

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan: Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan Penyakit Dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 18, yang terdiri dari kelas A berjumlah 7 bed, kelas B berjumlah 7 bed dan kelas C berjumlah 4 bed, dengan tenaga perawat sebanyak 18 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : Instalansi Rawat Jalan, Instalansi Rawat Inap, Instalansi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalansi Rawat

Jalan terdiri dari Poli Penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalansi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang rawat paviliun dan Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalansi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas Pasien

Pasien berinisial Ny. A berumur 54 tahun, beragama Islam, pekerjaan penenun, pendidikan terakhir SD, beralamat di Jln. Ikan Paus, Kelurahan Tanjung dengan Diagnosa DM tipe II.

b) Identitas Penanggungjawab

Klien berinisial Ny. Y.S berumur 21 tahun dan berpendidikan terakhir SMA, hubungan dengan klien yaitu anak kandung.

2) Status Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan badan lemah, cepat lapar dan luka pada jari kaki warna kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak nyeri, terdapat bagian jari yang diamputasi tepatnya pada jempol kiri dan kanan kaki.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada tanggal 28 April 2024 pukul 16.30 keluarga mengantar klien ke rumah sakit karena mengatakan badan lemah sejak 2 minggu terakhir, cepat lapar, mual, tidak disertai muntah, sesak nafas sejak sehari sebelumnya dan makin lama makin memberat. Klien tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kiri.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga klien mengatakan bahwa sebelumnya klien pernah dirawat 2 kali di rumah sakit karena luka yang mereka curigai merupakan luka DM. Klien pernah dilakukan amputasi pada 2019, klien diberikan terapi obat antidiabetik untuk mengontrol dan menurunkan kadar gula darah dan sempat menjalani proses perawatan di rumah.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarganya mempunyai riwayat kencing manis dan ada anggota keluarganya yang menderita penyakit kencing manis yaitu ayah dan adik kandungnya.

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien selalu berobat ke Puskesmas. Klien teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat serta menjalani perawatan selama di rumah. Saat ini, klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya adalah penyakit turunan dari keluarganya yaitu dari ayahnya.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan nafsu makannya baik, klien biasa makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur dan lauk pauk berupa ikan, tempe atau tahu sesekali daging, tidak ada makanan pantangan, minum biasanya sehari 4-7 gelas, kadang-kadang klien sering merasa haus sehingga minum lebih dari biasanya. Berat badan sebelum sakit yaitu 64kg.

(2) Saat sakit

Klien mengaku kurang nafsu makan, klien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan RS, hal ini berbeda dengan keadaan sebelumnya sedangkan klien minum air ± 5-7 gelas/hari. Berat badan saat sakit yaitu 46kg.

c) Pola Eliminasi

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan bahwa biasanya klien BAB 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan saat BAB, bau khas feses, warna kuning kecuali saat diare baru BAB lebih dari biasanya sedangkan BAK 1 hari sebanyak 7-8 kali, pada malam hari klien sering terbangun untuk BAK 2-3 kali, tidak ada keluhan saat BAK, bau khas urine warna kuning.

(2) Saat ini

Selama dirawat di RS klien biasa BAB 1-2 kali dalam sehari, dengan konsistensi padat tidak ada darah dan berwarna kuning tua, BAK 4-6 kali sehari dengan warna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK, tidak terpasang kateter.

d) Pola Aktivitas-Latihan

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa melaksanakan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga dengan baik, kadang-kadang cepat kelelahan, kaki tangan sering kesemutan, saat beraktivitas jantung tidak berdebar-debar dan tidak sesak napas.

(2) Saat ini

Klien mengatakan badan masih lemah, cepat Lelah saat melakukan aktivitas seperti miring kiri miring kanan dan aktivitas dibantu keluarga.

e) Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

f) Pola persepsi-konsep diri

Gambaran diri : klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya kecuali kaki karena ada lukadan bekas amputasi.

