor non genetik (infeksi, stres, hormonal, nutrisi).

2.1.3.1 Diabetes Melitus tipe 1

Adalah Diabetes yang hampir selalu disebabkan oleh defisiensi insulin. Defisiensi ini terjadi akibat sistem imun yang secara salah menyerang atau merusak sel-sel pembentuk insulin dalam pankreas. Sistem tubuh yang melindungi tubuh dari benda-benda, sel-sel, dan jaringan asing. Sistem imun tersebut mencakup antara lain timus, limpa, kelenjar limfa, limfosit, sel-sel B, sel-sel T dan antibody. Untuk fungsi tubuh yang lancar, adalah penting agar insulin selalu tersedia dalam aliran darah dan jaringan tubuh sepanjang waktu, tidak hanya tersedia hanya setelah kita makan. Insulin penting untuk mempertahankan struktur jaringan tubuh kita dan mencegah pemecahan jaringan secara takterkontrol. Tanpa adanya insulin, jaringan tubuh kita mencair begitu saja menjadi bentuk sederhana yang akan keluar dari tubuh kita ketika kita berkemih. Selanjutnya, penderita DM tipe 1 mempunyai kadar gula yang tinggi, produk sisa pemecahan lemak dan protein dalam darah serta urinya mengalami gejala-gejala khas.

Faktor - faktor resiko DM Yang ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh :

- 1) Faktor Genetik : Riwayat keluarga dengan DM tipe 2, akan mempunyai peluang menderita DM sebesar 15% dan resiko mengalami intoleransi glukosa yaitu ketidakmampuan dalam metabolisme karbohidrat secara normal sebesar 30%. (Lemone & Burke, 2008)
- 2) Faktor imunologi : Pada diabetes tipe 1 terdapat bukti adanya suatu proses autoimun. Respon ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah – olah sebagai jaringan asing.
- 3) Faktor lingkungan : Infeksi virus misalnya *Coxsackie B4*, Gondongan (*mumps*), *rubella*, *sitomegalovirus* dan toksin tertentu misalnya golongan nitrosamin yang terdapat pada daging yang diawetkan dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta pankreas.

2.1.3.2 Diabetes Tipe 2

Adalah DM yang disebabkan oleh kombinasi dari jaringan tubuh yang mengalami resistensi terhadap aksi insulin dan ketidakmampuan pankreas untuk membentuk ekstra insulin yang cukup untuk mengatasi hal tersebut. Yang dimulai ketika gaya hidup dan lingkungan telah menyebabkan banyak dari kita untuk mengalami resistensi insulin, sehingga kapasitas penghasil insulin tidak dapat dikompensasi. Sebenarnya, ketidakmampuan untuk mengkompensasi ini terjadi akibat kita memaksakan beban berlebihan terhadap kemampuan pembentukan

insulin yang sudah menurun tersebut. Benar adanya, bahkan bagi mereka yang mempunyai kecenderungan keturunan untuk mengalami resistensi insulin.

Selain itu ada faktor – faktor tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya DM type 2 yaitu :

- 1) Faktor Usia : Resistensi insulin cenderung terjadi pada usia diatas 65 tahun. Meningkatnya usia merupakan suatu resiko yang menyebabkan fungsi pankreas menjadi menurun sehingga produksi insulin oleh sel beta pankreas juga ikut terganggu.
- 2) Faktor Obesitas : Riset melaporkan bahwa obesitas merupakan suatu faktor determinan yang menyebabkan terjadinya NIDDM, sekitar 80% klien NIDDM adalah individu dengan masalah kegemukan atau obesitas.
- 3) Faktor Riwayat Keluarga : Klien dengan riwayat keluarga menderita DM akan berisiko lebih besar. Faktor keturunan atau genetik punya kontribusi yang tidak bisa diremehkan untuk seorang terserang penyakit diabetes. Yang bisa dilakukan agar terhindar adalah memperbaiki pola hidup, dan pola makan.
- 4) Kelompok Etnik : Misalnya, penduduk Amerika Serikat, dimana dimana golongan hispanik serta penduduk asli tertentu memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk terjadinya diabetes type 2 dibandingkan dengan golongan Afro-Afrika.

2.1.4 Manifestasi Klinik

Gejala yang lazim terjadi pada Diabetes Melitus sebagai berikut :

2.1.4.1 Poliuri (banyak kencing)

Disebabkan oleh kadar gula darah meningkat sampai melampaui daya serap ginjal terhadap glukosa sehingga terjadi osmotik diuresis yang mana gula banyak menarik cairan dan elektrolit sehingga penderita banyak mengeluh kencing.

2.1.4.2 Polidipsi (banyak minum)

Disebabkan karena ada pembakaran terlalu banyak dan kehilangan cairan banyak karena poliuri, sehingga untuk mengimbangi penderita lebih banyak minum.

2.1.4.3 Polifagi (banyak makan)

Disebabkan karena glukosa tidak sampai ke sel-sel mengalami starvasi (lapar).

2.1.4.4 Berat badan menurun, lemas, lekas lelah, tenaga kurang. Disebabkan kehabisan glikogen yang telah dilebur jadi glukosa, maka tubuh berusaha mendapat pelepasan zat dari bagian tubuh yang lain yaitu lemak dan protein.

2.1.4.5 Mata kabur, disebabkan oleh gangguan lintas polibi (glukosa-sorbitol-fruktasi) yang disebabkan karena insufisiensi insulin. Akibat terdapat penimbunan sorbitol dari lensa, sehingga menyebabkan pembentukan katarak.

2.1.5 Patofisiologi

Pankreas yang disebut kelenjar ludah perut, adalah kelenjar penghasil insulin yang terletak di belakang lambung. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau Langerhans yang berisi sel beta yang mengeluarkan hormone insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Insulin yang dikeluarkan sel beta dapat diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu glukosa kedalam sel, untuk kemudian didalam sel glukosa tersebut dimetaboliskan menjadi tenaga. Bila insulin

tidak ada, maka glukosa dalam darah tidak dapat masuk kedalam sel akibat kadar glukosa dalam darah tidak dapat masuk kedalam sel dengan akibat kadar glukosa dalam darah meningkat. Keadaan inilah yang terjadi pada DM tipe 1.

Pada keadaan DM tipe 2 jumlah insulin bisa normal, bahkan lebih banyak, tetapi jumlah reseptor (penangkap) insulin di permukaan sel kurang. Reseptor insulin ini dapat diibaratkan sebagai kunci pintu masuk kedalam sel. Pada keadaan DM tipe 2 jumlah lubang kuncinya kurang, sehingga meskipun anak kuncinya (insulin) banyak tetapi jika lubang kuncinya (reseptor) kurang maka glukosa yang masuk kedalam sel sedikit, sehingga sel kekurangan bahan bakar (glukosa) dan kadar glukosa dalam darah meningkat. Dengan demikian keadaan ini sama dengan keadaan DM tipe 1. Bedanya adalah DM tipe 2 disamping kadar glukosa tinggi, kadar insulin juga tinggi atau normal. Pada DM tipe 2 juga bisa ditemukan jumlah insulin cukup atau lebih tetapi kualitasnya kurang baik, sehingga gagal membawa glukosa masuk kedalam sel. Disamping penyebab diatas, DM juga bisa terjadi akibat gangguan transpot glukosa didalam sel sehingga gagal digunakan sebagai bahan bakar untuk metabolisme energi.

2.1.6 Komplikasi Diabetes Melitus

2.1.6.1 Komplikasi Akut

1) Hiplogikemia, Merupakan keadaan dimana kadar gula darah abnormal yang rendah yaitu dibawah 50 hingga 60 mg/dl (2,7 hingga 3,3 mmol/L) (Smeltzer & Bare 2002).

(1) Derajat Ringan dengan gejala : Simtomatik dapat diatasi sendiri tidak ada gangguan aktivitas sehari-hari yang nyata, Pelimpahan adrenalin

kedalam darah menyebabkan gejala seperti (tremor, takikardia, palpitasi, kegelisahan, dan rasa lapar).

(2) Derajat Sedang dengan gejala : Simtomatik dapat diatasi sendiri menimbulkan gangguan kativitas sehari-hari yang nyata, Sel-sel otak tidak mrmperoleh cukup bahan bakar untuk bekerja dengan baik, Gangguan fungsi pada sistem saraf pusat seperti (tidak mampu konsentrasi, sakit kepala, pati rasa daerah bibir serta lidah, gerakan tidak terkoordinasi, perubahan emosional).

(1)) Mengikuti pola makan, penyuntikan insulin dan latihan yang teratur.

(2))Makan camilan antara jam-jam makan dn pada saat akan tidur malam untuk melawan efek insulin yang maksimal.

(3))Bila makan tertunda, makanlah buah atau sari buah terlebih dahulu.

(4))Segera memeriksa kadar gula darah jika curiga adanya hipoglikemia.

(5))Ketoasidosis Diabetik

KAD adalah keadaan dekompensasi kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis dan ketosis, terutama disebabkan oleh defisiensi insulin absolut atau relatif.

Penyebab KAD adalah : Insulin tidak diberikan atau diberikan dengan dosis yang dikurangip, Keadaan sakit atau infeksi, Manifestasi pertama pada penyakit diabetes yang tidak terdiagnosis dan tidak diobati, sindrom hiperglikemik hierosmolar nonketonik (HHNK). Perjalanan HHNK ini sendiri berlangsung dalam waktu beberapa hari hingga beberapa minggu pada pasien DM tipe 2 yang mengalami absolut defisiensi insulin namun relatif defisiensi insulin, dengan gejala klinis :

Pasien mengalami hipotensi, dehidrasi berat yang ditunjukkan dengan membran mukosa kering, turgor kulit tidak elastis, mata cekung, (ekstremitas dingin), takikardia (denyut nadi cepat dan lemah), distensi abdomen akibat gastroparesis, peningkatan suhu tubuh yang tidak terlalu tinggi.

2.1.6.2 Komplikasi Kronis

1) Komplikasi Makrofaskuler

Penyakit arteri koroner : Proses terjadinya penyakit jantung koroner pada penderita DM disebabkan oleh kontrol glukosa darah yang buruk dalam waktu yang lama yang disertai dengan hipertensi, resistensi insulin, hiperinsulinemia, hiperamilinemia, dislipidemia, gangguan sistem koagulasi dan hiperhomosisteinemia.

Penyakit Serebrovaskuler : Memiliki kesamaan dengan pasien non DM, namun pasien DM memiliki kemungkinan 2 kali lipat mengalami penyakit kardiovaskular. Gejala penyakit serebrovaskuler memiliki kemiripan dengan gejala hipoglikemia seperti pusing, vertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.

Penyakit Vaskuler Perifer : Pasien DM beresiko mengalami penyakit oklusif arteri perifer hingga 3 kali lipat dibandingkan pasien non DM. Hal ini disebabkan pasien DM cenderung mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah. Penyakit arteri oklusif yang parah pada ekstremitas bawah merupakan penyebab umum terjadinya ganggren yang dapat berakibat amputasi pada pasien DM.

2) Komplikasi Mikrofaskuler

Retinopati Diabetik : Keadaan hiperglikemia yang berlangsung lama merupakan faktor resiko utama terjadinya retinopati diabetik, yaitu pembentukan mikroaneurisma, peningkatan pembuluh darah, penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan iskemia retina mata, prolifperasi pembuluh darah baru (neovaskuler) dan jaringan fibrosa di retina, kontraksi dari jaringan fibrosis kapiler dan jaringan vitreus.

Nefropati : Merupakan sindrom klinis pada pasien DM yang ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/24 jam) pada minimal dua kali pemeriksaan dalam waktu 3 hingga 6 bulan.

