

KARYA TULIS ILMIAH

“STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI PUSKESMAS PENFUI ”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



MERLIN MONALISA POLIN

NIM: PO.530320118218

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG BADAN PENGEMBANGAN DAN
PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

2019

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. K DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI PUSKESMAS PENFUI ”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Program Pendidikan Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



MERLIN MONALISA POLIN
NIM: PO.530320118218

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG BADAN PENGEMBANGAN DAN
PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Merlin Monalisa Polin, Nim : NIM : PO. 530320118218, dengan judul “**Asuhan Keperawatan Aada Ny. K Dengan Diabetes Melitus Tipe ii di Puskesmas Penfui Desa Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang**” telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan.

Pembimbing

Yustinus Rindu, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 19661231 198901 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus "Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diabetes Melitus Tipe II di Puskesmas Penfui Desa Penfui Kecamatan Maulafa Kota Kupang "

Disusun Oleh :

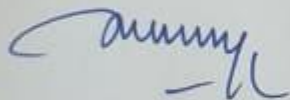


Merlin Monalisa Polin
NIM : PO. 530320118218

Telah Diuji di Depan Dewan Penguji Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program RPL Jurusan Keperawatan kupang, Pada Tanggal, 23 Juli 2019

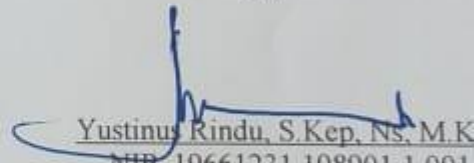
Dewan Penguji

Penguji I




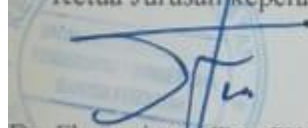
Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes
NIP. 19570215 198201 1 001

Penguji II



Yustinus Rindu, S.Kep. NS., M.K
NIP. 19661231 198901 1 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 19691120 199303 1 001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Tali, S.Kep.NS., MSc
NIP. 19770727 200003 2 00

BIODATA PENULIS

Nama : Merlin Monalisa Polin
Tempat / Tanggal Lahir : Kupang, 21 Maret 1985
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Lalamentik No. 32
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat TK Manusia Karya di Ebufu 1983
2. Tamat SDN Oebobo I 1989
3. Tamat SMPN 8 Kupang 2001
4. Tamat SPK Waikabubak 2004
5. Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Polteknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

**Pemenang bukannya tak pernah gagal, tapi pemenang tak pernah menyerah.
Karena bersama Tuhan kita akan menjadi pemenang.**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dan memberkati dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA

Ny. K DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI PUSKESMAS PENFUI ”
tanggal 15-18 Mei 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yustinus Rindu, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu , pikiran dan kesabaran serta penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian akhir di klinik dan proses penulisan hingga menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM,.M.Kes selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
5. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,NS., MSc-PH selaku ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
6. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menjadi pendidik yang memberikan materi dan bimbingan praktek serta ajaran moral dan etika selama dalam proses perkuliahan .
7. Suami dan anak tercinta serta seluruh keluarga dan kerabat yang senantiasa mendoakan dan mendukung sehingga penulis dapat menyelesaikan seluruh proses perkuliahan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Judul dan Syarat	ii
Lembar persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata Penulis	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Abstrak	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Studi Kasus	3
1.4 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	13
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	24
3.2 Pembahasan	31
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	34
Bab 4 Penutup	
4.1 Kesimpulan	35
4.2 Saran	36
Daftar Pustaka	37
Lampiran	

ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah Oleh Merlin Monalisa Polin, Nim : Po. 530320118218, dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. K Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Penfui ”

Latar Belakang: Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya (Kowalak, dkk.2016). Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia. International Diabetes Federation mengatakan DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2017 (IDF, 2017). Penderita diabetes melitus penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe II yang meliputi: pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada tahap pengkajian pada riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga sesuai dengan teori dan kasus nyata yang ditemukan. Dan untuk diagnosa keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, pada kasus nyata terdapat 3 masalah kesehatan yang sesuai dengan teori. Untuk evaluasi keperawatan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016). Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (IDF, 2015).

Diabetes Melitus disebut dengan the silent killer karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tingginya prevalensi diabetes melitus Tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin, umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan, konsumsi alkohol, dan indeks masa tubuh, aktivitas fisik, lingkar pinggang.

International Diabetes Federation mengatakan Prevalensi DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2011. Jika tren ini berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan dapat mencapai 552 juta orang, atau 1 dari 10 orang dewasa akan terkena diabetes melitus.

Diabetes melitus saat ini telah menjadi ancaman serius kesehatan global, 70% dari total kematian di dunia dan lebih dari setengah beban penyakit. 90-95 % dari kasus diabetes adalah diabetes tipe II yang sebagian besar dapat dicegah karena disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat (WHO, 2016). Pada tahun 2015

Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita diabetes tertinggi didunia bersama dengan Negara China, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Mexico, dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10 juta jiwa. Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu masalah besar dibidang kesehatan yang ditandai dengan tingginya prevalensi DM tahun 2013-2018 yang telah mencapai 8,5 % pada usia ≥ 15 tahun (Riskesdas, 2018).

Di provinsi NTT Prevalensi penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosa oleh dokter dan diperkirakan gejala akan meningkat seiring bertambahnya usia (Riskesdas 2013). Di kota Kupang, Sebagian besar pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II berusia kurang dari 70 tahun, sebanyak 81,5%, berjenis kelamin perempuan 70,8%. Kasus Diabetes Mellitus yang ditemukan di puskesmas Penfui terhitung bulan Januari- Mei 2019, mencapai angka 0,18 %. Dengan rincian laki-laki 7 orang dan perempuan 9 orang.

Untuk mengatasi masalah diabetes melitus, pemerintah di Indonesia menekankan pentingnya food labelling untuk peringatan kepada masyarakat mengenai makanan dan minuman yang tidak sehat (terlalu banyak mengandung gula, garam dan lemak). Untuk mencapai keberhasilan upaya pencegahan dan pengendalian diabetes, diperlukan kerja sama pemangku kepentingan lain diluar sektor kesehatan, baik lintas sektoral di tingkat nasional, kerja sama kawasan (regional) maupun secara global.

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

1.2. Rumusan Masalah

- 1) Bagaimana gambaran pengkajian asuhan keperawatan Pada Ny. K dengan Diabetes militus tipe 2 di Puskesmas Penfui.
- 2) Bagaimana rumusan diagnosa Keperawatan Pada Pada Ny. K. Dengan Diabetes militus tipe 2 di Puskesmas Penfui.
- 3) Bagaimana proses merencanakan asuhan keperawatan Pada Ny K dengan Diabetes militus tipe 2 di Puskesmas Penfui.
- 4) Bagaimana proses implementasi keperawatan Pada Pada Ny. K dengan Diabeten militus tipe 2 di Puskesmas Penfui
- 5) Bagaimana proses Evaluasi asuhan keperawatan Pada Ny K dengan Diabetes Militus di Puskesmas Penfui.