Identitas diri : klien adalah seorang ibu dan memiliki 4 orang anak. Ideal diri : klien mengatakan dirinya kurang percaya diri. Peran : klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya

dan seorang istri dari suaminya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

g) Pola Tidur dan Istirahat

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelumnya biasa tidur malam dari jam 22.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, tidur siang kurang lebih 1-2 jam tidak tiap hari, klien tidur siang kecuali pekerjaan rumahnya sudah beres semua baru istirahat siang.

(2) Saat sakit

Klien mengatakan, selama di RS klien tidur malam mulai dari jam 22.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, dan siang hari tidak bisa istirahat karena sering dibangunkan perawat untuk melayani injeksi atau tindakan lainnya.

h) Pola Peran-Hubungan

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja. Saat ini klien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja.

i) Pola Seksual-Reproduksi

Klien mengatakan sebelum sakit klien tidak mengalami keluhan tentang reproduksinya seperti haid lancar, tidak ada rasa nyeri pada saat haid, dan klien tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti KB, klien juga mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

j) Pola toleransi stress-koping

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, klien mengatakan menyelesaikannya bersama suaminya. Saat klien mengatakan ia hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Klien rajin melaksanakan ibadah sholat 5 waktu dan sering mengikuti pengajian, namun setelah sakit klien hanya di rumah saja. Klien tidak mengikuti organisasi keagamaan dan organisasi masyarakat apapun. Klien hanya bisa berdoa meminta yang terbaik untuk dirinya dan keluarganya

4) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 15, dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda vital, suhu 36,5⁰C, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90

mmHg, SPO₂ : 99%, Tinggi badan: 160 cm, Berat Badan: 46 kg, hasil IMT : 23,4 kg/cm².

Kepala klien tampak normal, wajah simetris, tidak ada lesi dan massa. Rambut klien tampak sudah sebagian tumbuh uban, agak berbau tidak sedap, berbentuk gelombang. Mata simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis, tidak teraba benjolan pada mata dan nyeri, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Daun telinga klien simetris, tidak ada kemerahan pada telinga, tidak ada cairan keluar dari telinga, telinga tampak agak kotor, dan pendengaran klien masih normal. Fungsi penciuman klien masih bagus, tidak ada cairan atau sekret keluar dari hidung, tampak ada silia pada lubang hidung. Mulut klien tampak agak kotor dan berbau, bentuk mulut simetris, tidak terdapat pembesaran pada tonsil, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis. Gigi klien sudah masih lengkap dan berwarna kuning. Tidak terdapat kemerahan pada leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

Pada pemeriksaan dada saat inspeksi dada tampak simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, tidak ikterik atau sianosis, tidak ada pembengkakan, benjolan ataupun edema. Palpasi integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda tanda peradangan. Saat dilakukan askultasi ditemukan suara napas vesikuler, respirasi rate 18

x/menit. Pemeriksaan jantung saat di inspeksi tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, palpasi teraba denyut nadi dengan intensitas sedang. Pada saat perkusi terdengar suara redup dan saat auskultasi terdengar suara nafas normal S1 dan S2 (Lup dup), nadi 97 x/menit.

Pemeriksaan abdomen didapatkan data saat inspeksi bentuk abdomen sedikit membuncit, tidak tampak benjolan, tidak tampak ada edema, tidak tampak lesi atau kemerahan. Saat auskultasi suara peristaltic usus adalah 10 kali dengan suara pelan, tidak terdapat nyeri tekan.

Pada pemeriksaan ekstremitas terdiri atas dua yaitu : ekstermitas atas, tampak terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema, sedangkan ekstremitas bawah terdapat luka pada telapak dan jari kaki warna kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri, CRT 3 detik.