Neuropati Diabetes (ND) : Merupakan salah satu komplikasi kronis paling sering ditemukan pada DM. Resiko yang dihadapi pasien DM dengan neuropati diabetek antara lain ialah infeksi berulang, ulkus yang tidak sembuh-sembuh, dan amputasi jari kaki. Kondisi inilah yang menyebabkan bertambahnya angka kesakitan dan kematian, yang berakibat pada meningkatnya biaya pengobatan pasien DM dengan neuropati diabetik (Subekti, 2009).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

2.1.7.1 Kadar Glukosa darah

Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa dengan metode enzimatis sebagai patokan penyaring, sebagai dicontohkan oleh tabel berikut menurut (Buku Nanda Nic Noc Sudoyono dkk, 2009 hal : 168) :

Kadar Glukosa darah sewaktu (mg/dl)		
Kadar glukosa darah	DM	Belum pasti
Sewaktu		DM
Plasma vena	>200	100 – 200

Darah kapiler	>200	80 – 100
Kadar glukosa darah Puasa (mg/dl)		
Kadar glukosa darah	DM	Belum pasti
Puasa		DM
Plasma vena	>120	110 – 120
Darah Kapiler	>110	90 – 100

2.1.7.2 Kriteria diagnostik WHO untuk diabete melitus pada sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

- 1) Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1 mmol/l)
- 2) Glukosa lasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/l)
- 3) Glukosa plasma yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) >200 mg/dl)

Jenis tes pada DM dapat berupa tes saring, tesdiagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.

2.1.7.4 Tes saring

Tes-tes saring pada DM adalah :

- 1) GDP, GDS
- 2) Tes glukosa urin : Tes konvensional (metode reduksi/benedict), Tes carik celup metode glucose oxidase).

2.1.7.5 Tes Diagnostik

Tes-tes diagnostik pada DM adalah GDP, GDS, GD2PP (Glukosa darag 2 jam post prandial), Glukosa jam ke 2 TTGO.

2.1.7.6 Tes Monitoring Terapi

Tes-tes monitoring terapi DM adalah :

GDP : Plasma vena, darah kapiler, GD2PP : Plasma vena, A1c : Darah vena, darah kapiler

2.1.7.7 Tes untuk mendeteksi komplikasi

Tes-tes untuk mendeteksi komplikasi adalah :

- 1) Mikroalbuminuria : Urin
- 2) Ureum, Kreatinin, Asam Urat
- 3) Kolesterol total : Plasma vena (puasa)
- 4) Kolesterol LDL : Plasma vena (puasa)
- 5) Kolesterol HDL : Plasma vena (puasa)
- 6) Trigliserida : Plasma vena (puasa)

2.1.8.1 Insulin pada DM tipe 2 diperlukan pada keadaan (Nanda nic-noc oleh isselbacter, 2002) :

- 1) Penurunan BB yang tepat
- 2) Hiperglikemia berat yang disertai ketosis
- 3) Ketoasidosis Diabetik (KAD) atau Hiperglikemia Hiper Osmolar non ketotik (HONK)
- 4) Hiperglikemia dengan asidosis laktat
- 5) Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- 6) Stres berat (infeksi akademik, operasi besar, IMA, stroke)
- 7) Kehamilan dengan DM yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan

- 8) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- 9) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO

2.1.8.2 Diet (Buku ajar KMB Brunner and Suddart Edisi 8) : Merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes, penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini :

- 1) Memberikan semua unsur makanan esensial (vitamin, mineral)
- 2) Mencapai dan mempertahankan BB yang sesuai
- 3) Memenuhi kebutuhan energi
- 4) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis
- 5) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat

2.1.8.3 Perencanaan Makanan

Kebutuhan kalori tahap pertama dalam mempersiapkan perencanaan makan mendapatkan riwayat diet untuk mengidentifikasi kebiasaan makan pasien dan gaya hidupnya kita juga harus mengkaji keinginan pasien untuk menurunkan, menaikkan atau mempertahankan BB. Pada sebagian besar kasus penderita DM tipe II memerlukan penurunan BB.

Tujuannya adalah yang paling penting dalam pelaksanaan diet bagi penderita DM adalah pengendalian asupan kalori total untuk mencapai atau mempertahankan BB yang sesuai dan pengendalian kadar glukosa darah. Berikut diet DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalorinya (Buku ajar KMB Edisi 8 (Lanywati, 2007)) :

- 1) Diet DM 1 : 1100 kalori

- 2) Diet DM 2 : 1300 kalori
- 3) Diet DM 3 : 1500 kalori
- 4) Diet DM 4 : 1700 kalori
- 5) Diet DM 5 : 1900 kalori
- 6) Diet DM 6 : 2100 kalori
- 7) Diet DM 7 : 2300 kalori
- 8) Diet DM 8 : 2500 kalori

Keterangan :

- (1) Diet 1-3 : Diberikan kepada penderita yang terlalu gemuk
- (2) Diet 4-5 : Diberikan kepada penderita dengan BB normal
- (3) Diet 6-7 : Diberikan kepada penderita kurus, diabetes remaja atau diabetes komplikasi.

Dalam melaksanakan diet DM sehari-hari hendaklah diikuti pedoman 3J yaitu:

- (1)) J1 : Jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi/ditambah.
- (2)) J2 : Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya.
- (3)) J3 : Jenis makanan yang manis harus dihindari.

Penentuan jumlah kalori Diet DM harus disesuaikan oleh status gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung percentage of relative body weight (BBR: berat badan normal) dengan rumus :

$$\text{BBR} = \text{BB (Kg)} \times 100\% \quad \text{IMT normal wanita} = 18,5 - 22,9$$

$$\text{TB (cm)} - 100 \quad \text{IMT normal pria} = 20 - 24,9 \quad \text{Kurus}$$

(underweight) : BBR < 90% Normal (ideal) : BBR 90 –

100 %

Gemuk (overweight) : BBR > 110%

Obesitas, apabila : BBR > 120 %

Obesitas ringan : BBR 120 – 130 %

Obesitas sedang : BBR 130 – 140 %

Obesitas berat : BBR 140 – 200 %

Morbid : BBR > 200 %

Ada beberapa cara yang dibutuhkan untuk menghitung jumlah kalori yang dibutuhkan pasien:

Menghitung kebutuhan basal dengan cara mengalikan BB dengan 30 untuk laki-laki dan 25 untuk wanita, dan ditambah sesuai kegiatan yang dilakukan : Ringan (100-200 kkal/jam), sedang (200- 350 kkal/jam), berat (400- 900 kkal/jam)

Tepat jenis : a) bahan makanan yang harus dihindari antara lain gula pasir, gula jawa, madu, sirup, alkohol. b) makanan yang dibatasi nasi, lemak jenuh, lontong, ketan, sagu, mie. c) batasi natrium untuk menghindari hipertensi.

Tepat jadwal : Antara porsi besar dengan makanan selingan diberi jarak 3 jam. a) olah raga (latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih ½ jam, adanya kontraksi otot akan merangsang peningkatan aliran darah dan menarik glukosa ke dalam sel. Jangan memulai latihan sebelum makan.

b) Penyuluhan kesehatan meliputi (diet, latihan fisik, minum obat, komplikasi dan pencegahan).

Penatalaksanaan Sekunder obat-obatan seperti: Sulfoniluria (merangsang sel beta pankreas mengeluarkan insulin), biguanid (merangsang sekresi insulin dan tidak mengakibatkan hipoglikemia), Alfa glukosidase inhibitor (

menghambat kerja insulin glukosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial), Insulin sensitizing agent (meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin).

2.1.8.4 Dampak masalah

Masalah yang diakibatkan penyakit diabetes melitus tidak hanya berdampak pada fisik namun juga mempengaruhi psikologis, sosial maupun ekonomi. Dampak psikologis berupa stres ataupun cemas terhadap penyakit diabetes melitus tidak hanya dirasakan oleh penderita diabetes melitus tetapi keluarganya pun juga ikut merasakan dampak psikologis ini. Selain itu, pasien DM juga akan merasakan adanya gangguan interaksi sosial, hubungan interpersonal, atau mengalami gangguan harga diri yang diakibatkan rasa putus asa yang dirasakan oleh pasien DM. Penderita DM yang telah mengalami komplikasi diabetes seperti nefropati dan ulkus diabetikum akan membutuhkan perawatan yang lama sehingga akan memerlukan biaya yang besar dalam perawatannya (Kusniawati, 2011)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Anamnesa

1) Identitas Penderita

Usia bagi penderita DM tipe 1 (dibawah umur 35 thn/ bahkan pada usia anak-anak) sedangkan DM Tipe 2 (terjadi pada saat usia bertambah yaitu resiko meningkat setelah usia 45 thn), jenis kelamin yang paling banyak menyerang wanita terutama pada saat hamil (gestasional) karena wanita cenderung lebih tidak banyak

bergerak, tidak menghabiskan karbohidrat atau glukosanya untuk aktivitas fisik dan resistensi insulin timbul karena wanita kebanyakan suka makan, terlalu gemuk, dan kurang olah raga serta pada saat hamil resistensi insulin akan timbul tapi, jika kehamilan sudah selesai resistensi itu akan hilang dan DM itupun juga hilang. Pertanda itu tidak menutup kemungkinan kalau anda bisa menderita DM dimasa depan apabila tidak memperbaiki pola hidup dan asupan makan. (Dr. Roy Panusuan Sibarani, SpPD KEMD, 2017)

Keluhan utama

Pada penderita DM biasanya mengeluh lemas dan kelelahan walaupun tidak melakukan akt

ivitas berat.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pasien datang ke RS dengan keluhan lemas, dan terlihat ulkus DM Pada kaki sebelah kanan yang belum sembuh walaupun sudah diobati, kesemutan / rasa berat, mata kabur. Disamping itu klien juga mengeluh poli urea, poli dipsi, anoreksia, mual dan muntah, bb menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur / istirahat, rasa haus, pusing, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria.

3) Riwayat penyakit dahulu

Klien biasanya ada riwayat penyakit dahulu dan ada riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis, mempunyai riwayat hipertensi, diabetes gestasional, riwayat ISK berulang, penggunaan

obat seperti (steroid, tiazid, dilantin, penoborbital), riwayat mengkonsumsi glukosa/karbohidrat berlebihan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Klien biasaya mengalami penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi, jantung.

5) Riwayat Psikologis

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit klien.

2.3 Pemeriksaan fisik

B1 (*Breathing*) : Yang dialami pasien dm pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan alat bantu nafas oksigen pada palpasi didapatkan data RR : kurang lebih 22 x/menit, vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal.pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasann cepat dalam, frekuensi meningkat, nafas berbau aseton. (Wijaya, 2013)

B2 (*Blood*) : Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi 84 x/menit, irama reguler,CRT dapat kembali kurang dari 3 detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara dullnes/redup/pekak, bisa terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti *gallop rythme* ataupun murmur. (Wijaya, 2013)

B3 (*Brain*) : Kesadaran bisa baik atau menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, tidak ada gangguan memori. (Wijaya, 2013)

B4 (*Bladder*) : Pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien menggunakan terkadang terasng kateter dikarenakan adanya masalah ada saluran kencing, seeperti poliuria, anuria, oliguria.

B5 (*Bowel*) : pada isnpeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lodak mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesu;itan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan BB, polifagia, polidipsi. Pada palpasi adakah nyeri abdomen, pada erkusi didaatkan bunti thympani, pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan. (Wijaya, 2013)

B6 (*Bone*) : Pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema, lokasi ukuran. Pada palpasi kelembaanp kulit mungkin lembab, akril hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan.ada perkusi adakah fraktur, dislokasi. (Wijaya, 2013)

B7 (Pengindraan) :Penglihatan kabur/ ganda, lensa mata keruh, ketajaman mulai menurun. Hidung ketajaman penciuman normal, secret (-/+). Telinga bentuknya normal, ketajaman pendengaran normal.

B8 (Endokrin) : Adakah gangren, lokasi gangren, kedalaman, bentuk, ada us, bau, terjadi polidisi, polifpaga, poliuria, terkadang terjadi penurunan atau peningkatan pada BB.

2.4 Diagnosa Keperawatan

2.4.1 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi

2.4.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer

2.4.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia

2.4.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien

2.4.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan epmbuluh darah besar

2.4.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren

2.4.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik

2.4.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium

2.4.9 Perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia

2.4.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia

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

2.4.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh

2.4.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau apda luka gangren

2.4.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

2.4.15 Resiko cidera berhubungan dengan penurunan kesadaran

2.5 Intervensi Keperawatan

2.5.1 Diagnosa 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) Observasi 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) Observasi irama nafas

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

3) Berikan posisi semi fowler

Rasional : untuk membuat pasien mudah bernafas dan meningkatkan kenyamanan.