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mempelajari asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada Ny. K dengan Diabetes Militus.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mempelajari pengkajian keperawatan dengan masalah Diabetes Militus Tipe 2 pada Ny. K di Puskesmas Penfui.
- 2). Mempelajari proses penegakan diagnosa keperawatan pada Ny. K dengan masalah diabetes Militu tipe 2 di Puskesmas Penfui
- 3). Mempelajari proses perencanaan keperawatan dengan masalah diabetes militus tipe 2 di Puskesmas Penfui.
- 4). Mempelajari proses tindakan keperawatan pada Ny. K dengan masalah diabetes militus pada Ny. K di Puskesmas Penfui
- 5). Mempelajari cara evaluasi keperawatan pada Ny K dengan masalah diabetes militus di Puskesmas Penfui

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Ny. K dengan Diabetes Melitus Tipe II.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

1.3.3 Bagi Puskesmas Penfui

Dapat memanfaatkan hasil study kasus dalam bidang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dalam mendukung evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan.

1.3.4 Bagi Pasien

Dapat memahami konsep teori penyakit Diabetes Melitus Tipe II, cara Pencegahan, Perawatan, Diet, Dan Pengobatan Penyakit Diabetes Melitus.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kosep Teori Diabetes Melitus Tipe II

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus Tipe II adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016). Diabetes melitus merupakan penyebabhiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagaihal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk kedalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormoninsulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormoninsulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (WHO, 2016).

2.1.2 Etiologi DM Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insuline dan gangguan sekresi insuline pada diabetis tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peran dalam proses terjadinya resistensi insuline. Selain itu terdapat pula faktor -faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah :

- 1). **Obesitas.** Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
- 2). **Usia.** Resistensiunsilencendrung Cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun.
- 3). **Gestasional,diabetesmelitusdengan kehamilan (diabetes melitus gaestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang di sertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alami sementara selama masa kehamilan. Artinya kondisi**

diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali di dapat selama kehamilan , biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & Suddarth, 2015).

2.1.3. Klasifikasi Diabetik Melitus menurut American diabetes Asociation adalah sebagai berikut:

- 1). DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute ,Autoimun,Idiopatik.
- 2). Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek insulin disertai resistensi insulin.
- 3). Tipe Lain : Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom rabson Mendenhal, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosistik, Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, feokromositoma, Obat atau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazid, Infeksi: rubellacongenital, Immunologi (jarang): sindrom stiff-man, anti bodi anti reseptor insulin , Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- 4). Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM. 5%-10% penderita diabetes adalah tipe I Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe II umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga faktor yang mempengaruhi timbulnya diabetes melitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth, 2015)

2.1.3 Patofisiologi DM Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. (Bruner & Suddarth, 2015)

2.1.4 Manifestasi klinis

1) Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolaritas menyebabkan cairan intrasel berdifusi ke dalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria).

2) Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

3) Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

4) Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transportkedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofidan penurunan secara otomatis.

5) Malaise atau kelemahan

6) Kesemutan ,Lemas dan Mata kabur. (Brunner & Suddart, 2015)

2.1.5 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari Diabetes Mellitus (Mansjoer dkk, 2000) adalah

1). Akut

- a) Hipoglikemia dan hiperglikemia
- b) Penyakit makrovaskuler : mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).
- c) Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati.
- d) Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstrimitas), saraf otonom berpengaruh pada gastro intestinal, kardiovaskuler (Suddarth and Brunner, 2000).

2). Komplikasi menahun Diabetes Mellitus

- a) Neuropati diabetic
- b) Retinopati diabetic
- c) Nefropati diabetic
- d) Proteinuria
- e) Kelainan koroner
- f) Ulkus/gangren . Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain:

Grade 0 tidak ada luka; Grade I kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit; Grade II kerusakan kulit mencapai otot dan tulang; Grade III terjadi abses; Grade IV Gangren pada kaki bagian distal
Grade V Gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

- 1). Postprandial : Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130mg/dl mengindikasikan diabetes.
- 2). Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilaikadarguladarah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi6,1% menunjukkan diabetes.
- 3). Tes toleransi glukosa oral : Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 grgula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normaldua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
- 4). Tes glukosa darah dengan fingerstick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

2.1.7 Penatalaksanaan

- 1). Non Famokologi

Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai penyakit dan diperlukan kerjasama semua pihak ditingkat pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai usaha dan akan diuraikan sebagaiberikut :Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes : Diet, Latihan, Pemantauan, Terapi (jika diperlukan) dan Pendidikan.

- a) Diet untuk pasien Diabetes Melitus, meliputi :

Tujuan Diet Penyakit Diabetes melitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara :

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asuhan makanan dengan insulin.
2. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.
4. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia.
5. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

b) Syarat diet :

1. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal.
2. Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total.
3. Kebutuhan lemak sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
4. Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%.
5. Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas.
6. Asupan serat dianjurkan 25g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah
7. Pasien DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur seperti orang sehat yaitu 3000mg/hari. Cukup vitamin dan mineral.

c) Bahan makanan yang boleh dianjurkan untuk diet DM :

1. Sumber karbohidrat kompleks : Seperti nasi, Roti, Kentang, Ubi, Singkong dan sagu
2. Sumber Protein Redah Lemak : seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tempe dan kacang-kacangan

3. Sumber lemak dalam jumlah terbatas. Makanan terutama dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus dan dibakar.

d) Bahan-bahan makanan yang tidak dianjurkan (Dibatasi/dihindari)

1. Mengandung banyak gula sederhana seperti : Gula pasir, Gula Jawa, sirop, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan dan es krim

2. Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji, gorengan-gorengan.

3. Mengandung banyak natrium : seperti ikan asin, makanan yang diawetkan.

e) Latihan Jasmani

Pada penyandang diabetes tipe II yang obesitas, latihan dan penatalaksanaan diet akan memperbaiki metabolisme glukosa serta meningkatkan penghilang lemak tubuh. Latihan yang digabung dengan penurunan BB akan memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan pasien terhadap insuline atau obat hipoglikemia oral. Pada akhirnya, toleransi glukosa dapat kembali normal. Penderita diabetes tipe II yang tidak menggunakan insuline mungkin tidak memerlukan makanan ekstra sebelum melakukan latihan.

2). Secara Farmakologi

a. Obat Hipoglikemik

1) Sulfonilurea. Obat golongan sulfonilurea bekerja dengan cara : Menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, Menurunkan ambang sekresi insulin. Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanya diberikan pada pasien dengan BB normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang beratnya sedikit lebih.

2) Insulin.