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap)

Tabel 4.1 Pemeriksaan diagnostik

Jenis Pamariksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	7.79	[10 ³ /uL]	(3.6 - 11.00)
LYMPH#	1.06	[10 ³ /uL]	(1.0 3.70)
MONO#	0.78 +	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.70)
EO#	0.02 *	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.10)
NEUTH#	6.08 *	[10 ³ /uL]	(1.50 - 7.00)
LYMPH%	13.3 -	[%]	(25.0 - 40.0)

MONO%	9.8 +	[%]	(2.0 - 8.0)
EO%	0.3 *	[%]	(2.0 - 4.0)
BASO%	0.4	[%]	(0.0 - 1.0)
NEUT%	76.2 *	[%]	(50.0 - 70.0)
IG#	0.04 *	[10 ³ /uL]	(0.00 - 7.00)
IG%	0.5 *	[%]	(0.0 - 72.0)
RBC	3.37 -	[10 ⁶ /uL]	(3.80 - 5.20)
HGB	9.2 -	[g/dL]	(11.7 - 15.5)
HCT	28.0 -	[%]	(35.0 - 47.0)
MCV	83.1	[fL]	(80.0 - 100.0)
MCH	27.3	[pg]	(26.0 - 34.0)
MCHC	32.9	[g/dL]	(32.0 - 36.0)
RDW-SD	46.6	[fL]	(37.0 - 54.0)
DW-CV	15.1 +	[%]	(11.5 - 14.5)
PLT	206	[10 ³ /uL]	(150 - 440)
MPV	9.1	[fL]	(9.0 - 13.0)
PCT	0.19	[%]	(0.17 - 0.35)
PDW	9.2	[fL]	(9.0 - 17.0)
P-LCR	18.3	[%]	(13.0 - 43.0)

Pemeriksaan GDS pada hari kamis tanggal 29 April

jam 08.00 WITA yaitu 296 mg/dl.

Terapi pengobatan

Tabel 4.2 Terapi pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	paracemol	3x1 gram
2.	Novarapid	6 unit/Sc
3.	Levemir	10 unit/IV
4.	Cairan NaCL 0,9%	500cc/20tpm
5.	Ondansetron	3x4 mg
6.	Omeprazole	2x40 mg
7.	Ceftriaxone	2x1 gram

b. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien Ny. A maka dapat disimpulkan sebagai berikut : klien mengatakan lemah, mual tidak disertai muntah. Klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh RS

dengan berat badan klien saat ini yaitu 46 kg. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka warna kehitaman (nekrosis) dan jari yang diamputasi, kulit kepala tampak kotor, telinga tampak kotor, mulut berbau dan gigi agak kuning, pasien mengatakan merasa tidak nyaman, pasien mengatakan badan terasa lengket, CRT 3 detik. Glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Tanda vital, suhu 36,5⁰C, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90 mmHg, SPO₂ : 99%.

c. Klasifikasi data

Data subjektif : Klien mengatakan lemah, klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh RS dengan berat badan, klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka luka warna kehitaman (nekrosis) dan jari yang diamputasi, klien mengatakan merasa tidak nyaman, klien mengatakan badan terasa gatal

Data objektif : Tampak lemah, BB klien saat ini yaitu 46 kg, tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm

di tangan kiri, luka pada telapak kaki dan jari warna kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri, kulit kepala tampak kotor, telinga kotor, mulut bau dan gigi tampak kuning CRT 3 detik. Glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Tanda vital, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90 mmHg, SPO_2 : 99%.

d. Analisa data

- 1) Data subjektif : klien mengeluh pusing dan lemah. Data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.
- 2) Data subjektif : klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disediakan oleh RS. Data objektif : BB sebelum sakit : 64kg, saat sakit : 46kg dengan tinggi badan: 160 cm dan hasil IMT : $23,4 \text{ kg/cm}^2$. Masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan).
- 3) Data subjektif : klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri. Data objektif : tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- 4) Data subjektif : -. Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya warna kehitaman (nekrosis),

tidak berbau, tidak terdapat nyeri. Masalah keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