4) Ajarkan pasien untuk tehnik nafas dalam

Rasional : agar pasien dapat rileks karena dengan pcara tehnik 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.

2.5.2 Diagnosa 2 : Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kondisi pasien tidak terjadi gangguan perfusi jaringan.

kriteria hasil : TTV dalam batas normal (nadi 60-100x/menit), CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal, Perfusi jaringan normal, tidak ada tanda-tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, menunjukkan terjadinya proses pembentukan luka.

1) Observasi tanda tanda vital terutama nadi.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu. 2) Observasi 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

2.5.3 Diagnosa 3 : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemik.

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

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

1) Observasi TTV (suhu, TD, nadi, RR)

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai TD, nadi, RR, dan suhu.

2) Observasi 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 kurang dari 3 detik.

3) Observasi 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.

2.5.4 Diagnosa 4 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrisi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.

kriteria hasil : BB stabil (sesuai dalam IMT), nafsu makan

meningkat. 2.5.4.1 Intervensi

1) Lakukan penimbangan BB setiap hari

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

2) Observasi 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 emenuhan nutrisi yang tepat

2.5.5 Diagnosa 5 : Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 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.

2.5.5.1 Intervensi :

1) Observasi lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi yang dialami oleh pasien

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

2) Observasi skala nyeri

Rasional : untuk mengetahui skala nyeri pasien.

3) Ajarkan tehnik relaksasi

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

4) Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik Rasional

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

2.5.6 Diagnosa 6 : Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan 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.

2.5.6.1 Intervensi :

1) Monitor kulit akan 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 *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 aseptik

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

6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap 2

jam Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.5.7 Diagnosa 7 : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik

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

Kriteria hasil : tidak ada luka/ lesi, perfusi jaringan baik, mampu mempertahankan kelembapan kulit, integritas tetap utuh.

2.5.7.1 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 *baby oil* pada daerah yang tertekan

Rasional : untuk melembapkan 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 2

jam Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.5.8 Diagnosa 8 : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya 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.

2.5.8.1 Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital

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

2) Kaji 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 lebih (oedema).

5) Kolaborasi dalam pemberian diuretik

Rasional : diuretik bersifat menarik cairan sehingga cairan yang berlebih akan diekresikan.

2.5.9 Diagnosa 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.

2.5.9.1 Intervensi :

1) Monitor dan kaji karakteristik urine meliputi frekuensi, konsistensi, bau, warna dan volume.

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.

2.5.10 Diagnosa 10 : Gangguan 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, perasan segar sesudah tidur atau istirahat.

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

2.5.11 Diagnosa 11 : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan

kelemahan, aktivitas terbatas dan koma diabetik.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik terpenuhi.

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

2.5.11.1 Intervensi :

1) Observasi 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) Observasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas

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

5) Bantu pasien untuk beraktivitas yang ringan

Rasional : untuk mengontrol aktivitas pasien agar tidak berlebihan.

6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap 2

jam Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit..

2.5.12 Diagnosa 12 : Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dirumah 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.

2.5.12.1 Intervensi :

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.

2.5.13 Diagnosa 13 : Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau pada luka gangren

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

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

2.5.13.1 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 lingkungannya 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.

2.5.14 Diagnosa 14 : Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal (terutama suhu 36-37 derajat selsius), tidak ada pus pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, jaringan yang terluka membaik.

2.5.14.1 Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital dalam batas normal

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

2) Ajarkan pasien untuk selalubmenjaga 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 antibiotik

Rasional : untuk proses kesembuhan pasien dan tidak terjadi infeksi.

2.5.15 Diagnosa 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.

2.5.15.1 Intervensi

1) Anjurkan pasien dan keluarga apsien 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 jatuh.

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.

2.6 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 mengobservasi tanda-tanda vital terutama RR, mengobsevasi 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 mengobsevasi tanda-tanda vital terutama nadi, mengobsevasi CRT, memonitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam dan tumpul, menginstruksikan keluarga untuk mengobsevasi jika ada lserasi, berkolaborasi pemberian analgetik.

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

membran mukosa, kulit, mengobservasi intake dan output cairan, berkolaborasi dengan tim medis lainya untuk pemberian terapi cairan.

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

Dalam menyelesaikan diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemikjaringan, penyumbatan pada pembuluh darah besar perawat mengobsevasi lokasi, tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan posisi semi fowler, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik.

Dalam menyelesaikan diagnosa 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 baby oil pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawtan luka aseptik, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap 2 jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik perawat akan memonitor kulit akan adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersihdan kering, mengoleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka aseptik, memobilisasi pasien tiap 2 jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium perawat akan melakukan observasi tanda-tanda vital, mengkaji lokasi dan luas edema, mempertahankan catatan intake dan output cairan, membatasi masukan cairan, berkolaborasi dalam pemberian diuretik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliria dan noturia perawat akan melakukan memonitor dan kaji karakteristik urine meliputi frekuensi, onsistensi, 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, menurunkan jumlah minum pada sore hari, melakukan berkemih sebelum tidur, memberikan makanan kecil sore hari, susu hangat dan saat 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 mengobservasi tingkat kelemahan, mendiskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas, memberikan dukungan pada pasien untuk beraktifitas , mengobservasi TTV sebelum dan sesudah beraktifitas, membantu pasien untuk beraktifitas yang ringan, memobilisasi pasien tiap 2 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 aktivitas

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 ganggren, 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 menyendiri.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, perawat akan mengobservasi TTV dalam batas normal, mengajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan, mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian antibiotik.

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

2.7 Evaluasi

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

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama p1x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi jaringan pdengan kriteria hasil TTV dalam batas normal terutama nadi, CRT kurang dari 3 detik, sensitifitas normal.

Pada diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kripteria hasil TTVdalam pbatas 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 mengabsorbsi nutrien, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 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, enyumanan pembuluh darah besar, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil pppenderita secara pverbal mengatakan pnyeri berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, apsien daat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktifitas.

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 immobilisasi 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 kelembapan kulit, integritas tetap utuh.

Pada diagnosa kelebihan volum 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 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.

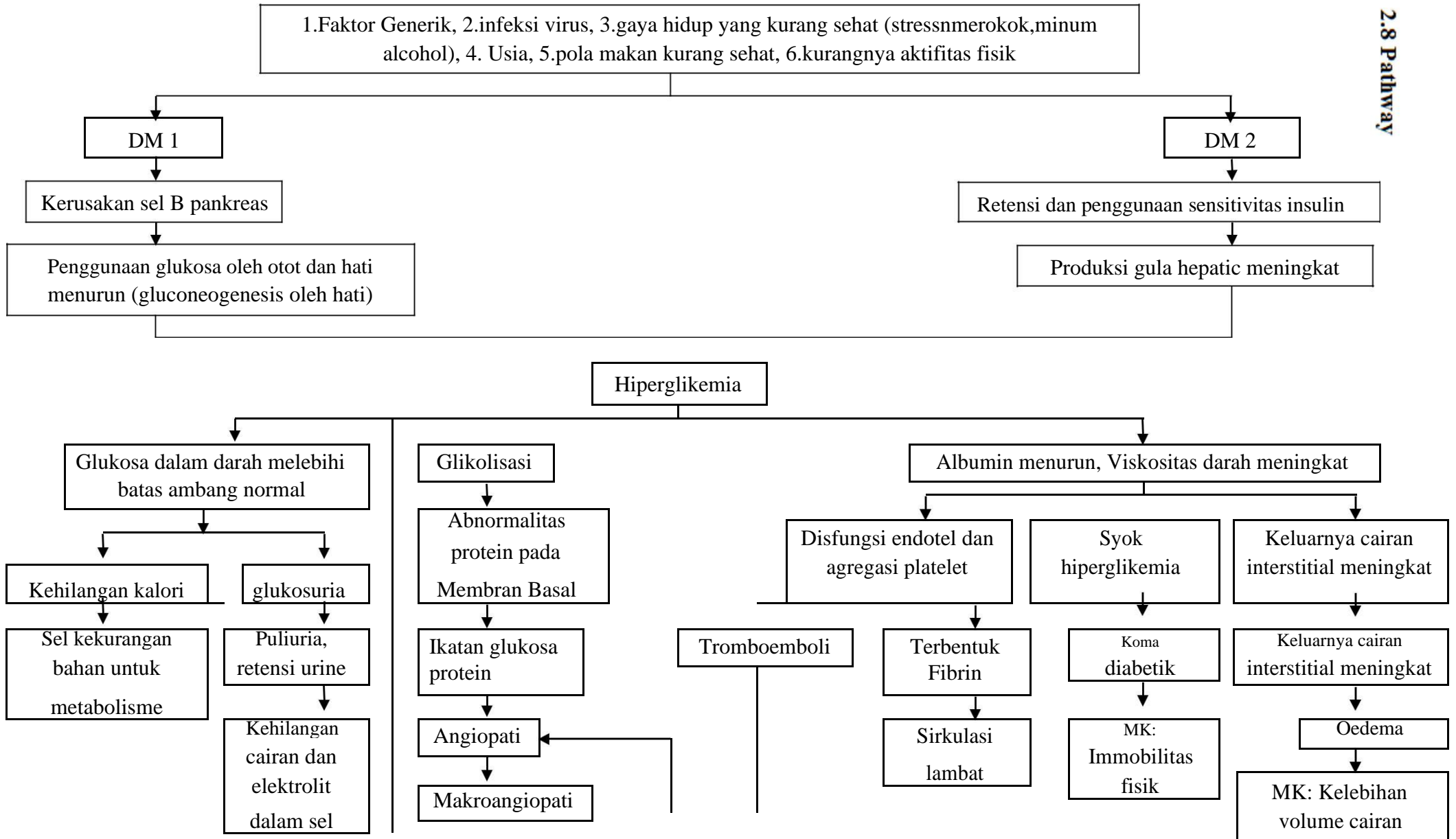
Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, kopma diabetik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik terpenuhi dengan kriteria hasil yaitu, dapat beraktifitas secara mandiri, tidak terjadi kelemahan fisik.