Indikasi pengobatan dengan insulin adalah :

- a) Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk kedalam ketoasidosis.
- b) DM dengan kehamilan/ DM gestasional yang tidak terkontrol dengan diet (perencanaan makanan).
- c) DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah pasien. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin. Dosis pemberian insulin pada pasien dengan DM dengan jenis obat sebagai berikut:
 1. Kerja cepat(rapidacting) retensi insulin 5-15 menit puncak efek 1-2 jam, lama kerja 4-6 jam. Contoh obat: insulilispro(humalo), insulin aspart2.
 2. Kerja pendek (shortacting) awitan 30-60 menit, puncak efek 2-4 jam, lama kerja 6-8 jam.
 3. Kerja menengah(intermediateacting) awitan 1,5-4 jam , puncak efek 4-10 jam, lama kerja 8-12 jam),awitan 1-3 jam, efek puncak hampir tanpa efek, lama kerja 11-24 jam.Contoh obat: lantus dan levemir.Hitung dosis insulin.
Rumus insulin: insulin harian total = 0,5 unit insulin x BB pasien ,Insulin prandial total(IPT) = 60% , Sarapan pagi 1/3 dari IPT, Makan siang 1/3 dari IPT, Makan malam 1/3 dari IPT

d. Penyuluhan

Edukator bagi pasien diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologikkualifas hidup yang lebih baik. (Bare & Suzanne, 2002).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pasien Tipe II

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Identitas merupakan ciri-ciri atau keadaan khusus seseorang: jati diri seseorang. Identitas klien meliputi 1) Nama; sangat penting untuk menjalin sebuah hubungan komunikasi yang baik dan mempermudah dalam hal sapa menyapa. 2) Umur; pentingnya diketahui umur pada lansia sangat berkaitan erat dengan kemampuan aktivitas fisik seorang lansia. 3) Jenis kelamin; perlu diketahui untuk bisa membedakan mana yang perlu ditanyakan mengenai laki-laki dan perempuan. 4) Agama; sangat diperlukan dalam hal kerohanian misalnya katolik berhubungan dengan doa rosario dan lain-lain. 5) Suku bangsa; berhubungan dengan adat istiadat dan bahasa yang digunakan setiap hari. 6) Alamat; untuk mengetahui tempat tinggal sebelum masuk di Panti dan apakah tempat yang dulu menyenangkan atau tidak. 7) Tanggal masuk Panti; penting untuk diketahui berapa lama berada di Panti. 8) Tanggal pengkajian; diketahui untuk dapat menentukan rencana asuhan keperawatan berapa hari kedepannya, dan kesediaan lansia untuk dikaji. 9) Diagnosa medis; untuk mengetahui penyakit apa yang diderita lansia tersebut.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan
3. Riwayat Kesehatan Dahulu : Riwayat penyakit pancreas,hipertensi,ISK berulang
4. Riwayat Kesehatan Keluarga :Riwayat penyakit pancreas, hipertensi, ISK berulang
5. Pemeriksaan Penunjang
 - a. kadar glukosa darah, Gula darah sewaktu/random>200 mg/dl, gula darah puasa > 140 mg dan gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl

- b. Aseton plasma – hasil (+) mencolok, Aseton lemak bebas – peningkatan lipid dan kolestrol
- c. osmolaritas serum (>330 osm/l)
- d. urinalisis – proteinuria,ketonuria,glukosuria

6. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Saat dilakukan inspeksia biasanya ditemukan kondisi seperti tingkat ketegangan/kelelahan, tingkat kesadaran kualitatif atau GCS dan respon verbal klien (Pasien harus waspada dan sadar akan waktu, tempat dan orang. Disorientasi terjadi pada gangguan otak (misalnya delirium, demensia), stroke, dan trauma fisik. Pasien letargi umumnya mengantuk dan mudah tertidur, terlihat mengantuk, dan merespon pertanyaan dengan sangat lambat. Pasien stupor hanya merespon jika digoncang dengan keras dan terus menerus dan hanya dapat member jawaban yang terdengar seperti menggerutu tidak jelas. Pasien yang sama sekali tidak sadar (pasien koma) tidak merespon stimulus dari luar ataupun nyeri. Pada respon motorik ketika di panggil pasien langsung merespon dan respon mata langsung melihat ke arah yang di panggil, melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti peningkatan glukosa dalam darah > 140 mg/dL dapat ditemukan, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat to to.

b) Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP;

sedangka saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

c) Dada

Dada : Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan eupnea,tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetrиси, Perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Askultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

d) Sistem Kardiovaskuler

Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V seblah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II seblah kanan sternum.

e) Gastrointestinal/Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya

massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Teknik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit: Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus. Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan

menggunakan gunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

f) Extremitas

Inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

7. Pengkajian (Doengoes, 2001):

a. Aktivitas atau istirahat.

Tanda: Lemah, letih, susah, bergerak/susah berjalan, kram otot, tonus otot menurun. Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/daya aktivitas, Letargi/disorientasi, koma.

b. Sirkulasi

Tanda : Adanya riwayat hipertensi : infark miokard akut, kesemutan pada ekstremitas dan tachicardia. Perubahan tekanan darah postural : hipertensi, nadi yang menurun/tidak ada. Disritmia, krekel : DVJ.

c. Neurosensori

Gejala : Pusing / pening, gangguan penglihatan, disorientasi: mengantuk, letargi, stupor / koma (tahap lanjut). Sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan, gangguan memori (baru, masa lalu): kaca mental, reflek tendon dalam (RTD) menurun (koma), aktifitas kejang.

d. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Abdomen yang tegang / nyeri (sedang berat), wajah meringis dengan palpasi : tampak sangat berhati – hati.

e. Keamanan

Gejala : Kulit kering, gatal : ulkus kulit, demam diaphoresis, Menurunnya kekuatan immune / rentang gerak, parastesiaparalysis otot

termasuk otot – otot pernapasan (jika kadarkalium menurun dengan cukup tajam).Urine encer, pucat, kuning, poliuria (dapat berkembangmenjadioliguria /anuria jika terjadi hipolemia berat).Abdomen keras, bising usus lemah dan menurun: hiperaktif (diare).

f. Pemeriksaan Diagnostik

Gejala : - Glukosa darah : meningkat 100 – 200 mg/dl atau lebih. - Aseton plasma : positif secara menyolok. - Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat Osmolaritas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dari osm/l.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intakeoral :anoreksia, abnominalpain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH ataukarena proses luka.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.
5. Resiko gangguan persepsi sensoris: penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa atau insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.
6. Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).
7. Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi, (Saferi, 2013).

2.2.3 Intervensi

1) Diagnosa Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik,kehilangangastrik berlebihan masukan yang terbatas. (Saferi, 2013).
Dengan Tujuan : Pasien akan menunjukkan cairan dalam batas normal selama dalam perawatan, dengan Kriteria hasil : Turgor kulit baik,Tanda vital stabil, Nadi perifer dapat teraba, cairan dan elektrolit dalam batas normal.
denganIntervensi :

a) kaji riwayat pasien berhubungan dengan lamanya/intensitas dari gejala seperti muntah,pengeluaran berlebihan

Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume tubuh total

b) Pantau Tanda Vital

Rasional: hipovolemi dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi

c) Pantau masukan dan haluaran ,catatat BJ urine

Rasional : memberikan perkiraan akan pergantian cairan dan fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

d) Ukur BB setiap hari

Rasional : memberikan hasil pengkajian terbaik dan status cairan yang sedang berlangsung

e) Kalaborasi : Berikan terapi cairan sesuai indikasi

2) DiagnosaKetidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insuline,penurunanmasukan oral, hipermetabolisme (Clevo, 2012).

