

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi penelitian

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan pada pasien dengan DM Tipe I. Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di Desa Sawah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Utara Kabupaten Kampar

Peneliti akan membahas meliputi segi pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang peneliti angkat.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Agustus 2020, klien bernama Ny.N berumur 45 tahun, pendidikan terakhir SD, suku bangsa melayu riau, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, agama Islam, alamat Sawah kecamatan Kampar kabupaten Kampar. Dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus.

Keluhan utama atau gejala yang pasien rasakan adalah tidak dapat mengontrol kadar gula darah dalam tubuhnya. Klien mengatakan kurang faham dengan penyakitnya. Upaya yang dilakukan klien untuk mengontrol kadar gula darah dalam tubuhnya adalah mengontrol pola makan. Namun kadar gula darah klien tidak juga terkontrol. Klien mengatakan sudah 10 tahun menderita penyakit Diabetes Mellitus. Klien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan operasi. Klien mengatakan berharap cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Pada kegiatan beribadah tidak memiliki kendala, klien aktif beribadah menjalankan kewajibannya.

Ny N memiliki riwayat penyakit maag yang diturunkan dari riwayat keluarganya, Ny, N memiliki riwayat alergi terhadap makanan (ikan teri dan ayam).

Klien tinggal serumah dengan suami satu orang anak laki-laki dan satu orang anak perempuan.

K/U lemah, tingkat kesadaran Composmentis hasil pemeriksaan TTV dengan suhu 35,6 C, Nadi 85 X/I, pernapasan 22 X/I TD 130/80 MmHg BB 68 Kg, TB 158 cm. pada pemeriksaan bodi system dengan pernapasan (B1 Breathing) hidung terlihat simetris, tidak ada secret atau cairan, fungsi penciuman baik, serta dapat membedakan bau minyak angin dan parfum. Bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara tambahan. Pada kardiovaskuler (B2:Bleeding) tidak ada nyeri tekan, perkusi dada redup. Suara jantung: normal. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada jantung. Pada persyarafan (B3:Brain) GCS 15 (E:4, V:5, M:6), klien nampak meringis, kepala dan wajah simetris, gerakan wajah normal, mata simeetris, fungsi pendengaran normal, fungsi penciuman normal, fungsi pengecapan normal, fungsi penglihatan normal.

Pada perkemihan-eliminasi (B4:Bladder) frekuensi minum klien 4-5 kali perhari, urine warna kuning bening dengan bau khas. Klien mengatakan tidak ada gangguan pada pola eliminasi urine. Pasa pencernaan-eliminasi (B5:Bowel) tidak terdapat peradangan pada mulut, nyeri pada abdomen kuadran kiri atas, BAB normaldengan konsistensi lunak. Pada pemeriksaan tulang-otot-integrumen (B6:Bone) pergerakan sendi klien baik.

Ekstremitas atas tidak ada nyeri otot, tidak ada nyeri persendian, tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu. Ekstermitas bawah tidak ada nyeri otot dan persendian. Tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu. Warna kulit sawo matang. Tidak ada ikterik, tidak ada kemerahan dan pigmentasi pada kulit, akral hangat, turgor kulit baik dan tidak ada jaringan perut, kulit bersih. Pada system endokrin klien tidak menggunakan terapi hormon, tidak ada masalah pada system endokrin dan pada system reproduksi tidak terdapat adanya masalah.

Pada pemeriksaan pola nutrisi, klien mengatakan ketika sehat maupun sakit tidak ada masalah pada pola makan ataupun minumannya, frekuensi makan klien 3 X sehari dan frekuensi minum klien 6-8 gelas perhari. Pada pemeriksaan personal hygiene klien mengatakan mandi 2 kali sehari, sikat gigi 3 kali sehari, klien tidak ada masalah kebersihan

Pada pemeriksaan pola istirahat dan aktivitas klien tidur siang selama satu jam mulai jam 13.00 wib s/d 14.00 dan tidur malam selama 7 jam mulai dari jam 22.00 wib s/d jam 05.00 wib.

Pada pemeriksaan psikososial, klien mengatakan mendapat dukungan penuh dari keluarga, klien kooperatif saat berinteraksi. Tidak ada konflik yang terjadi baik berupa konfli peran, nilai dan lainnya. Klien terlihat bingung dan gelisah serta selalu brtanya tentang kondisinya dank lien mengatakan berharap cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Pada kegiatan beribadah tidak ada masalah dalam beribadah, klien aktif dalam beribadah menjalankan kewajibannya.

3. Analisa data dan Diagonsa keperawatan

Dari hasil pengkajian Ny.N ditemukan hasil analisa data yaitu data subjektif yang muncul adalah pasien mengeluh terasa nyeri pada kaki kanan yang terluka seperti tertusuk-tusuk bersifat menetap dengan skala nyeri sedang, pasien tampak pucat, berat badan menurun dan nafsu makan berkurang. Dan pada data objektif yang muncul adalah klien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, dengan skala nyeri 4 dan pemeriksaan TTV : TD : 100/90, N: 100x/mnt,RR: 24x/mnt. S : 37, 7 dari data fokus diatas dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan cedera fisik.