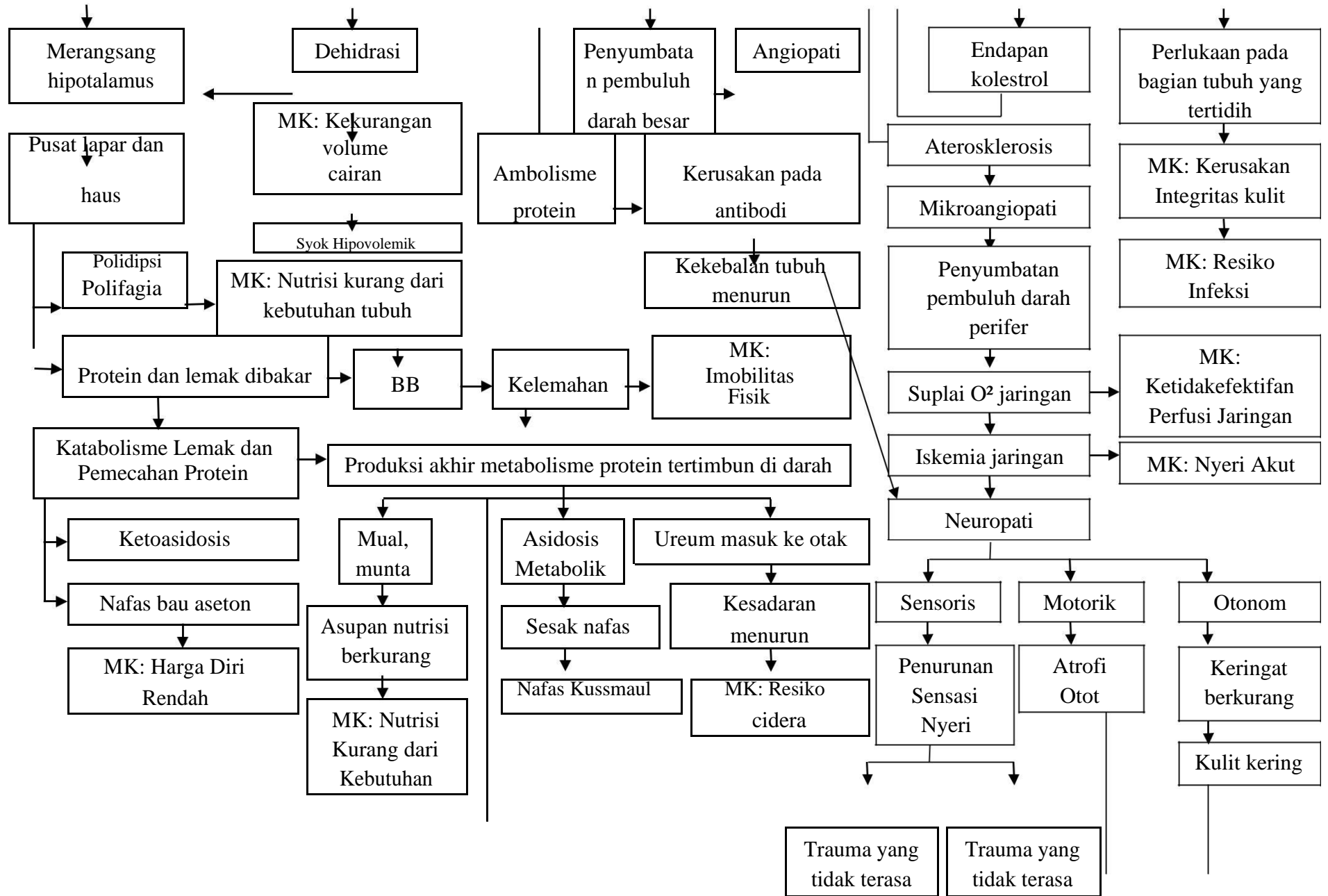
Pada diagnosa gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil yaitu, pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

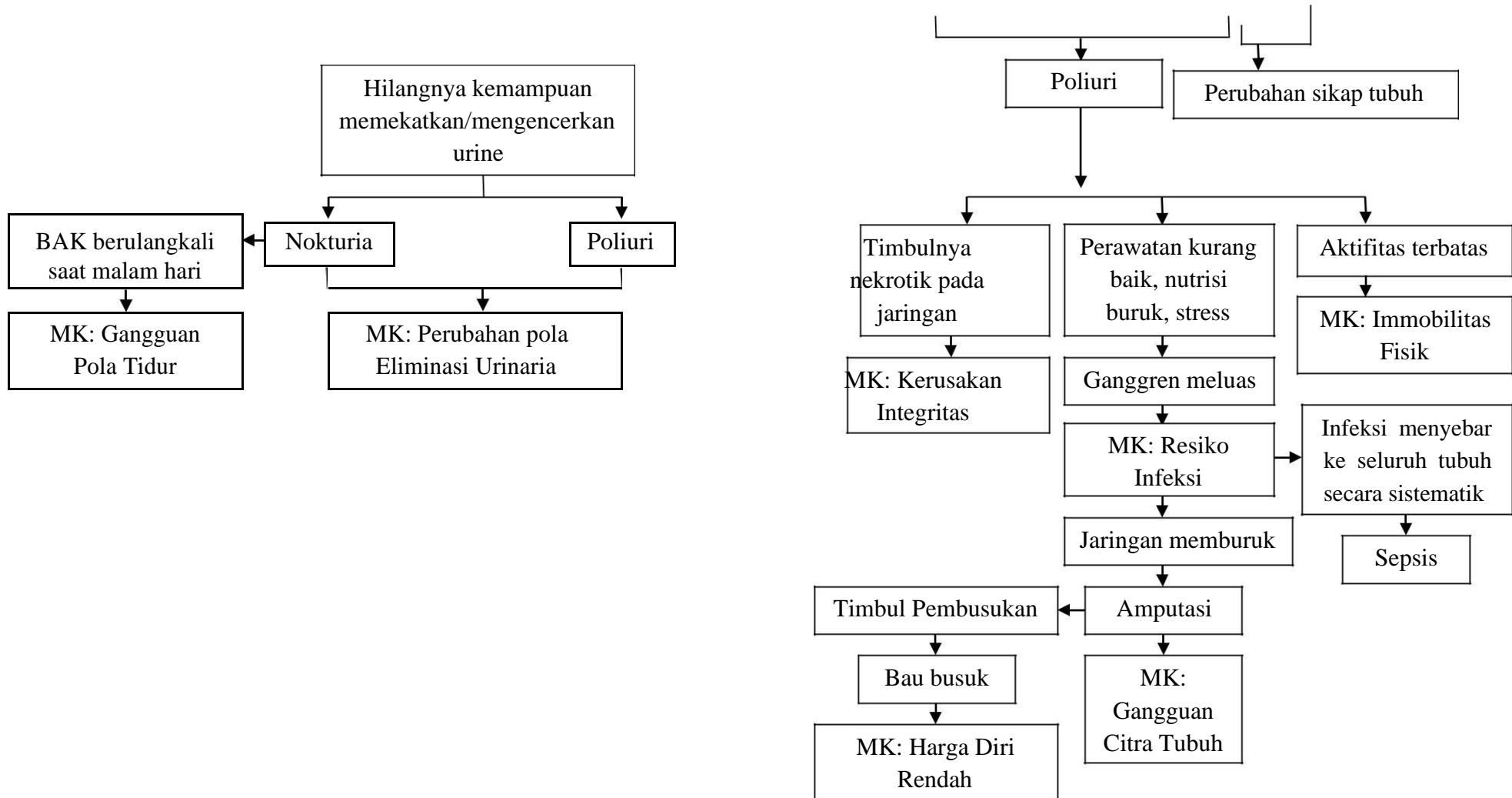
Pada diagnosa harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan pasien dapat percaya diri dengan kriteria hasil yaitu, pasien tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

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, TTV 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.







Gambar 2.1 Kerangka Masalah Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus (Anisah, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Data yang diambil tanggal : 23-02-2019 Jam : 10.00 Wib Tgl MRS : 18-02-2019
Ruang rawat/kelas : Bangsal Melati Diagnosa Medis : DM Ulkus Pedis
No.Rekam Medis : 388223

3.1 Identitas

Nama : Ny. H
Umur : 62 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Sukorejo, Pasuruan

3.1.1 Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. T
Umur : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat : Sukorejo, Pasuruan

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Riwayat keperawatan sekarang

- 1.)Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki kiri
- 2.)Riwayat penyakit saat ini : Pasien mengatakan saat dirumah kakinya hanya luka biasa, lalu kemudian menjadi semakin luas lukanya. Kemudian berobat ke puskesmas sukorejo tidak ada hasil, anaknya membawa ke spesialis penyakit dalam Dr. Budi diberikan surat pengantar ke IGD RSUD Bangil pada tanggal 18 Maret 2019 jam 15.08, selang beberapa waktu pasien dipindah ke rawat inap melati. Saat pengkajian pasien mengeluh nyeri pada kaki bagian kiri lalu dilakukan rawat luka dan cek gula darahnya. Keadaan luka pasien adanya kemerahan sekitar luka, terdapat pus dan sedikit berbau, luas luka 3-4 cm, kedalamanya 1-2 cm dan luka tampak terbalut kasa.

P : Nyeri ulkus di kaki

Q : Nyerinya cekot-cekot

R : Kaki bagian kiri

S : Skala 5

T : Hilang timbul

Masalah keperawatan : Nyeri akut

3.1.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

- 1.) Penyakit yang pernah diderita : Diabetesmillitus kurang lebih 2 tahun
- 2.) Operasi : Tidak ada

3.) Alergi : Tidak ada

4.) Jenis alergi : Tidak ada

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga :

1.) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga : Tidak ada penyakit yang diderita sama oleh keluarga

2.) Lingkungan rumah dan komunitas : Baik dan bersih

3.) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan : Pasien suka mengonsumsi minuman yang manis

3.1.3 Status Cairan dan Nutrisi

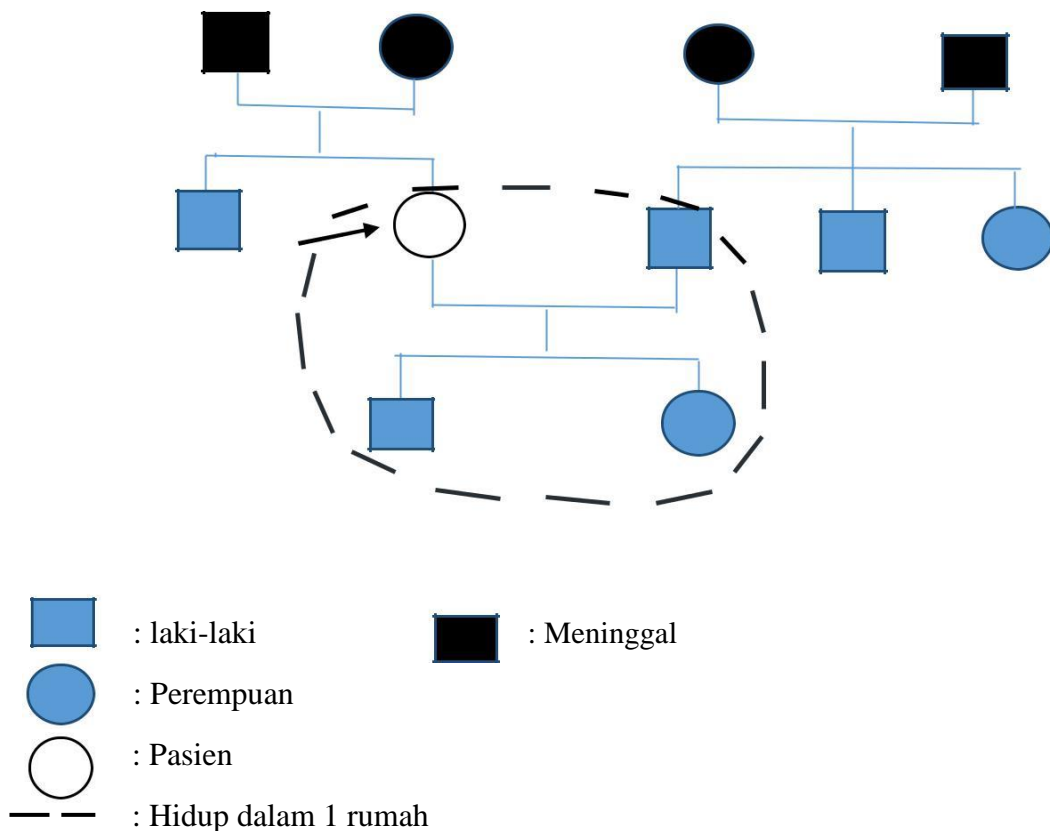
Tabel Status cairan dan nutrisi pada Ny. "H" Dengan Diagnosa medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Status cairan dan nutrisi	Sebelum sakit	Saat sakit
Nafsu Makan	Baik 3x sehari	4-5 sendok untuk porsi di rumah sakit. Pasien terlihat mengonsumsi makanan yang bukan makanan dari rumah sakit, berupa roti.
Pola Makan	Teratur	Sedikit tapi sering
Minum : Jenis : Jumlah :	Air putih 1500 cc	Air putih 2 botol Aqua sedang (3000 cc/hari)
Pantangan Makan	Tidak mengetahui makanan apa yang harus dihindari	Menghindari makanan yang manis
Menu Makanan	Pasien tidak mengetahui tentang diet DM/rendah gula	Diet rendah gula Dengan sayur tapi rasa hambar
Berat Badan	Sebelum sakit 60 kg	Mengalami penurunan BB selama 2 tahun dan semenjak sakit menjadi 57 kg. BBI : $(160 - 100) - (10\% \times (160 - 100)) = BBI = 50$

- 1.) Pengetahuan pasien tentang diet : Pasien mengatakan sebelum sakit tidak mengetahui pantangan makanan yang harus dihindari, setelah sakit pasien mengetahui tentang diet rendah gula.
- 2.) Lain-lain: Pasien hanya mengetahui tentang diet rendah gula, &tampak bingung.