Tujuan : Pasien akan meningkatkan nutrisi nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan

Kriteria hasil : Berat badabn normal , Menghabiskan porsi makan sesuai diit,

Keluhan mual/ muntah berkurang atau tidak ada dengan Intervensi:

a) Timbang BB setiap hari

Rasional: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

b) Tentukan program diet dan pola makanan pasien dan bandingkan dengan makana yang dihabiskan pasien

Rasional: mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

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

Rasional : hiperglikemi dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung(distensi atau ileusparalitik)

d) Libatkan keluarga pada perencanaan makanan sesuai indikasi

Rasional : memberiksn informasi kepada keluarga untuk memahami nutrisi klien.

e) Kalaborasi dengan ahli nutrisi

f) Rasional ; sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyusunan diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

3) Diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/gangguan sirkulasi (Saferi, 2013).

Tujuan : Klien terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan Kriteria

hasil : infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih' tidak bernanah dan tidak berbau, Intervensi :

a) Obserrvasi tanda-tanda infeksi dan peradangan

Rasional : pasien mungkin masuk dengan infeksi yang mencetus keadaan infeksi nosokimial

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

Rasional ; mencegah timbulnya infeksi nosokimial

c) Pertahankan teknik aseptik prosedur invasive

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

d) Anjurkan pasien untuk makan dan minum adekuat

Rasional : menurunkan kemungkingterjdinya infeksi

e) Kalaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai

Rasional : penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

4) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status metabolik (neuropati perifer) **Tujuan** : gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan. **Kriteria hasil** : Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi. Dengan Intervensi :

- a) Kaji luka, adanya epitelisasi, perubahan warna, adanya push, edema
- b) Kaji adanya nyeri dan infeksi
- c) Lakukan perawatan luka dengan teknik steril.

5) Diagnosa Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).

Tujuan : pasien dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri

Kriteria Hasil : Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2. Dengan Intervensi

- a) Kaji tingkat nyeri, kualitas, frekuensi, presipitasi, durasi dan lokasi
Rasional : mengetahui subjectivitas klien terhadap nyeri untuk menentukan tindakan selanjutnya
- b) Monitor vital sign
Rasional : nyeri mempengaruhi TTV
- c) Lakukan teknik distraksi dan relaksasi
Rasional : mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri

6) Diagnosa: Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi Tujuan : Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan Kriteria hasil: Pasien dapat mengungkapkan masalah, memintainformasi dan selalu bertanya, mengungkapkan pemahaman terhadap penyakit dengan Intervensi:

- a) Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk pasien dan Rasional : menanggapi perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar
- b) Diskusikan tentang rencana diet dan penggunaan makanan tinggi serat
Rasional : kesadaran pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan dan mentaati program diet.

- c) Instruksikan pemeriksaan secara rutin pada kaki dan lakukan perawatan kaki Rasional; mencegah, mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan neuropati perifer dan gangguan sirkulasi terutama ganggren dan amputasi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien
2. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan kerusakan integritas kulit
3. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya resiko infeksi
4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri .
5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk menambah pengetahuan klien mengenai penyakitnya.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Evaluasi pada diagnosa II adalah : Pasien akan meningkatkan nutrisi nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan. Dengan kriteria hasil : Berat badan normal, Menghabiskan porsi makan sesuai diit, Keluhan mual/ muntah berkurang atau tidak ada.
2. Evaluasi pada diagnosa III adalah Klien akan terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan. Kriteria hasil: infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih tidak bernanah dan tidak berbau.
3. Evaluasi pada diagnosa V adalah gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan. Dengan kriteria hasil: Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi

4. Evaluasi pada diagnosa VI adalah pasien dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri. Dengan Kriteria Hasil: Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2.

BAB 3

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus.

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 15- 18 Juli 2019 di wilayah kerja Puskesmas Penfui yang beralamat di Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa Kota Kupang. Wilayah kerja penfui mencakup tiga kelurahan diantaranya penfui, maulafa, dan naimata dalam wilayah kecamatan maulafa, dengan luas wilayah kerja sebesar 23,9 km². Distribusi tenaga kesehatan dipuskesmas Penfui 2 orang dokter / dokter layanan primer, 1 orang dokter gigi, 7 orang perawat umum, 2 orang perawat gigi, 12 orang bidan, 2 orang tenaga gizi, 2 orang tenaga kefarmasian, dan 2 orang tenaga administrasi. Saat pengambilan data pasien dengan Diabetes Melitus penulis melakukan di poli klinik puskesmas Penfui, kemudian mengambil alamat keluarga. Selanjutnya melakukan kunjungan rumah selama 3 hari.

3.1.2 Pengkajian

1) Identitas

Hasil pengkajian di dapatkan data sebagai berikut : Nama : Ny. K, jenis kelamin perempuan, (umur 62 tahun) dengan pendidikan terakhir SMA, agama kristen protestan, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, tampak sakit, memiliki keluhan sakit kepala, sering merasa lapar, sering merasa haus, dan banyak berkemih. TD: 140/90 mmHg. Alamat Ny. K di Kelurahan Penfui, Kecamatan Maulafa, RT 012/RW 005, suku Jawa.

2) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan terasa sakit pada daerah kepala, skala nyeri 4, sifat keluhan seperti tertusuk-tusuk, Ny. K mengatakan nyeri timbul saat kadar glukosa darah meningkat, dan nyeri berkurang saat Ny. K telah minum obat yang didapat dari puskesmas. Ny. K juga mengeluh mengalami peningkatan berat badan. Upaya yang

dilakukan Ny. K untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami adalah dengan mengikuti Posyandu lansia dan mengontrol Kadar glukosa darah ke Puskesmas.

3) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu Ny. K mengatakan sebelumnya pernah mengalami Gastritis, kolesterol dan hipertensi, namun tidak memiliki alergi. Obat-obatan yang dikonsumsi Ny. K, adalah anatasida, merformin 3x/hari. Riwayat penyakit keluarga, Ny. K mengatakan jika dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama seperti yang dialaminya saat ini.

- 4). Pola Nutrisi : Ny. K mengatakan sebelum dirinya sakit Ny.K biasa makan 3-4 kali sehari dan mudah terasa lapar, makanan yang paling disukai Ny. K adalah roti. Saat ini Ny. K biasa makan 5x sehari dan tidak memiliki makanan tambahan seperti roti atau pun kue lainnya. Minuman yang disukai Ny.K adalah air putih Ny.K mengatakan jika dalam sehari Ny.K wajib menghabiskan air putih 5-8 gelas. Turgor kulit tampak jelek, bersisik dan kering. Pola Eliminasi: saat dilakukan pemeriksaan bising usus didapatkan bunyi bising usus Ny.K 3x/mnt, pasien juga mengatakan jika dirinya sering BAK di malam hari, frekuensi BAK dalam sehari 6x warna urin kuning, dengan jumlah urin \pm 300ml. Pola neurosensori didapatkan: sering pusing, seluruh tubuh terasa lemah, mati rasa pada jari kaki kanan dan kram pada otot terutama pada kedua kaki, sering mengantuk dan tampak kurang berkonsentrasi saat wawancara dengan pasien.