- 5) Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang menghitam, serta ketidaklengkapan jari kaki yang diakibatkan amputasi. Data objektif : terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien. Masalah keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).
- 6) Data subjektif: pasien mengatakan merasa tidak nyaman, pasien mengatakan badannya terasa lengket. Data objektif: kulit kepala tampak kotor, telinga tampak kotor, mulut bau tak sedap dan gigi tampak kuning

Prioritas Masalah :

- 1) Ketidakstabilan kadar glukosa
- 2) Defisit nutrisi
- 3) Intoleransi aktivitas
- 4) Gangguan integritas kulit
- 5) Gangguan citra tubuh
- 6) Defisit perawatan diri

3. Diagnosa Keperawatan

Hasil Studi Kasus pada klien Ny. A dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan data subjektif : klien mengeluh pusing dan lemah. data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan) ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disediakan oleh RS. data objektif : BB sebelum sakit : 64kg, saat sakit : 46kg dengan tinggi badan: 160 cm dan hasil IMT : $23,4 \text{ kg/cm}^2$
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri. data objektif : tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan data subjektif : -. data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman tidak berbau tidak terdapat nyeri.

- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit) ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan
- f. klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang menghitam, serta ketidaklengkapan jari kaki yang diakibatkan amputasi. data objektif : terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien.
- g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan merasa tidak nyaman, pasien mengatakan merasa badan terasa lengket

4. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Ny.A. dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II, maka intervensi atau rencana keperawatan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : keluhan pusing menurun, lelah menurun, kadar glukosa dalam darah dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan **Manajemen hiperglikemia**, 1). Monitor kadar glukosa darah. 2). Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi, dan polidipsi, kelemahan, sakit kepala, dan lain-lain. 3). Monitor intake dan output cairan. 4). Anjurkan kepatuhan diet DM yang

diprogramkan. 5). Ajarkan pengelolaan diabetes seperti penggunaan insulin. 6). Kolaborasi pemberian insulin. 7). Kolaborasi pemberian cairan IV.

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : Nafsu makan kembali normal, porsi makan dihabiskan, berat badan meningkat, intervensi yang dilakukan **Manajemen nutrisi**, 1). Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 2). Monitor asupan makanan. 3). Monitor berat badan. 4). Lakukan oral hygiene sebelum makan. 5). Anjurkan diet yang diprogramkan.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, tidak lagi lemah. Intervensi yang dilakukan **Manajemen energi**, 1) Kaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien. 2). Beri penjelasan tentang pentingnya melakukan aktivitas untuk menjaga kadar gula darah dalam keadaan normal. 3). Anjurkan pasien untuk menggerakkan/mengangkat ekstremitas bawah sesuai kemampuan. 4). Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

masalah gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil : Luka menunjukkan tanda-tanda sembuh, luka tampak merah, tidak ada nanah. Intervensi yang dilakukan **Pencegahan infeksi**, : 1). Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2). Berikan perawatan luka dengan Teknik steril. 3). Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 4) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

- e. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan citra tubuh teratasi dengan kriteria hasil : klien menjadi percaya diri dan bisa menerima kondisinya. Intervensi yang dilakukan **Promosi citra tubuh**, 1). Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh karena penyakit. 2). Memotivasi klien untuk perlahan menerima keadaannya. 3). Diskusikan dengan keluarga untuk selalu memberi motivasi kepada klien.
- h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan merasa tidak nyaman, pasien mengatakan merasa badan terasa lengket. Intervensi yang dilakukan perawatan mandiri, 1) monitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, 2) identifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, 3) bantu klien dalam melakukan perawatan diri secara

bertahap, 4) edukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan implementasi berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Ny. A dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari, dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah - masalah yang ditemukan. Di bawah ini adalah implementasi tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada klien Ny.A. :

a. Implementasi hari pertama dilaksanakan pada hari Selasa tanggal 29 April 2024.