Masalah Keperawatan : Defisiensi pengetahuan

3.1.4 Genogram



3.1.5 Pemeriksaan Fisik

3.1.5.1 **Keadaan Umum** : Pasien terbaring ditempat tidur, terpasang infus ditangan kanan, pasien composmentis, GCS 456, terdapat luka di kaki kiri.

3.1.5.2 Tanda Vital :

- 1.) Tensi: 130/80 mmHg

2.) Suhu : 36,5 derajat celcius (Lokasi Pengukuran : Axilla)

3.) Nadi: 94x/menit (Lokasi Perhitungan : Radialis)

4.) Respirasi: 20x/menit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.3 Respirasi (B1)

1.) Bentuk dada : Simetris

2.) Susunan ruas tulang belakang : Normal

3.) Irama Nafas : Teratur

4.) Jenis :Reguler

5.) Retraksi otot bantu nafas :Tidak ada otot bantu nafas

6.) Perkusi thorax :Resonan

7.) Alat bantu nafas :Tidak ada alat bantu nafas

8.) Vocal fremitus :Kanan dan kiri sama

9.) Suara nafas :Vesikuler

10.) Nyeri dada saat bernafas :Tidak ada nyeri dada

11.) Batuk :Tidak ada

12.) Produksi Sputum :Tidak ada

13.) Warna sputum :Tidak ada sputum

14.) Lain – lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.4 Kardiovaskuler (B2)

1.) Nyeri dada :Tidak ada

2.) Irama jantung : Teratur

3.) Ictus cordis : Kuat

4.) Posisi :Midclavicula sinistra Ukuran : 1 cm

5.) Bunyi jantung : S1 dan S2 Tunggal

- 6.) Bunyi jantung tambahan : Tidak ada bunyi jantung tambahan
- 7.) Cianosis : Tidak ada
- 8.) Clubbing finger : Tidak ada
- 9.) JVP : Normal
- 10.) Lain – lain : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.5 Persyarafan (B3)

- 1.) Keadaan umum : Composmentis GCS 456
- 2.) Orientasi : Baik
- 3.) Kejang : Tidak ada , Jenis : Tidak ada
- 4.) Kaku kuduk : Tidak ada
- 5.) Brudzinsky : Tidak ada
- 6.) Nyeri Kepala : Tidak , Pusing : Tidak ada
- 7.) Istirahat/tidur siang : 2-3 jam/hari, Malam : 3-4 jam/hari
- 8.) Kelainan nervus cranialis : Tidak ada kelainan
- 9.) Pupil : Isokor Reflek cahaya : Mengecil
- 10.) Lain-lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.6 Genetourinaria (B4)

- 1.) Bentuk alat kelamin : Normal
- 2.) Libido : Turun
 - Kemampuan : Normal
 - Kebersihan alat kelamin : Bersih
- 3.) Frekuensi berkemih : 3x/hari Teratur
 - Jumlah : 2000/24jam
 - Bau : khas amoniak Tempat yang digunakan : Timba kecil

- 4.) Alat bantu yang digunakan : Tidak ada
 5.) Lain –lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

- 1.) Mulut : Bersih
 Mukosa bibir : Lembab
 Bentuk bibir : Normal
 Gigi : Bersih
 Kebiasaan gosok gigi : 2x/hari sebelum sakit, 1x/hari saat sakit
- 2.) Tenggorokan : Tidak ada masalah keperawatan
- 3.) Abdomen : Tidak ada masalah keperawatan
 Karakteristik : Tidak ada
- 4.) Kebiasaan BAB : 2x sehari Konsistensi : Padat
 Warna : Coklat Bau : khas Tempat yg digunakan :WC
- 5.) Peristaltic usus : 15x/menit
- 6.) Masalah eliminasi alvi : Tidak ada masalah keperawatan
- 7.) Tindakan : Tidak ada masalah keperawatan
- 8.) Lain – lain : Pasien mengalami penurunan nafsu makan saat di RS dan hanya makan 4-5 sendok, tetapi memakan makanan selingan seperti roti.

Masalah keperawatan: Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3.1.5.8 Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

- 1.) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Bebas
- 2.) Kekuatan otot :
- | | |
|-----|---|
| 5 | 5 |
| — — | |
| 5 | 4 |
- 3.) Fraktur : Tidak ada, Lokasi : Tidak ada

- 4.) Dislokasi : Tidak ada, Lokasi : Tidak ada
- 5.) Akral : Hangat Kelembapan : Lembab
- 6.) Turgor : Menurun CRT : <3 detik Keadaan Luka : Adanya kulit kemerahan sekitar luka, Ada pus dan sedikit berbau, MuLai mengalami granulasi.
Lokasi : Tungkai bawah kiri sepertiga lateral
- 7.) Oedema : Tidak ada
- 8.) Kebersihan kulit : Bersih
- 9.) Kemampuan melakukan ADL : Mandiri
Keterangan : Pasien bisa melakukan ADL secara mandiri walaupun dengan menahan nyerinya.
- 10.) Lain – lain : Tidak ada

Masalah keperawatan : Kerusakan Integritas Jaringan.

3.1.5.9 .Penginderaan (B7)

- 1.) Mata : Konjungtiva : anemis
Sklera : Putih
Pelpebra : Normal
Strabismus : Tidak juling
Ketajaman penglihatan : Normal
Alat bantu : Tidak ada
Lain – lain : Tidak ada
- 2.) Hidung : Normal
Mukosa hidung : Lembab
Sekret : Tidak ada
Ketajaman penciuman : Normal
Kelainan lain : Tidak ada
- 3.) Telinga : Bentuk : Simetris kanan dan kiri
Keluhan : Tidak ada

Ketajaman pendengaran : Normal

Alat bantu : Tidak ada

- 4.) Perasa : Tidak ada masalah keperawatan
- 5.) Peraba : Tidak ada masalah keperawatan
- 6.) Keadaan luka : Adanya kulit kemerahan sekitar luka, mulai mengalami granulasi, adanya pus dan sedikit berbau.
- 7.) Lokasi luka : Di tungkai bawah kiri sepertiga lateral

Masalah keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

3.1.5.8 Endokrin (B8)

- 1.) Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- 2.) Pembesaran kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran kelenjar parotis
- 3.) Lain – lain : Polidipsi & Poliuri
- 4.) Luka gangren : Ada

Pus : Ada namun sedikit Keadaan luka : ada kemerahan
sekitar luka Luas : 3-4 cm Kedalaman : 1-2 cm

Bau : Sedikit berbau

Lokasi : Di tungkai bawah kiri sepertiga lateral

P : Nyeri ulkus di kaki

Q : Nyerinya cekot-cekot

R : Kaki bagian kiri

S : Skala 5

T : Hilang timbul

Masalah Keperawatan: Kerusakan integritas jaringan, Nyeri akut

3.1.6 Data Psikososial :

3.1.6.1 Gambaran diri/citra diri :

Tanggapan tentang tubuhnya : Pasien berharap ingin lekas sembuh

Bagian tubuh yang disukai : Pasien menyukai semua anggota tubuhnya

Bagian tubuh yang kurang disukai : Pasien menyukai semua anggota tubuhnya

Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuhnya : Pasien merasa sedih dan merasa sangat kehilangan

3.1.6.2 Idenitas :

Status pasien dalam keluarga : Pasien mengatakan sebagai istri dan ibu rumah tangga

Kepuasan pasien terhadap status dan posisi dalam keluarga :

Pasien mengatakan sangat puas dan dihargai dalam keluarganya

3.1.6.3 Peran :

Tanggapan pasien tentang peranya : Pasien mengatakan mengerti dan paham tentang peranya

Kemampuan/kesanggupan pasien melaksanakan peranya :

Pasien mengatakan sanggup melaksanakan peranya

3.1.6.4 Ideal diri :

Harapan pasien terhadap tubuhnya : Pasien berharap ingin segera sembuh

Posisi dalam pekerjaan : Pasien tidak bekerja

Status dalam keluarga : Pasien sebagai istri dan ibu rumah tangga

Tugas/Pekerjaan : Pasien mengurus suami dan anak

Harapan pasien terhadap lingkungan :

Sekolah : -

Keluarga : Pasien berharap anggota keluarga ikut mendukung proses kesembuhannya

Masyarakat : Pasien berharap bisa diterima masyarakat rumah dengan baik

Tempat/lingkungan kerja : -

Harapan pasien tentang penyakit yang diderita dan tenaga

kesehatan : Pasien berharap semoga lekas diberi kesembuhan

3.1.6.5 Harga diri

Tanggapan pasien terhadap harga dirinya : Pasien bersyukur masi diberi umur panjang

3.1.6.6 Data sosial

Hubungan pasien dengan keluarga : Hubungannya sangat baik

Hubungan pasien dengan pasien lain : Hubungannya baik dan ramah

Dukungan keluarga terhadap pasien : Keluarga pasien mendukung penuh dalam kesembuhan pasien

Reaksi pasien saat interaksi : Reaksi pasien sangat baik

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Data Spiritual :

3.1.7.1 Konsep tentang penguasa kehidupan : Pasien yakin jika sakit adalah cobaan dari Allah swt

3.1.7.2 Sumber kekuatan/harapan saat sakit : Pasien berdoa, pasrah dan sabar

3.1.7.3 Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini : Berdoa dan sabar

3.1.7.4 Sarana/peralatan yang diperlukan untuk melakukan ritual : Tidak ada

3.1.7.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit : Pasien yakin segera sembuh

3.1.7.6 Persepsi terhadap penyakit : Pasien meyakini jika sakitnya adalah ujian

untuknya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang :

Tabel 3.1.8 Hasil Laboratorium Pada Ny. "H" Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Melati RSUD Bangil.

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	11,02		3,70 – 10,1
Neutrofil	8,8		
Limfosit	1,9		
Monosit	0,6		
Eosinofil	0,3		
Basofil	0,1		
Neutrofil %	H 75,4	%	39,3 – 73,3
Limfosit %	L 16,3	%	18,10 – 48,3
Monosit %	5,4	%	4,40 – 12,7
Eosinofil %	2,2	%	0,600 – 7,30
Basofil %	0,7	%	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	L 3,555	10/ul	4,2 – 11,0
Hemoglobin (HGB)	L 10,47	g/dl	12,0 – 16,0
Hematokrit (HCT)	L 30,97	%	38 – 47
MCV	87,10	Un3	81,1 – 96,0
MCH	29,46	P9	27,0 – 31,2
MCHC	33,83	g/dl	31,8 – 35,4
RDW	12,40	%	11,5 – 14,5
PLT	H 394	10/ul	155 – 366
MPV	6,520	fl	6,90 – 10,6

3.1.8.1 Hasil USG atas nama : Ny.H

Tanggal : 21-02-2019

USG Carotid

- 1.) FR : 15
- 2.) Fra : 10.0
- 3.) Gn : 42
- 4.) D : 50
- 5.) A0 % : 100
- 6.) CF : 8.3
- 7.) Gn : 15.5
- 8.) L/A : 0.8
- 9.) PRF : 5.4
- 10.) S/P: 4:14
- 11.) A0 % : 100
- 12.) WF : 333

3.1.8.2 Hasil Radiologi Foto Pedis atas nama : Ny.H

Tanggal : 21-02-2019

Foto Pedis :

- 1.) Aligment baik
- 2.) Trabekulasi tulang normal
- 3.) Celah dan permukaan sendi tampak baik
- 4.) Tak tampak klasifikasi abnormal
- 5.) Tak tampak erosi/destruksi tulang
- 6.) Tak tampak soft tissue mass/swelling

Kesan :

Saat ini foto pedis tak tampak kelainan

3.1.8.3 Hasil Radiologi atas nama : Ny.H

Tanggal : 21-02-2019

(Kurang lebih 25%) pada Ulna Tibialis Posterior

Ulna Tibialis Anterior

Cor : Besar bentuk kesan normal

Pulmo : Tak tampak infiltrat/nodul

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Tulang – tulang tampak baik

Kesimpulan :

Saat ini foto thorax tidak tampak kelainan

3.1.9 Terapi

Terapi tanggal 23 Februari 2019

Tabel 3.1.9 Terapi Ny.H dengan diagnosa DM dengan Ulkus Pedis

Nama Terapi	Dosis	Kegunaan
Infus Ring As	1000 ml / 24 jam	Sebagai membantu proses penyembuhan infeksi bakteri.
Injeksi Lantus	0-0-16 IU SC	Untuk mengontrol gula darah pada pasien diabetes
Injeksi Apidra	3x6 IU SC	Untuk menurunkan gula darah yg sama dengan insulin alami manusia.
Injeksi Terfacef	2x1 mg	Untuk mengobati infeksi saluran pernafasan, kemih (ISK), infeksi tulang, kulit dan sendi, intra-abdomen dan berbagai infeksi lain.
Injeksi Metronidazole	3x500 mg	Digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob.
Injeksi Pumpicel	1x40 mg	Digunakan untuk meredakan kasus peradangan sedang & berat, tukak lambung dan tukak usus.
Injeksi	3x1 mg	Untuk mengatasi nyeri akut atau

Santagesik		kronik berat.
CPG	1x1 mg	Untuk mencegah trombosit saling menempel yang beresiko membentuk gumpalan darah.
Simvastatin	0-0-20 mg	Digunakan untuk membantu menurunkan kolesterol dan lemak jahat dan meningkatkan kolesterol baik dalam darah.