5). Pemeriksaan Fisik

a. Keadaa Umum

Saat dilakukan pemeriksaan dengan metode indpeksi terligan Ny K dalam keadaan Composmetis dengan Nilai GCS 15 yang terdiri dari Mata (Eye 4) Ny K mebuca mata secara sponta saat disapa, Verba (bicara 5) Ny K dapat berbicara dengan perawat secara baik dan benar Motorik dengan 6 Ny. K dapat menunjukkan Tempat yang sakit dengan benar saat dilakukan pengukuran Tanda- tanda Vital; TD :

140/90 mmHg N : 82x/mnt S: 36,5 C RR : 22x/mnt .

b. Kepala, Mata, Telinga, Hidung, Mulut dan Leher

Pada bagian kepala saat dilakukan pemeriksaan dengan metode inspeksi dan palpasi; saat dilakukan inspeksi terlihat rambut Ny K sudah memulai memutih, bersih, ombak, terdapat ketombe, tidak ada benjolan, sklera mata bening, conjungtiva anemis, sklera ikterik. pemeriksaan snelecart ditemukan jarak pandang terbatas, pasien hanya mampu melihat objek yang jelas dengan jarak 2 meter, hidung terlihat bersih tidak ada polip, telinga tidak ada gangguan, saat tes garputala pendengaran dalam batas normal, pada leher saat dilakukan palpasi tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada gangguan saat menelan.

c. Dada dilakukan pemeriksaan dengan metode IPPA Inspeksi terlihat dada simetris, tidak ada pembesaran dada, tidak ada lesi/luka. Palpasi untuk mengetahui bata jantung atas pada sela iga ke 2, saat di perkusi tidak ada bunyi abnormal, saat auskultasi dengar bunyi jantung lup dan dup.

d. Dalam pemeriksaan abdomen penulis menggunakan IPPA dengan membagi empat kuadran (Kiri atas dan bawah serta kanan atas dan bawah) kuadrat kiri atas terdapat organ jantung. Saat di inspeksi terlihat tidak ada luka, lesi dan pembesaran abdomen. Saat di palpasi pada kuadran kanan atas terdengar bunyi redup karena terdapat organ hati, saat diperkusi tidak ada kembung, saat diuskultasi bising usus 6x/menit.

e. Genitalia IP tampak bersih, tidak ada luka atau lesi, tidak ada benjolan dan oedema.

f. Ekstremitas IP kekuatan Otot saat dilakukan pemeriksaan ditemukan, Pasien tampak lemah, tampak sulit bergerak dan berjalan, tampak terasa kram pada kaki tampak napas cepat saat melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstermitas bawah bagian kanan 4 dan ekstermitas kiri 5, ekstermitas atas kekuatan otot 5 Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 03 Juni 2019 didapatkan, GDS 155 g/dl.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (kode: 00132) domain 12 kenyamanan, kelas 1 kenyamanan fisik, yang ditandai dengan: pasien mengeluh terasa nyeri kepala seperti tertusuk- tusuk. Nyeri yang dirasakan bersifat menetap dengan skala nyeri 4 (sedang), nyeri terjadi saat kadar glukosa darah meningkat, biasanya nyeri berlangsung kurang setelah pasien minum obat. Pasien tampak sakit sedang. TTV : TD : 140/90, N: 82x/mnt, RR: 22x/mnt, S: 36,5 °C.
2. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang berlebihan (kode 00002) domain 2 nutrisi, kelas 1 makan, yang ditandai dengan pasien tampak gemuk, frekuensi makan 5x/hari, minum 5-8 gelas/hari, kurang aktifitas, BB: 74kg, TB: 146cm, IMT 34,7 (obesitas level 2).
3. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas (kode 00032) domain 4 aktivitas, kelas 4 istirahat/tidur, yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia sulit beraktivitas karena kegemukan sehingga pasien cepat lelah ketika beraktivitas, saat dilakukan pemeriksaan TTV: TD: 140/90 mmhg, Na: 82x/m, RR: 22x/m, S: 36,5 °C.

3.1.2.2 Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis merupakan masalah yang mengancam kehidupan.
2. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang berlebihan merupakan masalah yang mengancam kesehatan.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas merupakan masalah yang mengancam kesehatan.

3.1.3 Intervensi keperawatan

3.1.3.1 Nursing Outcomes Classification (NOC)

Diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang,tidak meringgis,tidak memegang area nyeri, tidak gelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1.**Diagnosa II** mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nutrisi pasien kembali seimbang selama masa perawatan dengan kriteria hasil BB pasien berkurang, IMT dalam batas normal, tidak obesitas. **diagnosa III** mahasiswa melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami hambatan mobilitas dengan kriteria hasil pasien mengatakan tidak sulit beraktivitas, BB berkurang, tidak lemah.

3.1.3.2 Nursing Intervention Clasification (NIC)

Untuk diagnosa I dipilih dari domain 1: fisiologis dasar ,kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, (08.00 wita) mangkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat, mengajarkan nafas dalam dan batuk efektif.

Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 2 : Nutrisi, kelas 1 Makan, kode (0010). Intervensi , lakukan pengkajian kembali pola makan , ukur intake makanan dalam 24 jam, buat program latihan untuk olahraga, anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, berikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan, kolaborasi dengan ahli diet yang tepat.

Untuk diagnosa III , intervensi dipilih dari domain: 4: aktivitas dan istirahat, kelas 2 :aktivitas/ olahraga (00085) dengan intervensi monitor vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien selama latihan, bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, berikan alat bantu jika klien memerlukan, anjurkan pasien meningkatkan aktivitas, ajarkan senam kaki diabetes.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-18 juli 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Pada hari pertama tanggal 15 juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I, pada pukul 08.30 wita yaitu melakukan pengkajian, dan mengobservasi TTV, membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan pasien cara melakukan napas dalam dan batuk efektif, menganjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu. Untuk diagnosa II tindakan keperawatan yang dilakukan adalah (09.00) mengajarkan pada pasien tentang diet TKTP, membantu pasien merancang diet yang tepat bagi pasien anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak,memberikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan. Untuk diagnosa III dilakukan tindakan

keperawatan yaitu (09.30) mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, menganjurkan pasien meningkatkan aktivitas.

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa II yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita yaitu membantu pasien, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, menganjurkan pasien melakukan nafas dalam, menganjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu. Untuk diagnosa III dilakukan tindakan keperawatan yaitu (09.30) mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, (09.45) melatih senam kaki diabetes dan observasi TTV.

Pada hari keempat tanggal 18 Juli 2019, (09.00) melatih senam kaki diabetes dan observasi TTV.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 Juli 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandainyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (1-10) TTV: TD: 140/90 mmhg, Na: 82x/m, RR: 22x/m, S: 36,5 °C. Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua. pada diagnose II dengan Ketidakseimbangan nutrisi yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih sulit mengatur diet, nampak gemuk, berat badan, dari itu maka disimpulkan bahwa masalah Ketidakseimbangan Nutrisi belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Pada diagnosa III dengan hambatan mobilitas pasien mengatakan masih sulit beraktivitas karena kegemukan, maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua.