1) Diagnosa pertama (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan sejak tadi malam klien sudah BAK sebanyak 3 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan pagi jam 07.00 serta minum 3 gelas air.

09.00 : Mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS = 296 mg/dl.

09.30 : Mengganti cairan infus NaCl 0,9%

09.45 : Menganjurkan diet DM sesuai yang telah diprogramkan.

10.00 : Menjalani injeksi levemir 10 SC.

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.10 : Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering

09.10 : Menjelaskan makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah.

11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)

12.00 : Melayani makan siang untuk pasien

12.30 : Melayani klien omeprazole 1 tablet

13.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat

3) Diagnosa ketiga (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.00 : Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan lemah, pusing.

09.30 : Menyampaikan penjelasan tentang tidak mengonsumsi makanan yang banyak mengandung kadar gula tinggi untuk menjaga kadar gula darah dalam keadaan normal.

10.00 : Menganjurkan pasien untuk beraktivitas ringan, apabila merasa lelah bisa di istirahatkan.

12.00 : Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, seperti makan, mengganti posisi, merapikan tempat tidur, serta BAB/BAK.

4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.

09.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, dan menggunting jaringan nekrotik.

- 5) Diagnosa kelima (Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (proses penyakit)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.00 : Menemani klien dan memberikan motivasi kepada klien untuk menerima keadaannya dan kembali percaya diri dengan kondisinya saat ini serta menganjurkan keluarga untuk selalu bersama klien dan juga memberikan motivasi kepada klien.

- 6) Diagnosa keenam (defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas), implementasi keperawatannya adalah sebagai berikut:

08.00 : memonitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,

09.00 : mengidentifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,

10.00 : membantu klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap,

11.00 : mengedukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.

b. Implementasi hari kedua dilaksanakan pada hari Rabu tanggal 30 April 2024.

1) Diagnosa pertama (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

07.45 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 6 kali, makan 1 kali yaitu tadi malam 20.00 WITA serta minum 5 gelas air.

09.00 : Melakukan cek gula darah puasa pada klien dengan hasil 183 mg/dl

11.30 : melayani injeksi novarapid 8 iu/sc

12.00 : melayani diet lunak DM dengan jumlah 340 kkal.

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

3) Diagnosa ketiga (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

07.50 : Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan masih lemah

07.55 : Menganjurkan pasien untuk beraktivitas ringan., apabila terasa Lelah bisa di istirahatkan.

4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.

09.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, dan menggunting jaringan nekrotik

5) Diagnosa kelima (defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas), implementasi keperawatannya adalah sebagai berikut:

08.00 : memonitor kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,

09.00 : mengidentifikasi penyebab ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri,

10.00 : membantu klien dalam melakukan perawatan diri secara bertahap,

11.00 : mengedukasi pentingnya perawatan diri pada klien dan keluarga.

c. Implementasi hari ketiga dilaksanakan pada hari Kamis 01 Mei 2024.

1) Diagnosa pertama (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.15 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta minum 6 gelas air.

09.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.10 : Menjelaskan kembali makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah.

11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)

12.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat

12.10 : Melayani makan siang untuk pasien

3) Diagnosa kelima (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka klien dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang) dan klien tidak bisa mengangkat kaki kirinya.

09.55 : Menganjurkan pasien untuk mencoba menggerakkan ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di istirahatkan, tetapi klien mengatakan berat untuk menggerakkan kakinya.

4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.

09.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, dan menggunting jaringan nekrotik

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien Ny. A dengan diagnosa medis Diabetes Melitus Tipe II di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari, berikut evaluasi tindakan yang dilakukan pada klien Ny.A :

a. Evaluasi hari pertama yang dilaksanakan pada hari selasa 29 April 2024.

1) Diagnosa pertama (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengeluh masih pusing dan badan masih terasa lemah.

Data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assesment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan nafsu makan masih kurang, hanya menghabiskan ½ porsi makanan.