3.1.9.1 Rawat luka 1x/hari setiap pagi

- 1.) Cairan saflon
- 2.) Cairan natrium clorida
- 3.) Set instrumen rawat luka
- 4.) Kasa gulung
- 5.) Kasa steril
- 6.) Sufratul

3.2 ANALISA DATA

Tabel 3.2 analisa data pada Ny.H dengan diagnosa medis DM Ulkus pedis di Ruang Melati RSUD Bangil

No.	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS : Pasien mengatakan adanya luka yang tidak kunjung sembuh pada kaki kiri. DO : - Keadaan umum lemah - Terdapat ulkus diabetikum pedis sinistra	Luka Gangren ↓ Penumpukan PUS ↓ Nekrotik jaringan ↓ Kerusakan integritas jaringan	Kerusakan integritas jaringan

	<ul style="list-style-type: none"> - akral hangat - Terdapat cairan pus yg keluar - Kondisi ulkus : disekitar luka kemerahan - Kedalaman : 1-2 cm - Luas luka : 3-4 cm 		
2.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Pasien tampak menyeringai menahan n - Ada ulkus diabetikum di pedis sinistra - Luka dibalut kasa <p>P: nyeri di kaki</p> <p>Q : seperti cekot – cekot</p> <p>R : Ulkus Pedis kiri</p> <p>S : skala 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 94x/menit</p> <p>S:36,5derajat celcius</p>	<p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Luka Gangren</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan PUS</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut
3.	<p>DS : Pasien mengatakan nafsu makan menurun saat sakit.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah 	<p>Penurunan masukan oral</p> <p>↓</p> <p>Asupan nutrisi</p>	Resiko Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

4.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak anemis - BBI : $(160 - 100) - (10\% \times (160-100)) = 50$ <p>DS : Pasien mengatakan hanya mengetahui diet rendah gula / menghindari makanan yg manis saja.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Pasien tampak bingung. 	<p>berkurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko</p> <p>Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Keadaan lingkungan sekitar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Rendahnya informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisiensi Pengetahuan</p>	<p style="text-align: center;">Defisiensi Pengetahuan</p>
----	--	---	---

3.3Daftar Masalah Keperawatan

3.3.1 Nyeri Akut

3.3.2 Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.3.3 Kerusakan integritas jaringan

3.3.4 Defisiensi Pengetahuan

3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan berasadrkan prioritas

3.4.1 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren

3.4.2 Nyeri Akut berhubungan dengan penumpukan PUS

3.4.3 Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuha tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit

3.4.4 Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi terkait

dengan penyebab penyakit dan pengobatan yang dijalani.

3.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan Ny.H dengan diagnosa DM Ulkus Pedis di Ruang Melati RSUD Bangil.

No. Dx	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan mengalami perbaikan.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1.) Perfusi jaringan kembali normal</p> <p>2.) Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>3.) Ketebalan dan tekstur jaringan normal</p>	<p>1. Observasi kulit akan adanya kemerahan.</p> <p>2. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.</p> <p>3. Mengoleskan lotion/baby oil pada daerah yang tertekan.</p> <p>4. Pertahankan linen tetap kering.</p>	<p>1. Menandakan area sirkulasi buruk dapat menimbulkan infeksi.</p> <p>2. Kulit kotor dan basah merupakan media yang baik untuk tumbuhnya mikroorganisme.</p> <p>3. Untuk melembapkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.</p> <p>4. Untuk menurunkan iritasi pada kulit dan</p>

2.	<p>4.) Pus berkurang</p> <p>5.) Adanya granulasi sel baru</p> <p>6.) Nekrosis (-)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1.) pasien mengatakan jika nyeri berkurang</p> <p>2.) pasien tidak menyering</p>	<p>5. Lakukan prosedur rawat luka aseptik.</p> <p>6. Mobilisasi pasien / ubah posisi pasien tiap 2 jam.</p> <p>1. observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami pasien.</p> <p>2. Observasi skala nyeri pasien.</p> <p>3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung</p>	<p>resiko kerusakan kulit.</p> <p>5. Mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yg parah.</p> <p>6. Untuk menurunkan iritasi pada kulit pasien.</p> <p>1. untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami pasien.</p> <p>2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien</p> <p>3. Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien</p>
----	--	---	--











3.	<p>ai</p> <p>3.) skala nyeri berkurang (0-3)</p> <p>4.) tidak adanya pembengkakan dan perbaikan jaringan yg rusak</p> <p>5.) Pasien mampu mempratekan tehnik distraksi dan relaksasi.</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Nafsu makan</p>	<p>dikeluarkan melalui mulut secara perlahan.</p> <p>4. Lakukan prosedur rawat luka aseptik.</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian injeksi santagesik 3x1 mg.</p> <p>1. Observasi bunyi usus dengan auskultasi.</p> <p>2. Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan.</p>	<p>dan membuat lebih tenang.</p> <p>4. Mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yang lebih parah.</p> <p>5. Untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian analgesik dapat mengurangi rasa nyeri.</p> <p>1. Untuk mengetahui adakah gangguan peristaltik usus yg ditandai dengan penurunan atau peningkatan.</p> <p>2. Untuk memberikan informasi tentang nutrisi yg boleh dan yg tidak</p>
----	--	--	---











4.	<p>pasien meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Konjungti va tidak anemis. 3. Adanya peningkata n berat badan pasien. 4. Pasien mampu mengidenti fikasi kebtuhan nutrisi. <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dan keluarga memahami tentang penyakitnya.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien & keluarga mengataka n paham 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan penimbangan BB setiap hari/pengukuran lingkak lengan. 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat. <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien & keluarga tentang penyakitnya. 2. Berikan penjelasan pada pasien tentang penyakitnya dan kondisinya sekarang . 	<p>boleh dikonsumsi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui pemasuka makanan yg adekuat adakah penurunan atau penambahan BB. 4. Untuk proses penyembuhan dan pemenuhan nutrisi yg tepat. <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pengalaman dan pengetahuan tentang penyakitnya. 2. Dengan mengetahui penyakit dan kondisinya pasien dan keluarga akan merasa
----	---	--	--

	<p>tentang penyakitnya, kondisi, prognosis dan program pengobatan.</p> <p>2. Pasien & keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.</p> <p>3. Pasien & keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat .</p>	<p>3. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanya.</p> <p>4. Meminta pasien & keluarga untuk mengulang kembali materi yang telah diberikan.</p>	<p>tenang.</p> <p>3. Diet dan pola makan yang tepat dapat membantu proses penyembuhan.</p> <p>4. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman pasien dan keluarga serta menilai keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.</p>
--	--	---	--












3.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Ny.H dengan diagnosa DM Ulkus Pedis di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal & Diagnosa	Jam	Implementasi	Tanda tangan
23 Februari 2019 Diagnosa : Kerusakan integritas jaringan.	08.00	1. Mengobservasi keadaan luka pada kulit pasien.	
	08.15	2. Menganjurkan pasien untuk tidak menggaruk luka / ulkus di kaki kiri.	
	08.30	3. Menganjurkan pasien agar selalu menjaga kebersihan.	
	08.40	4. Melakukan perawatan luka aseptik.	
	09.40	5. Memberikan pasien posisi yang nyaman.	
23 Februari 2019 Diagnosa : Nyeri akut	10.00	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien.	
	10.15	2. Mengobservasi, lokasi, frekuensi dan reaksi yang dialami oleh pasien.	
	10.20	3. Mengobservasi skala nyeri pasien. Pasien mengeluhkan nyeri seperti cekot-cekot dengan skala nyeri 6.	
	10.25	4. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri.	
	10.30	5. Memberikan pasien posisi yang nyaman.	

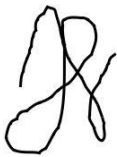

23 Februari 2019 Diagnosa : Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.	10.40	6. Berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi santagesik 3x1 mg.		
	10.45	1. Mengobservasi bising usus dengan auskultasi (Bising usus 8x/menit).		
	10.50	2. Melibatkan keluarga dalam pemberian asupan nutrisi jika diperlukan.		
	10.55	3. Melakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan Lingkaran lengan 35 cm.		
	11.00	4. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering		
	11.15	5. Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang hangat.		
	11.20	6. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yg terlalu manis dan diit DM/rendah gula.		
	11.25	7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.		
	23 Februari 2019 Diagnosa : Defisiensi Pengetahuan	11.30	1. Memberikan informasi pada pasien & keluarga tentang penyakitnya.	
		11.35	2. Menjelaskan proses penyakit, tanda dan gejala pada pasien & keluarga.	




<p>24 Februari 2019 Diagnosa : Kerusakan integritas jaringan.</p>	<p>12.00 08.00 08.15 08.30 08.40</p>	<p>3.Menganjurkan pasien &keluarga agar aktif mencari informasi pada perawat atau petugas kesehatan tentang penyakitnya & proses pengobatannya.</p> <p>1. Mengobservasi keadaan luka pada kulit pasien.</p> <p>2. Menganjurkan pasien untuk tidak menggaruk luka / ulkus di kaki kiri.</p> <p>3. Menganjurkan pasien agar selalu menjaga kebersihan.</p> <p>4. Melakukan perawatan luka aseptik.</p> <p>5. Memberikan pasien posisi yang nyaman.</p>	     
<p>24 Februari 2019 Diagnosa : Nyeri akut</p>	<p>09.00 09.10 09.15 9.20</p>	<p>1.Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi yng dialami oleh pasien.</p> <p>2. Mengobservasi skala nyeri pasien. Pasien mengeluhkan nyer seperti cekot-cekot dengan skala nyeri 6.</p> <p>3. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri.</p> <p>4. Memberikan pasien posisi yang nyaman.</p>	   




24 Februari 2019 Diagnosa : Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	09.25	5. Berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi santagesik 3x1 mg.	
	09.30	1. Mengobservasi bising usus dengan auskultasi (Bising usus 8x/menit).	
	09.35	2. Melibatkan keluarga dalam pemberian asupan nutrisi jika diperlukan.	
	09.40	3. Melakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan Lingkaran lengan 35 cm.	
	09.45	4. Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	
	09.50	5. Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang hangat.	
	09.55	6. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yg terlalu manis dan diit DM/rendah gula.	
24 Februari 2019 Diagnosa : Defisiensi Pengetahuan	10.10	7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat	
	10.15	1. Memberikan informasi pada pasien & keluarga tentang penyakitnya.	
	10.20	2. Menjelaskan proses penyakit, tanda dan gejala pada pasien keluarga.	
	11.20	3. Menganjurkan pasien & keluarga agar mencari informasi pada perawat atau petugas kesehatan tentang penyakitnya & proses pengobatannya.	