Pada tanggal 16 Juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa I, yaitu pasien, mengatakan dapat mengontrol nyeri, skala nyeri 2. Maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi di hentikan

dan pasien melakukan tindakan keperawatan mandiri dirumah., TTV: TD: 130/100 mmhg, Na: 80x/m, RR: 20x/m, S: 36 °C. Dan pada diagnosa II yaitu sudah bisa melakukan diet makan secara mandiri, BB tetap sama maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga , intervensi dihentikan dan pasien melakukan tindakan keperawatan sendiri dirumah. Untuk diagnosa III pasien mengatakan bahwa pasien sudah bisa beraktivitas, masih sedikit memerlukan bantuan. Maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan dan pasien melakukan tindakan keperawatan sendiri dirumah.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikianpun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Diabetes melitus. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan

antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan Diabetes melitus yang dirawat dirumah.

3.2.1 Pengkajian

Menurut (Doengoes, 2001): pengkajian pada pasien dengan diabetes melitus meliputi Aktivitas atau istirahat yaitu Lemah, letih, susah, bergerak/susah berjalan, kram otot,tonus otot menurun. Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/daya aktivitas, Letargi/disorientasi, koma. Pada penderita diabetes melitus akan terjadi polifagi, polidipsi, mual muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen dan obesitas.

Pada kasus yang ditemukan pada Ny. K Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan terasa sakit pada daerah kepala, skala nyeri 4, sifat keluhan seperti tertusuk-tusuk, Ny. K juga mengeluh mengalami peningkatan berat badan, dan terjadi obesitas. Ny. K mengeluh sering berkemih, sering merasa haus dan lapar, sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan pada teori dan kasus sesuai.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Herdman T (2015), Sesuai dengan data subjektif dan dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien dengan diabetes melitus akan di dapat diagnosa nyeri akut, hambatan mobilitas fisik,intoleransi aktivitas dan ketidakseimbangan nutrisi, pada Ny. K ditemukan tanda dan gejala nyeri, kenaikan berat badan, sulit beraktifitas dan badan terasa lemas, sehingga diagnosa yang ada pada teori juga di temukan pada Ny.K. Kesimpulannya tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead, dkk (2016), dalam *Nursing Outcome Classification (NOC)* digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus Diabetes melitus pada Ny.K intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah mangkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Diagnosa kedua adalah lakukan pengkajian kembali pola makan , ukur intake makanan dalam 24 jam, buat program latihan untuk olahraga, anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, berikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan, kolaborasi dengan ahli diet yang tepat.

Diagnosa ketiga adalah monitor vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien selama latihan, bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, berikan alat bantu jika klien memerlukan, anjurkan pasien meningkatkan aktivitas.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi pada kasus Ny.K dengan Diabetes melitus dilakukan selama 4 hari. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah mengkolaborasi pemberian analgetik, hal ini dikarenakan kurangnya waktu yang sangat minim serta tidak ada ketersediaan alat menganjurkan nafas dalam . untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi intervensi yang tidak dilakukan adalah kolaborasi dengan ahli diet yang tepat hal ini dikarenakan perawatan pasien yang dilakukan dirumah sehingga tidak adanya ahli diet dirumah. Untuk diagnosa hambatan mobilitas intervensi yang tidak sempat dilakukan adalah memberikan alat bantu jika diperlukan adalah tidak adanya alat bantu seperti kruk /tongkat dirumah.

3.2.4 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati), evaluasi adalah respons pasien terhadap terapi dan asuhan keperawatan yang telah dilakukan perawat. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. K, adalah alasan mengapa masalah teratasi sebagian pada diagnosa keperawatan nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi dan hambatan mobilitas. pada diagnosa nyeri akut adalah pasien masih belum sepenuhnya terbebas dari nyeri, sedangkan pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi karena pasien BB pasien belum menunjukkan perubahan serta pada diagnosa hambatan mobilitas pasien masih sulit beraktivitas. Untuk itu disimpulkan bahwa belum ada masalah yang teratasi sepenuhnya sehingga intervensi dilanjutkan secara mandiri dirumah oleh pasien.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

- 1) Hanya dilakukan pada satu pasien, dan tidak ada pasien pembandingan
- 2) Keterbatasan waktu dimana melakukan studi kasus hanya empat hari sehingga intervensi tidak dapat diimplementasikan dengan efektif dan masalah tidak dapat teratasi dengan baik.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian di dapatkan TB : 146 cm dan BB : 74 kg, tampak sakit, memiliki keluhan sakit kepala skala nyeri 4 sifat keluhan seperti tertusuk-tusuk, Ny. K juga mengeluh mengalami peningkatan berat badan. sering merasa lapar, sering merasa haus, dan banyak berkemih. TD: 140/90 mmHg. Riwayat penyakit dahulu Ny. K mengatakan sebelumnya pernah mengalami Gastritis, kolesterol dan hipertensi, namun tidak memiliki alergi. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 03 Juni 2019 didapatkan, GDS 155 g/dl.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam kasus ini ditemukan tiga diagnosa keperawatan ; 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, 2) Ketidakeimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang berlebihan, 3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas merupakan masalah yang mengancam kesehatan.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Untuk diagnosa I mangkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat, mengajarkan nafas dalam dan batuk efektif. Untuk diagnosa II, lakukan pengkajian kembali pola makan , ukur intake makanan dalam 24 jam, buat program latihan untuk olaraga, anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, berikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan, kolaborasi dengan ahli diet yang tepat. Untuk diagnosa III , intervensi dipilih monitor vital sign

sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien selama latihan, bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, berikan alat bantu jika klien memerlukan, anjurkan pasien meningkatkan aktivitas, ajarkan senam kaki diabet.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan adalah, untuk diagnosa I mengkaji nyeri, untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, mengkaji nyeri menganjurkan nafas dalam, untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi intervensi yang tidak dilakukan adalah menganjurkan pasien untuk mengurangi makanan berlemak, dan kolaborasi dengan ahli diet tentang pemberian diet yang tepat bagi pasien, untuk diagnosa hambatan mobilitas, mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, memberikan alat bantu jika klien memerlukan, menganjurkan pasien meningkatkan aktivitas.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan berdasarkan kriteria hasil dari masing-masing diagnosa. Evaluasi pada Ny. K, ketiga diagnosa yang diambil belum teratasi/teratasi sebagian.

4.2 Saran

1) Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggikan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional dan berwawasan global.

2) Bagi Pelayanan Kesehatan

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Diabetes Melitus.