Data objektif : tampak makanan yang tersisa masih banyak, BB klien 46kg, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

3) Diagnosa ketiga (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri terutama untuk BAK/BAB, dan berpindah.

Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4

4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

- 5) Diagnosa kelima (Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (proses penyakit)), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya akan berusaha menerima keadaan dirinya yang sekarang dan kembali percaya diri dengan kondisinya sekarang lagipula mau bagaimana lagi, sekarang dirinya akan tetap berdoa untuk memperoleh kesembuhan.

Data objektif : klien tampak tersenyum ketika berbicara dan keluarganya tampak sangat mendukung dan terus memotivasi klien

Assessment : masalah gangguan citra tubuh teratasi

Planing : intervensi dihentikan

- 6) Diagnosa keenam (defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas), hasil evaluasi sebagai berikut:

Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya merasa lebih nyaman, klien mengatakan badan tidak terasa lengket lagi.

Data objektif : klien tampak bersih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, mulut tidak berbau dan gigi tampak bersih.

Assessment : masalah defisit perawatan teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan dengan monitor kebersihan klien, anjurkan klien melakukan perawatan diri secara mandiri

b. Evaluasi hari kedua yang dilaksanakan pada hari rabu 30 april 2024.

1) Diagnosa pertama (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih merasa pusing

Data objektif : glukosa darah puasa klien yaitu 183 mg/dl, TTV :

TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt,

SPO2 : 98%.

Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan ia lapar karena disuruh puasa untuk operasi hari ini.

Data objektif : klien tampak sedikit lemas, berat badan masih sama yaitu 46kg, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S :

36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%.

Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

- 3) Diagnosa ketiga (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga.

Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4

- 4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

- 5) Diagnosa kelima (defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas), hasil evaluasi sebagai berikut:

Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya merasa lebih nyaman, klien mengatakan badan tidak terasa lengket lagi.

Data objektif : klien tampak bersih, kulit kepala tampak bersih, telinga tampak bersih, mulut tidak berbau dan gigi tampak bersih.

Assessment : masalah defisit perawatan teratasi

Planing : intervensi dihentikan

c. Evaluasi hari ketiga yang dilaksanakan pada hari kamis 01 mei 2024.

Catatan perkembangan dilaksanakan pada pukul 08.00

1) Diagnosa pertama (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih merasa sedikit pusing

Data objektif : GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.15 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta

minum 6 gelas air. 10.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl.

Evaluasi : klien mengatakan tidak lagi merasa pusing, GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, intervensi dihentikan.

2) Diagnosa kedua (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan nafsu makannya sudah sedikit membaik.

Data objektif : keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%. 09.10 : Menjelaskan kembali makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah. 11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg) 12.00 : Membantu

pasien kumur menggunakan air hangat 12.10 : Melayani makan siang untuk pasien.

Evaluasi : klien mengatakan nafsu makannya sudah membaik, keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

- 3) Diagnosa ketiga (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga.

Data objektif : tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.55 : Menganjurkan pasien untuk mencoba menggerakkan ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di

istirahatkan, tetapi klien mengatakan berat untuk menggerakkan kakinya.

Evaluasi : klien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, kegiatannya masih harus dibantu oleh keluarga, tampak aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4.

- 4) Diagnosa keempat (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%. 08.30 : mengkaji tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil menunjukkan terdapat luka pada

bagian telapak kaki dan jari kaki klien, warna luka kehitaman (nekrosis), tidak berbau, tidak terdapat nyeri.

Evaluasi : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada jari kaki klien, lukanya berwarna kehitaman, tidak berbau, tidak terdapat nyeri, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3.