3.7 Catatan Perkembangan

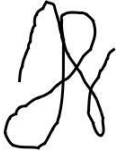

Tabel 3.7 Catatan perkembangan Ny.H dengan diagnosa DM Ulkus Pedis di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
24 Februari 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren	<p>S : Pasien mengatakan terdapat Ulkus/luka di kaki kirinya.</p> <p>O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka sekitar tampak bergranulasi - Tampak ada cairan pus - GCS 456 - Wajah pasien tampak menyeringai - Hasil GDA tanggal 26-02-2019 : 275 - Hasil GDA tanggal 28-02-2019 : 134 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-6.</p>	
24 Februari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan Penumpukan pus	<p>S : Pasien mengatakan nyeri di kaki kiri</p> <p>P = Nyeri karena adanya Ulkus di kakinya</p> <p>Q =Nyeri seperti cekot-cekot</p> <p>R:= Di bagian kaki kiri</p> <p>S = Skala 5</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>O : - Tampak adanya luka pada kaki bagian kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka terlihat kemerahan - Luka tampak sedikit edema - Wajah pasien menyeringai - Terdapat jaringan granulasi <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

24 Februari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit	<p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-5.</p> <p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun saat sakit.</p> <p>O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah menyeringai - Bibir pucat - Pasien tampak lesu - Konjungtiva berwarna putih - Makan hanya 4-5 sendok dari satu porsi yg diberikan RS <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-4.</p>	
24 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan resiko pengobatan	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.</p> <p>O : - Pasien tampak bingung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak cemas <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-4.</p>	
25 Februari 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren	<p>S : Pasien mengatakan terdapat Ulkus/luka di kaki kirinya.</p> <p>O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka sekitar tampak mulai bergranulasi - Tampak ada cairan pus - GCS 456 - Wajah pasien tampak menyeringai - Hasil GDA tanggal 26-02-2019 : 275 Jam : 08.00 wib - Hasil GDA tanggal 28-02-2019 : 134 Jam : 20.00 wib <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

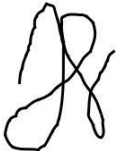
25 Februari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan Penumpukan pus	<p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-6.</p> <p>S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di luka kakinya.</p> <p>P = Karena adanya ulkus/luka di kaki</p> <p>Q = Nyeri seperti cekot-cekot</p> <p>R = Di kaki bagian kiri</p> <p>S = Skala 5</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>O : - Tampak adanya ulkus/luka di kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak kemerahan - Luka tampak ada cairan pus - tampak menyeringai Pasien - Terdapat jaringan granulasi <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-5.</p>	
25 Februari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan menurun saat sakit.</p> <p>O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah menyeringai - Bibir pucat - Pasien tampak lesu - Konjungtiva berwarna putih - Makan hanya 4-5 sendok dari satu porsi yg diberikan RS. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutlan nomer 1-4.</p>	
25 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan resiko pengobatan	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.</p> <p>O : - Pasien tampak bingung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak 	


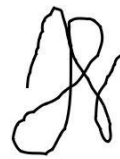
26 Februari 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren	<p>bingung dan cemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-4. S : Pasien mengatakan terdapat Ulkus/luka di kaki kirinya. O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka sekitar tampak mulai bergranulasi - Tampak sedikit ada cairan pus - Luka tampak terbalut kassa - Wajah pasien tampak menyeringai - Hasil GDA tanggal 26-02-2019 : 275Jam : 08.00 wib - Hasil GDA tanggal 28-02-2019 : 134 Jam : 20.00 wib <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-6.</p>	
26 Februari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan Penumpukan pus	<p>S: Pasien mengatakan nyeri mulai mereda dan bisa mengontrol. P = Karena adanya ulkus/luka di kaki Q = Nyeri seperti cekot-cekot R = Di kaki bagian kiri S = Skala 4 T = Hilang timbul</p> <p>O : - Tampak adanya ulkus/luka di kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak ada cairan pus sedikit - Pasien tampak menyeringai - Luka tampak mengecil dan bergranulasi <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-5.</p>	

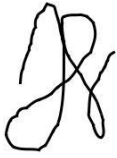
26 Februari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik.</p> <p>O : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah menyeringai - Pasien tampak lesu - Konjungtiva berwarna merah muda - Makan hanya 4-5 sendok dari satu porsi yg diberikan RS. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 1-4.</p>	
26 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan resiko pengobatan	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.</p> <p>O : - Pasien tampak bingung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak cemas <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan nomer 2-4.</p>	

3.8 Evaluasi

Tabel 3.8 Evaluasi Ny.H dengan diagnosa DM dengan Ulkus Pedis di Ruang Melati RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
26 Februari 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren	<p>S : Pasien mengatakan luka dikakinya semakin membaik dan sembuh.</p> <p>O : - Keadaan umum cukup baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka sekitar tampak mulai membaik dan bergranulasi tumbuh jaringan baru - Pus mulai berkurang - GCS 456 - Wajah pasien tampak 	

26 Februari 2019	Nyeri akut berhubungan dengan Penumpukan pus	<p>rilex</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 4,5,6.</p> <p>S : Pasien menyatakan nyeri sedikit berkurang</p> <p>P = Karena ada ulkus/luka di kakinya</p> <p>Q = Nyeri seperti cekot-cekot</p> <p>R = Di kaki bagian kiri</p> <p>S = Skala nyeri 4</p> <p>T = Hilang timbul</p> <p>O : - Terdapat luka di kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sedikit rilex - Luka tampak sedikit berwarna merah - Keadaan umum cukup baik - Luka tampak bergranulasi dan jaringan baru <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no 1-5.</p>	
26 Februari 2019	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik walaupun makanya sedikit tapi sering.</p> <p>O : - Keadaan umum cukup baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456 - Konjungtiva berwarna merah muda - Pasien tampak rilex - Nafsu makan mulai membaik walaupun makan sedikit tapi sering dan tampak memakan selingan roti. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no</p>	

26 Februari 2019	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan resiko pengobatan	2,3,4. S : Pasien mengatakan mulai memahami tentang penyakitnya. O : - Pasien mulai tampak rilex& tidak cemas - Pasien faham penyakitnya A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan nomer 3-4.	
---------------------	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Diabetes Mellitus di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

4.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien atau dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Identitas pasien : Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, Tinjauan pustaka yang di dapat keluhan pertama biasanya ditandai dengan kelemahan, berat badan menurun, kesemutan, Trias DM (poliuri,polidipsi,polifagi), anoreksia dan lain sebagaimana. Pada tinjauan kasus di dapatkan data pasien mengeluh nyeri karena adanya ulkus di kaki kirinya, sering haus/polidipsi, dan sering buang air kecil /poliuri, dan penurunan nafsu makan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan perbedaan yang signifikan.

4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama : Pada tinjauan pustaka pada pasien dengan Diabetes Mellitus biasanya mengalami kelemahan, penurunan kesadaran, berat badan

menurun, trias DM (polidipsi, poliuri, polifagi), dan kesemutan. Pada tinjauan kasus di dapatkan data pasien mengeluh nyeri karena adanya ulkus di kaki kirinya, sering haus/polidipsi, Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

n sering buang air kecil /poliuri, dan penurunan nafsu makan.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini : Pada tinjauan pustaka didapatkan keadaan pasien yang menderita Diabetes Mellitus keluhan kelemahan, kesemutan, berat badan menurun, anoreksia dan (poliuri, polidipsi, polifagi). Sedangkan hasil dari tinjauan kasus diperoleh hal yang sama yaitu, kelemahan, berat badan menurun, kesemutan dan (polidipsi, poliuri). Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.3 Riwayat penyakit dahulu : Pada tinjauan pustaka didapatkan riwayat dahulu seperti riwayat hipertensi/IMA, diabetes gestasional, riwayat ISK berulang, riwayat mengkonsumsi glukosa/karbohidrat berlebihan. Sedangkan hasil dari tinjauan kasus diperoleh hal yang sama yaitu riwayat diabetes 2 tahun yang lalu. Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar

luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

g lalu dan riwayat mengkonsumsi glukosa/karbohidrat yang berlebihan.

4.1.2.4 Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*) : Menurut tinjauan pustaka di dapat inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas. Pada palpasi RR dalam batas normal, vokal fremitus anantara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dalam, frekuensi meningkat, nafas bau aseton, (Wijaya,2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pada inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada alat bantu nafas, tidak ada retraksi otot bantu nafas. Pada palpasi RR dalam batas normal, vokal fremitus kanan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal.pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan dan suara nafas vesikuler.

Dikarenakan sama-sama ditemukan data, antara lain kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.5 Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : tekanan vena jugularis normal, tidak ada pembesaran pada jantung/cardiomegali. Pada palpasi ictus cordis teraba, nadi 94x/menit, irama reguler, CRT >3 detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara redup, pada auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop rhytme ataupun murmur, (Wijaya, 2013). Sedangkan pada tinjauan

kasus didapatkan pada inspeksi : tidak ada tekanan vena jugularis, tidak ada pembesaran pada jantung/cardiomegali. Pada palpasi ictus cordis teraba, nadi 94x/menit, irama reguler, CRT >3 detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara redup. Pada auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop rhytme ataupun murmur.

Antara tinjauan pustaka tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.6 Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan kesadaran bisa baik atau menurun (composmentis, apatis, samnolen, stupor, koma), pasien bisa pusing atau kesemutan, sering mengantuk, tidak ada gangguan memori, (Wijaya, 2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien kesemutan, lemah, sering mengantuk, composmentis, dan tidak ada gangguan memori.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.7 Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal/tidak (bau, warna, jumlah, tempat yg digunakan) biasanya mengalami masalah pada saluran kencing seperti poliuria, anuria, oliguria,

(Wijaya,2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih tidak normal/mengalami poliuria, bau khas, warna kuning, tempatnya timba kecil, jumlahnya 2000 ml/24 jam.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.8 Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : keadaan mulut bersih/kotor, mukosa bibir kering/lembab, lidah bersih/kotor, kesulitan menelan atau tidak, penurunan BB, bisa terjadi mual/muntah, polifagia, polidipsi. Pada palpasi ada atau tidaknya nyeri abdomen. Pada perkusi bunyi thimpani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB dirumah dan saat MRS,konsistensinya,warna,bau dan tempat yg digunakan, (Wijaya,2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien keadaan mulut bersih,mukosa bibir lembab, lidah bersih, tidak mengalami kesulitan menelan, mengalami penurunan BB, polidipsi, tidak ada nyeri abdomen, perkusi bunyi thimpani.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan. Dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.9 Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : kulit bersih/kotor, adanya luka/tidak, ada oedem atau tidak, lokasi dan ukuran, kelembapan kulit lembab/tidak, akral hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami penurunan, tidak ada fraktur, dislokasi, (Wijaya, 2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien kulit bersih, ada uluks & pus di tungkai bawah kiri sepertiga lateral, adanya kemeranya sekitar luka, luas 3-4 cm, kedalamanya 1-2 cm, tidak ada eodem, akral hangat, turgor menurun, Kekuatan otot menurun karena adanya luka/ulkus di kaki.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan adanya kesenjangan. Dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.10 Pada pemeriksaan fisik B7 (*Muskuloskeletal*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : penglihatan mata kabur/ganda, lensa mata keruh, ketajaman mulai menurun. Hidung penciuman normal/tidak, ada/tidaknya sekret, ketajaman penciuman normal/tidak. Telinga bentuknya normal/tidak, ketajaman pendengaranya normal/tidak, (Wijaya, 2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien penglihatan mata masih normal, indra penciuman normal, pendengaranya normal, adanya kemerahan sekitar luka, adanya ulkus, lokasinya di tungkai bawah kiri sepertiga lateral, bentuknya bundar, adanya caian yg keluar berupa pus.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan adanya kesenjangan. dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.1.2.11 Pada pemeriksaan fisik B8 (*Endokrin*) : Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi : adakah luka/gangren, lokasi gangren, kedalaman gangren, bentuk, ada pus/tidak, polidipsi, polifagi, poliuri, terjadi penurunan BB/tidak, terjadinya pembesaran kelenjar tiroid/tidak, terjadinya pembesaran kelenjar parotis/tidak, (Wijaya, 2013). Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan adanya kemerahan sekitar luka, adanya ulkus, lokasinya di tungkai bawah kiri sepertiga lateral, bentuknya bundar, adanya cairan yg keluar berupa pus, polidipsi, poliuri, terjadinya penurunan BB, (P : nyeri ulkus di kaki, Q : cekot-cekot, R : tungkai bawah kiri sepertiga lateral, S : 5, T: hilang timbul) .