3) Untuk penulis

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik ketrampilan dan pengalaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth , 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal – Bedah. Terjemahan Suzanne C. Smeltzer. Edisi 8. Vol 8. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Brunner & Suddarth , 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal – Bedah. Terjemahan Suzanne C. Smeltzer. Edisi 8. Vol 9. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Bare, Suzanne 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Ed.8, Vol. 1,2), EGC, Jakarta.
- Clevo M. Rendy & Margareth TH. 2012, Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam. Jakarta: Nuha Medika
- Doangoes, E. M. 2001. Rencana Asuhan Keperawatan edisi 3. Jakarta: EGC
- Herdman T. 2015. *NANDA Internasional. Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- IDF (International Diabetes Federation), 2015. IDF Diabetes Atlas - 7th Edition. www.diabetesatlas.org
- Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kowalak, dkk. 2016. Buku Ajar Patofisiologi. Terjemahan oleh Renata Komalasari. 2011. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Masjoer, dkk, 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Edisi ke-3 . FKUI, Jakarta: Medika Aesculpalus
- Moorhead S, dkk. 2016. *Nursing Outcome Classification* Edisi 5.Elsevier
- Nurarif A.H & Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc ed 1*. Jogjakarta : Penerbit Mediacion
- Riskesdas, 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Diunduh dari [http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2018](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2018)*
- Saferi, W. 2013. KMB 2: Keperawatan Medikal Bedah (*Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*). Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO, 2016. Age-Friendly Primary Health Care Centers. World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en> .

LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama :Merlin Polin
Mahasiswa
NIM :po5303201181218

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien :NY.K
Ruang/Kamar : -
Diagnosa Medis :Diabetes Melitus
No. Medical Record : -
Tanggal Pengkajian :15 juli 2019 Jam :09.30
Masuk Rumah Sakit :Puskesmas Penfui Jam :09.30

Identitas Pasien

Nama Pasien :NY.K Jenis Kelamin :Perempuan
Umur/Tanggal Lahir :62/31/05/2019 Status Perkawinan :cerai mati
Agama :Kristen Protestan Suku Bangsa :jawa
Pendidikan Terakhir :SMA Pekerjaan :IRT
Alamat :Pasar P enfui RT/012 RW/005

Identitas Penanggung Jawab

Nama :NY.Y Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin :Perempuan Hubungan dengan klien : saudara kandung
Alamat :pasar penfui RT/012 RW/005

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama :Sakit kepala,banyak makan,banyak kencing,banyak minum
 - Kapan :kurang lebih 4 tahun
 - Lokasi :kepala
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : saat kadar glukosa dalam darah meningkat
 - Sifat keluhan : tertusuk-tusuk
 - Lokasi : Kepala
 - Keluhan lain yang menyertai : peningkatan berat badan
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan:di saat kadar glukosa meningkat
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Saat setelah minum obat
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: mengikuti posyandu lansia dan prolanis
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita: Sebutkan gastritis,hipertensi,kolestrol
 - Riwayat Alergi: tidak ada
 - Riwayat Operasi: tidak ada
4. Kebiasaan
 - Merokok : tidak
 - Minum alcohol: tidak
 - Minum kopi : tidak
 - Minum obat-obatan: Merformin,anatasida.

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan darah : 140/90MmHg
 - Nadi : 82x/menit
 - Pernapasan : 22x/mnt
 - Suhu badan : 36,5°c
2. Kepala dan leher
 - a) Kepala : nyeri di kepala
 - Bentuk, ukuran dan posisi: normal
 - Lesi : tidak ada
 - Masa : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris
 - b) Penglihatan : kabur (hanya mampu melihat objek pada jarak 2 meter)
 - Konjungtiva: anemis
 - Sklera: putih
 - Pakai kaca mata : ya
 - Nyeri : tidak
 - Peradangan : tidak
 - Operasi : tidak
 - c) Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : tidak
 - Nyeri : tidak

- Peradangan : tidak
- d) Hidung
 - Alergi Rhinitis : tidak
 - Riwayat Polip : tidak
 - Sinusitis : tidak
 - Epistaksis : tidak
- e) Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : baik, rapih
 - Caries : Ya
 - Memakai gigi palsu : tidak
 - Gangguan bicara : tidak
 - Gangguan menelan : tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : tidak
- 3. Sistem Kardiovaskuler
 - Nyeri Dada : tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : 4,5,6
 - Bentuk dada : normal
 - Bibir : normal
 - Kuku : normal
 - Capillary Refill : normal
 - Tangan : normal
 - Kaki : normal
 - Sendi : normal
 - Ictus cordis/ Apical Pulse: Teraba
 - Vena jugularis : Teraba
 - Perkusi :
 - pembesaran jantung : Tidak
 - Auskultasi : BJ I : normal
BJ II : normal
 - Murmur : tidak
- 4. Sistem Respirasi
 - Keluhan : tidak ada
 - Inspeksi : tidak ada pengembangan dada saat dilakukan inspeksi
 - Jejas : tidak
 - Bentuk Dada : simetris
 - Jenis Pernapasan : normal
 - Irama Napas : teratur
 - Retraksi otot pernapasan : tidak ada
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : tidak ada
 - Perkusi : Cairan : tidak ada cairan
 - Udara : ada udara dalam paru
 - Massa : tidak ada massa
 - Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal
 - Ekspirasi : Normal
 - Ronchi : tidak ada
 - Wheezing : tidak ada
 - Repitasi: tidak ada

Rales : tidak ada

Clubbing Finger : Normal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : tidak ada

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Normal
- Keadaan bibir : kering
- Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : merah mudah
Luka/ perdarahan : tidak
Tanda-tanda radang : tidak
Keadaan gusi : normal

- Keadaan abdomen
Warna kulit : sawo matang
Luka : tidak
Pembesaran : tidak ada pembesaran
- Keadaan rektal
Luka : tidak ada
Perdarahan : tidak ada
Hemmoroid : tidak
Lecet/ tumor/ bengkak : tidak

c. Auskultasi

Bisingusus/Peristaltik : 6x/ mnt

d. Perkusi

Cairan : normal

Udara : normal

Massa : normal

e. Palpasi :

Tonus otot: normal

Nyeri : normal

Massa : normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : tidak ada

b. Tingkat kesadaran: kompos mentis GCS (E/M/V) : 4,5,6

c. Pupil : Isokor

d. Kejang : tidak ada kejang

e. Jenis kelumpuhan : tidak ada

f. Parasthesia : tidak

g. Koordinasi gerak : normal

h. Cranial Nerves : normal

i. Reflexes : normal

7. Sistem Musculoskeletal
 - a. Keluhan : tidak ada
 - b. Kelainan Ekstremitas : tidak ada
 - c. Nyeri otot : ada
 - d. Nyeri Sendi : ada
 - e. Refleksi sendi : V normal
 - f. kekuatan otot :

5	5
5	4

g. Atropi : normal

8. Sistem Integumentari
 - a. Rash : tidak ada
 - b. Lesi : tidak ada
 - c. Turgor : elastis
 - d. Warna : sawo matang
 - e. Kelembaban : normal
 - f. Petechie : Tidak ada
9. Sistem Perkemihan
 - a. Gangguan : poliuri
 - b. Alat bantu (kateter, dll) : tidak
 - c. Kandung kencing : membesar : tidak
nyeri tekan : tidak
 - d. Produksi urine : ± 300ml
 - e. Intake cairan : oral : 300cc/hr
 - f. Bentuk alat kelamin : normal
 - g. Uretra : Normal
10. Sistem Endokrin
 - a. Keluhan : tidak ada
 - b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
 - c. Lain – lain :
11. Sistem Reproduksi
 - a. Keluhan : tidak ada
 - b. Wanita
 - Siklus menstruasi : monopause
 - Keadaan payudara : normal
 - Riwayat Persalinan: 2 kali
 - Abortus : tidak pernah
 - c. Pria
 - Pembesaran prostat : tidak ada
12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)
 - A. Nutrisi