B. Pembahasan

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Diabetes Melitus Tipe II dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan klien Ny.A di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.A.N ditemukan pasien mengatakan badan lemah, mual tidak disertai muntah, panas, cepat lelah dan aktivitasnya dibantu keluarga, selalu mengkonsumsi makanan yang manis, minum kopi dengan takaran gula yang banyak dan terasa sangat manis, sering kencing pada malam hari kadang 3-4x, sering haus, cepat lapar, suhu : 37,8 °c, kulit hangat, luka pada jari tengah tangan kanan warna kehitaman (nekrosis), bau (-), nyeri(-), bengkak (+), pus (+) tertutup kasa, GDS (Darah Vena): 1.015 mg/dL, GDS (Stik) 333 mg/dL, WBC:

30.61×10^3 .

Menurut Purwanto gejala akut DM yaitu polidipsi, polifagia, polyuria sedangkan gejala kronik yaitu gangguan penglihatan, luka diabetic, gangguan fungsi seksual seperti keputihan pada wanita sering dirasakan karena daya tahan tubuh penderita menurun. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana pada teori terdapat gangguan penglihatan, gangguan fungsi seksual seperti keputihan pada wanita. Gangguan penglihatan pada pasien tidak terjadi karena peningkatan kadar glukosa darah pasien cepat diturunkan dengan penggunaan terapi IVFD NaCl 0,9 % 500 cc drip novorapid 50 IU 20 TPM dan levemir 1x22 iu dimana fungsi insulin adalah untuk mengantarkan glukosa di dalam darah dan glukosa tidak menumpuk didalam pembuluh darah sehingga retina (sel kerucut dan sel batang) tetap mendapatkan pasokan darah untuk kebutuhan fungsi penglihatan warna dan ketepatan penglihatan pada cahaya terang. Hal ini dibenarkan oleh pernyataan Indra W. Himawan, (2019) bahwa retinopati merupakan komplikasi yang lebih sering dijumpai pada pasien DM tipe 1 yang telah menderita lebih dari 8 tahun. Sedangkan keputihan pada pasien tidak terjadi karena ketika kadar glukosa menurun sirkulasi darah meningkat sehingga komponen darah seperti leukosit dapat menjalankan fungsi sebagai fagosit mikroorganisme penyebab penyakit salah satunya jamur candida albicans penyebab keputihan. Pasien juga sudah mendapatkan terapi metronidazole infuse 3x500 mg/iv dimana metronidazole bisa juga digunakan sebagai obat

keputihan gatal dengan bekerja menghentikan pertumbuhan bakteri jahat di vagina. Hal ini dibenarkan oleh Aditya Zulfikar, 2017 (Pengaruh Pemberian Sinbiotik Terhadap Kadar Serum TNF- α Pada Wanita Hamil Dengan Vaginosis Bakterial) bahwa pemberian metronidazole terbukti menunjukkan efektifitas yang sama dengan angka kesembuhan sekitar 70% mampu menurunkan kolonisasi bakteri dan jamur penyebab keputihan. Sedangkan data yang ada pada kasus Ny.A. semuanya ada pada teori.

Oleh karena itu pasien diabetes mellitus diharapkan untuk tetap diet rendah gula, dan mengonsumsi makanan yang berserat, dan rutin berolahraga serta menjaga kebersihan diri (personal hygiene) seperti menggunakan alas kaki yang lembut dan tidak licin, menggunakan lotion/pelembab kaki/tangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.A. adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropaty perifer, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh, defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas. Sedangkan diagnosa keperawatan Menurut Nurarif 2015 adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan

aktif, perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan/kelelahan, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan tubuh perifer.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu: perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, diagnosa ini tidak ditegakan karena ketepatan dalam penanganan hiperglikemia dengan pemberian terapi IVFD drip Novorapid 50 IU dalam NaCl 0,9 % sehingga kadar glukosa darah menurun dan tidak menumpuk dalam darah yang akan berakibat pada kekentalan darah berkurang, sirkulasi darah ke daerah perifer meningkat dan kematian sel tidak terjadi, sensitifitas meningkat sehingga tidak terjadi nyeri seperti ditusuk-tusuk, kesemutan maupun kehilangan sensasi rasa(mati rasa.) hal ini didukung dengan pernyataan Anggun M. Putri , 2020 (Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Keparahan Neuropati Perifer Pada Pasien Diabetes Melitus : Literature Review) yang mengatakan bahwa pengaturan gaya hidup berupa mengontrol kadar glukosa darah dapat menurunkan derajat neuropati perifer pada penderita DM.