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan adanya kesenjangan. dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data, antara lain yaitu kelemahan, kesemutan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka, adanya pus dan ketidakmampuan dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nanda Nic-Noc ada 15 yaitu :

4.2.1.1 Ketidak efektifan pola nafas b.d hiperventilasi

4.2.1.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan b.d penurunan suplai darah perifer

- 4.2.1.3 Kekurangan volum cairan b.d diuresis osmotik pada hiperglikemia
- 4.2.1.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuha tubuh b.d
kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit
- 4.2.1.5 Nyeri akut b.d Penumpukan PUS
- 4.2.1.6 Kerusakan integritas jaringan b.d timbulnya nekrotik pada jaringan gangren
- 4.2.1.7 Kerusakan integritas kulit b.d immobilitas fisik, kelebihan volume cairan b.d kelebihan asupan natrium
- 4.2.1.8 Kelebihan volume cairan b.d kelebihan asupan natrium
- 4.2.1.9 Perubahan eliminasi urinaria b.d poliuria dan nokturia
- 4.2.1.10 Hambatan moilitas fisik b.d (kelemahan,aktivitas terbatas,koma diabetik)
- 4.2.1.11 Gangguan citra tubuh b.d kehilangan bagian tubuh
- 4.2.1.12 Harga diri rendah b.d nafas bau aseton dan bau pada luka gangren
- 4.2.1.13 Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit
- 4.2.1.14 Resiko cedera b.d penurunan kesadaran
- 4.2.1.15 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi terkait dengan penyebab penyakit dan pengobatan yang dijalani.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan Kerusakan integritas jaringan b.d timbulnya nekrotik pada jaringan gangren, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama, karena pasien mempunyai ulkus/gangren di kaki bagian kirinya yang mengalami kemerahan serta mengeluarkan cairan pus.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan Nyeri akut b.d iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar, sedangkan pada

tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama, karena pada klien merasakan nyeri seperti cekot-cekot dengan skala 5 dibagian kaki kirinya dan rasanya hilang timbul, nyeri yang dirasakan pasien akibat adanya pus dalam luka/gangren di kaki kirinya.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama, karena pasien mengalami penurunan nafsu makan saat sakit dan mengalami penurunan berat badan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi terkait dengan penyebab penyakit dan pengobatan yang dijalani, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama, karena pasien mengalami ketidakmampuan dan kurangnya informasi dalam mengenal penyakit dan pengobatannya.

Berdasarkan yang terdapat di pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada diagnosa Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien tidak ditemukan adanya gangguan pada pernafasan dengan data RR 20x/menit, Pada diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan b.d penurunan suplai darah perifer tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien tidak ditemukan adanya gangguan pada pernafasan dengan data RR 20x/menit dan irama nafasnya teratur, pada diagnosa Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik pada hiperglikemia tidak ditemukan kesenjangan karena pasien tidak mengalami kekurangan volume cairan pada tubuh, Pada diagnosa Kerusakan integritas kulit b.d imobilitas fisik tidak

ditemukan kesenjangan karena pasien tidak ditemukan adanya data yang mendukung pada kerusakan integritas kulit, Pada diagnosa kelebihan volume cairan b.d kelebihan asupan natrium tidak ditemukan mengalami kelebihan volume cairan tidak ditemukan kesenjangan karena pasien tidak mengalami kelebihan dengan data pasien tidak ditemukan adanya oedem, Pada diagnosa Perubahan eliminasi urinaria b.d poliuria dan nokturia tidak ditemukan kesenjangan karena pasien tidak mengalami gangguan pada perubahan eliminasi urinaria, Pada diagnosa Hambatan moilitas fisik b.d (kelemahan,aktivitas terbatas,koma diabetik) tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien bisa melakukan kegiatan sehari hari walaupun dengan sedikit menahan nyeri, Pada diagnosa Gangguan citra tubuh b.d kehilangan bagian tubuh tidak ditemukan kesenjangan karena pasien sabar dan ikhlas menerima keadaan bahwa akit adalah ujian, Pada diagnosa Harga diri rendah b.d nafas bau aseton dan bau pada luka gangren tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien selalu menjaga kebersihan dirinya, Pada diagnosa Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit tidak ditemukan adanya kesenjangan karena tidak ditemukan adanya data yang mendukung untuk diangkat diagnosa resiko infeksi, Pada diagnosa Resiko cedera b.d penurunan kesadaran tidak mengalami adanya kesenjangan karena pasien bisa melakukan aktivitas sehari hari dan tidak mengalami penurunan kesadaran.

4.2.1.5 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan cerita hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Begitu juga dengan tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteria hasil yang juga mengacu pada tujuan.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksaaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinir dan terintegrasi.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik. Hal – hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan perawatan dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawatan di ruang Bangsal Melati kepada penulis. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Mengobservasi kulit akan adanya kemerahan. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, Mengoleskan lotion/baby oil pada daerah yang tertekan., Pertahankan linen tetap kering, Lakukan prosedur rawat luka aseptik, Mobilisasi pasien / ubah posisi pasien tiap 2 jam.

4.4.2 Implementasi diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan Penumpukan pus.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Mengobservasi nyeri yang dialami klien, Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi pada klien untuk mengurangi nyeri , Melakukan prosedur rawat luka aseptik, Pemberian Injeksi Santagesik IV 3x1 mg.

4.4.3 Implementasi diagnosa keperawatan Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuha tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Mengobservasi bunyi usus dengan auskultasi, Melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, Menganjurkan untuk mengonsumsi makanan yang hangat, Lakukan penimbangan BB setiap hari/pengukuran lingkaran lengan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat .

4.4.4 Implementasi diagnosa keperawatan Defisiensi pengetahuan berhubungan dengankurangnya informasi terkait dengan penyebab penyakit dan pengobatan yang dijalani.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus Kaji tingkat pengetahuan pasien& keluarga tentang penyakitnya, Berikan penjelasan pada pasien tentang

penyakitnya dan kondisinya sekarang, Mengajukan pasien dan keluarga untuk memperhatikan diet makanya, Meminta pasien & keluarga untuk mengulang kembali materi yang telah diberikan.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan gangren. S : Pasien mengatakan luka dikakinya semakin membaik dan sembuh, O : Keadaan umum cukup baik, Luka sekitar tampak mulai membaik dan bergranulasi tumbuh jaringan baru, Pus mulai berkurang, GCS 456, Wajah pasien tampak rileks, A : Masalah teratasi sebagian, P : Intervensi dilanjutkan no 4,5,6, Pada akhir catatan perkembangan tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan pada tanggal 26 Februari 2019. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan penumpukan PUS, S : Klien mengatakan mengatakan nyeri dada berkurang O : pasien tidak tampak menyeringai, Keadaan umum cukup, TTV : TD 120/80 mmHg, N 84x/mnt, RR 20x/mnt A : Masalah teratasi, P : intervensi dihentikan, Dan pada akhir catatan perkembangan masalah sudah teratasi pada tanggal 26 Februari 2019. Pada diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan proses penyakit, S : Pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik walaupun makanya sedikit tapi sering. O : Keadaan umum cukup baik, GCS 456, Konjungtiva berwarna merah muda, Pasien tampak rileks, Nafsu makan mulai membaik walaupun makan sedikit tapi sering dan tampak memakan

selingan roti, A : Masalah teratasi sebagian, P : Intervensi dilanjutkan no 2,3,4. Pada akhir catatan perkembangan tindakan yang tepat dan benar dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 26 Februari 2019. S : Pasien mengatakan mulai memahami tentang penyakitnya. O : Pasien dan keluarga mengatakan sudah mulai paham tentang penyakitnya, pasien dan keluarganya terlihat sedikit rileks dan berkurang cemasnya. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan no 3-4. Pada akhir catatan perkembangan tindakan yang tepat dan benar dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 26 Februari 2019

Pada akhir evaluasi semua tujuan dicapai karena pasien setiap hari menunjukkan perkembangan yang baik dan pengecekan GDA sudah normal. Hasil evaluasi pada Ny.H sudah dicapai. Sebelum KRS, Penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya :

- 1.4.1 Menganjurkan klien mengkonsumsi makanan dan minuman khusus untuk penderita diabetes mellitus / diet rendah gula.
- 1.4.2 Membatasi aktivitas pasien sesuai dengan kemampuan.
- 1.4.3 Menganjurkan rutin untuk kontrol dirumah sakit terdekat dan mengikuti saran dokter dan menjalani pengobatan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Diabetes Mellitus (DM) di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan kepaerwatan klien dengan Diabetes Mellitus (DM).

5.1 Simpulan

Dari data uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus (DM), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pada pengkajian pada tinjauan kasus didapatkan keluhan utama pada pengkajian klien yaitu mengeluh adanya ulkus/gangren pada kaki pasien bagian kiri.

Masalah keperawatan yang muncul adalah Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan mengalami perbaikan. Dilakukan intervensi Observasi kulit akan adanya kemerahan, Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, Mengoleskan lotion/baby oil pada daerah yang tertekan, Pertahankan linen tetap kering, Lakukan prosedur rawat luka aseptik, Mobilisasi pasien / ubah posisi pasien tiap 2 jam.

5.1.2 Pada diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat pertama yaitu mengeluh nyeri pada ulkus/gangren pada kaki bagian kiri.

Masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan Kriteria hasil : Pasien mengatakan jika nyeri berkurang, Pasien tidak menyeringai, Skala nyeri berkurang (0-3), Pasien tidur dengan tenang dan tidak gelisah, Tidak adanya pembengkakan dan perbaikan jaringan yg rusak, Pasien dapat beraktivitas dengan tenang. 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 santagesik.

5.1.3 Pada diagnosa selanjutnya yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi. Dilakukan Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan dapat menunjukkan Nafsu makan pasien meningkat, Hb normal (12,0- 18,0 g/dl), Konjungtiva berwarna merah muda tidak anemis, Berat badan pasien naik. Dilakukan intervensi Observasi bunyi usus dengan auskultasi, Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, Lakukan penimbangan BB setiap hari/pengukuran lingkaran lengan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

5.1.4 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.H sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi .

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 pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.

5.2.3 Dalam meningkatkan asuhan mutu keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu penyuluhan atau suatu pertemuan yang membahas tentang kesehatan yang ada pada klien.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.

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

DAFTAR PUSTAKA

- Bierman J and Toohey B. (1990) *Buku Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diabetes. Los Angeles, J Tarcher.*
- Lanywati. (2007) *Buku Aplikasi Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8.*
- Kusniawati. (2011). *Analisis factor yang Berkontribusi Terhadap Self care Diabetes PadaKlien DM Tipe II di RumahSakitUmumTangerang. Jakarta: FakultasIlmuKeperawatanUniversitas Indonesia.*
- Ndraha,Suzanna. (2014). *Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Tata Laksana Terkini. Jakarta: Departement Penyakit Dalam, FK Universitas Krida Wacana.*
- Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medisdan Nanda Nic-Noc. Jogjakarta: Mediaction.*
- Putra, K. W. R., Toonsiri, C., & Junprasert, S. (2016). Self-efficacy, psychological stress, family support, and eating behavior on type 2 diabetes mellitus. *Belitung Nursing Journal*, 2(1), 3-7. Doi: <https://doi.org/10.33546/bnj.5>
- Santi Damayanti, S.Kep Ns (2001) *Buku Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan keperawatan.*
- Suzanne C.Smelter & Brenda G. Bareda G.Bare (2005) *Keperawatan Medikal Bedah Penerbit Buku Kedokteran EGC (Vol 2) Jakarta.*
- Sudoyono, dkk. Edisi (2016) *Buku Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc hal : 168.*