1. Kebiasaan :
 - Pola makan : sedang
 - Frekuensi makan :5x sehari
 - Nafsu makan : baik
 - Makanan pantangan : makan yang mengandung gula
 - Makanan yang disukai : Roti
 - Banyaknya minuman dalam sehari :8 gelas
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
 - BB : 74 kg TB :146cm
 - Kenaikan/Penurunan BB: naik 2 kg dalam waktu: 1 bulan

- B. Eliminasi
 1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari :6x sehari
 - Warna : kuning
 - Bau : bau khas urin
 - Jumlah/ hari : 300 ml
 - b. Perubahan selama sakit : lebih sering berkemih
 - c. Jumlah : 400 – 500 ml/ hari
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan :Frekuensi dalam sehari : 3x sehari
 - Warna : kuning kecoklatan
 - Bau : bau khas feses
 - Konsistensi : lunak
 - b. Perubahan selama sakit :

- C. Olah raga dan Aktivitas
 - Kegiatan olah raga yang disukai :tidak ada
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak ada

- D. Istirahat dan tidur
 - Tidur malam jam : 24.00
 - Bangun jam :06.00
 - Tidur siang jam : 13
 - Bangun jam : 13.30
 - Apakah mudah terbangun : ya
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : saudara kandung
2. Organisasi sosial yang diikuti : posyandu lansia dan prolanis
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih
 - Status rumah : pribadi
 - Cukup / tidak :
 - Bising / tidak : bising
 - Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : dengan saudara kadung
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : membuat keputusan bersama dalam keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ke gereja setiap hari minggu
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : baik, tetapi pasien tidak tahan untuk makan
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : menerima keadaan yang dialaminya sekarang
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik**a. Pemeriksaan Darah**

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			03/05/2019				
1.	GDA	70-140	75-155				

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
 - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
 - c. Cholescystogram : tidak ada
 - d. Foto colon : tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : tidak ada
 - Biopsy : tidak ada
 - Colonoscopy : tidak ada
 - Dll :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak
- Obat : antasida 1 tab 3x sehari, metformin 1 tab 3x1sehari, nivatatin 1tab 3x1sehari
- Lain-lain

Analisa Data

No	Data – data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS: pasien mengeluh terasa nyeri kepala seperti tertusuk-tusuk.</p> <p>DO :Nyeriyangdirasakan bersifat menetap dengan skala nyeri 4 (sedang)tampak sakit sedang. TTV : TD : 140/90, N: 82x/mnt,RR: 22x/mnt, S: 36,5 °C.</p>	Cedera biologis	Nyeri Akut
2	<p>DS:pasien mengeluh mengalami kenaikan berat badan.</p> <p>DS:Pasien tampak gemuk, frekuensi makan 5x/hari, minum 5-8 gelas/hari, kurang aktifitas, BB: 74kg, TB: 146cm, IMT 34,7 (obesitas level 2).</p>	intake yang berlebihan	Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh
3	<p>DS: pasien mengatakan bahwa ia sulit beraktivitas karena kegemukan</p> <p>DO: pasien cepat lelah ketika beraktivitas, saat dilakukan pemeriksaan TTV: TD: 140/90 mmhg, Nadi: 82x/m, RR: 22x/menit, S: 36,5 °C.</p>	intoleransi aktivitas	Hambatan mobilisasi fisik

Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang berlebihan
- 3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri . kriteria hasil: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang,tidak meringgis,tidak memegang area nyeri,tidak gelisah, skala nyeri dalam batas normal/ berkurang dari 4-1.	Domain 1: fisiologis dasar Kelas E: promosi kenyamanan fisik Intervensi: Manajemen nyeri, 1) Kaji nyeri secara komprehensif, 2) Pertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, 3) Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, 4) Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, 5) Kolaborasi pemberian analgetik, 6) Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat,
2	Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang berlebihan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nutrisi pasien kembali seimbang selama masa perawatan, kriteria hasil: BB pasien berkurang, IMT dalam batas normal, tidak obesitas.	Domain 2: Nutrisi, Kelas 1: Makan Intervensi: 1) Lakukan pengkajian kembali pola makan, 2) Ukur intake makanan dalam 24 jam, 3) Buat program latihan untuk olahraga, 4) Anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, 5) Berikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan, 6) Kolaborasi dengan ahli diet yang tepat.
3	Hambatan mobilitas	Setelah dilakukan asuhan	Domain 4: aktivitas dan istirahat,

	fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami hambatan mobilitas d kriteria hasil: pasien mengatakan tidak sulit beraktivitas, BB berkurang, tidak lemah.	kelas 2: aktivitas/ olaraga Intervensi: 1) monitor vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien selama latihan, 2) bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, 3) kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, 4) berikan alat bantu jika klien memerlukan, 5) anjurkan pasien meningkatkan aktivitas, 6) ajarkan senam kaki diabetes.
--	--	---	--

Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tgl (Jam)	Tindakan	Paraf
1	Senin, 15 juli 2019 (09.30) (09.45) (10.00)	1) melakukan pengkajian, dan mengobservasi TTV, 2) membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, 3) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, 4) memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, 5) mengajarkan pasien cara melakukan napas dalam dan batuk efektif, 6) menganjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu. 7) mengajarkan pada pasien tentang diet TKTP, membantu pasien merancang diet yang tepat bagi pasien anjurkan untuk menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, 8) memberikan pengetahuan kesehatan tentang program diet yang benar, dan akibat yang mungkin timbul akibat kelebihan berat badan. 9) mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, menganjurkan pasien meningkatkan aktivitas.	
2	Selasa, 16 juli 2019 (09.00)	1) memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, 2) menganjurkan pasien untuk minum obat tepat waktu. 3) mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, menganjurkan pasien meningkatkan aktivitas.	
3	Rabu, 17 Juli	1) melatih senam kaki diabetes dan observasi TTV	

	2019 (09.45)		
4	Kamis, 18 Juli 2019 (08.00)	1) melatih senam kaki diabetes dan observasi TTV.	

Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tgl (Jam)	Evaluasi	Paraf
1	Kamis, 15 Juli 2019	<p>Nyeri akut S: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri O: seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (1-10)TTV: TD: 140/90 mmhg, Nadi: 82x/m, RR: 22x/m, S: 36,5 °C. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan di hari kedua.</p>	
		<p>Ketidakseimbangan nutrisi S: pasien mengatakan bahwa ia masih sulit mengatur diet O: nampak gemuk, berat badan, dari itu maka A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan di hari kedua.</p>	
		<p>Hambatan mobilitas S: pasien mengatakan masih sulit beraktivitas O: tampak gemuk A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan di hari kedua.</p>	