Diagnosa hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif tidak ditegakan karena penurunan kadar glukosa darah juga dapat

mempengaruhi kerja tubulus ginjal, dimana tubulus ginjal tidak mengeliminasi sebagian gula yang ada didalam tubuh bersama cairan dalam bentuk urine sehingga tubuh tidak berkompensasi untuk meningkatkan rasa haus yang berlebih dan didukung pasien mengkonsumsi dalam jumlah yang cukup(air \pm 1600-2000 liter) serta mendapat terapi IVFD NaCl 1500 cc/24 jam dan volume urine/24 jam 2.400 cc warna urine kuning jernih yang artinya tubuh sedang tidak terjadi dehidrasi (hypovolemia) dan ditandai dengan turgor kulit elastis. Hal ini dibenarkan oleh penelitian yang dilakukan Retta C. Sihotang, 2018 (*Efficacy and Safety of Oral Antidiabetic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus with Chronic Kidney Disease*) yang mengatakan bahwa kadar glukosa darah yang terkontrol dapat memperlambat laju perburukan fungsi ginjal.

Dari data yang didapatkan adapun diagnosa yang tidak ada pada teori namun ditemukan pada kasus yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas ditegakan karena dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami tanda dan gejala defisit prawatan diri. Selama masa pengkajian didapatkan data subjektif dimana pasien mengatakn merasa tidak nyaman, pasien mengatakn badannya terasa lengket, pasien mngatakan sudah tidak mandi selama dua hari. Pada data objektif didapatkan psien tambak lemah, kulit kepala tampak kotor, telinga tampak kotor, mulut bau dan gigi tampak kekuningan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kathleen Nurman, dkk, 2020 (Hubungan Aktivitas Fisik dan Kekuatan Massa Otot dengan Kadar Gula

Darah Sewaktu) dimana pada responden dengan kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama, persentase terjadi hilangnya massa otot lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki kadar gula darah normal (normoglikemia). Sehingga pasien dengan diabetes melitus mengalami intoleransi aktivitas yang mengakibatkan kegiatannya terganggu termasuk dalam melaksanakan perawatan diri yang masih harus dibantu oleh keluarga. Oleh karena itu dianjurkan untuk mengkonsumsi air putih ≥ 2 liter, diet diabetes sesuai yang dianjurkan, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi ditujukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan absorpsi nutrisi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh, defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas. Maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

Dalam penyusunan intervensi keenam diagnosa yang ditegakkan terdapat kesenjangan, yaitu pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer intervensi bersihkan jaringan

nekrotik, balut luka sesuai jenis luka dan gunakan alat steril tidak dapat dilakukan karena pengadaan alat yang tidak lengkap dan tidak pasti kesterilannya. Hal ini dihindari agar tidak terjadi infeksi pada pasien, sehingga intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa integritas kulit mencakupi observasi, edukasi resiko infeksi.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan semua perencanaan yang ada di teori tidak semua dilakukan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien dan kondisi peralatan yang kurang memadai untuk melakukan tindakan pada klien

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemia teratasi sebagian dengan pasien mengatakan lemah berkurang GDS 142 mg/dL, masalah hipotermia b/d proses penyakit (infeksi) belum teratasi dengan kriteria hasil pasien masih panas, kulit teraba hangat, suhu 38,2 °C/axilla, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi belum teratasi dengan kriteria luka pada jari tengah tangan bagian kanan berwarna kehitaman, bengkak (-), pus (-) dan nyeri (-) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan

kelemahan teratasi sebagian dengan kriteria lemah dan cepat lelah saat beraktivitas berkurang dan ADL sebagian dibantu keluarga.