Disamping itu, ditemukan juga data Subjektif yang muncul adalah Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka ganggren) yang ditandai dengan klien mengatakan terdapat luka pada tungkai kaki kanan klien, luka semakin membesar dan menghitam dan klien mengeluh sakit dengan skala nyeri 4. klien tampak pucat, lemah klien tampak menahan sakit saat luka dibersihkan, tampak luka pada tungkai kaki kanan, luka ulkus diabetik grade 5 dengan luas luka menyerang seluruh permukaan telapak kaki dan punggung kaki,luka tampak dibalut kasa bernanah dan berbau busuk, terdapat jaringan nekrotik, terpasang cultimex sorbat. Hasil lab : glukosa sewaktu 437 mg/dl, Ttv : TD : 100/90, N : 100x/mnt, S: 37,5, RR : 24x/mnt

Disampng itu, ditemukan juga data Subjektif yang muncul adalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan

dengan faktor biologis (proses penyakit DM). Yang ditandai dengan klien mengatakan BB menurun dan nafsu makanya berkurang, klien hanya dapat menghabiskan porsi makan $\frac{1}{2}$ piring dalam sehari. Klien tampak pucat, turgor kulit jelek, lemas, tampak kurus, kondisi kulit kering dan bersisik, HB9,2. Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 mg/dl, kalium darah 3.0 mmmol/l

4. Intervensi keperawatan

Dalam tahap perencanaan disesuaikan dengan teori SDKI. Perencanaan yang dibuat adalah:

DX 1 : Nyeri Akut berhubungan dengan agen

cedera fisik (luka gangren), dipilih menjadi diagnosa pertama karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa pertama adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan pasien mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan indicator Mengenal kapan nyeri terjadi, Menggunakan teknik non farmakologi, Melaporkan nyeri yang terkontrol, Penampilan rileks, Klien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri dari 4 menjadi 0-2. Dengan intervensi (SDKI) yang dibuat untuk diagnosa pertama adalah, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, lama, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Observasi ketidaknyamanan pasien, Sediakan informasi tentang nyeri, penyebab nyeri, lama danantisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadi nyeri, dan selama nyeri

berlangsung). Anjurkan istirahat yang adekuat. kolaborasi pemberian obat analgetik.

DX. 2 : Pada diagnosa kedua Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka ganggren), dipilih diagnosakedua karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa kedua adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam di harapkan kondisi luka pasien semakin bersih dan semakin membaik, dengan indikator Sensasi dan elastisitas tidak terganggu, Status hidrasi membaik, Wajah tampak segar dan rileks, tidak terjadi nekrosis , Suhu tubuh normal. Dengan intervensi (SDKI) yang dibuat untuk diagnose kedua adalah Kaji kulit pasien setiap 8 jam (palpasi pada daerah yang tertekan).Pertahankan kebersihan dan kekeringan luka pasien.Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka. Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka. Posisikan untuk menghindari ketegangan pada luka.Mengajarkan pasien dan keluarga tentang cara perawatan luka yang benar.

DX 3 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis(proses penyakit diabetes melitus). .Diagnosa ini dipilih karna dapat mengancam tumbuh kembang. Maka outcome untuk diagnosa ketiga adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam di harapkan pasien meningkatkan status nutrisi dengan baik. dengan indikator ; status gizi kembali normal, asupan makanan dan cairan dalam batas normal, tidak terjadi penurunan BB.

Dengan intervensi (SDKI) yang dibuat yaitu Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Identifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Atur diet yang diperlukan (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori). Monitor kalori dan asupan makanan. Monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB.

4. Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 2 Agustus 2020 sampai 4 Agustus 2020. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari sehingga pada hari pertama (Senin, 2 Agustus 2020 pukul 09.00 dilakukan implementasi meliputi : Untuk diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren) yang dilakukan pada hari Senin, 2 Agustus 2020 jam : 09.00 yaitu Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif . Hasil: P: nyeri disebabkan karna luka ulkus pada kaki. Q : nyeri seperti tertusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar. S: skala nyeri 4. T : nyeri muncul secara tiba-tiba, dalam jangka waktu 3-5 menit. Jam 09.15. Mengobservasi ketidaknyaman pasien. Hasil : pasien tampak cemas, tampak menahan rasa sakit dan memegang area yang sakit. Pada pukul 11.00, Mengajarkan pasien teknik relaksasi (nafas dalam). Hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dengan baik dan dapat melakukannya.

Untuk diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan Dengan nekrosis jaringan (luka ganggren) yang dilakukan pada tanggal 3 Agustus 2020. Pada jam 09.15 yaitu Mengkaji karakteristik dan lokasi ulkus. Hasil : lokasi ulkus pada tungkai kaki kanan ,ulkus tampak bernanah dan berdarah, tampak jari-jari kaki mengalami nekrotik,tampak luka semakin membesar dan membau. Pada Jam 09.25 Mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka. (luka dibersihkan dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%, kemudian menutup luka dengan cultimex sorbet dan kasa steril kering). 09.28 Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi. Hasil : luka tampak berwarna hitam, tampak nekrotik pada jari-jari, tampak adanya pus, dan luka berwarna kemerah merahan.

Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yang dilakukan pada tanggal 3 Agustus 2020, jam 10.00 menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Hasil: pasien mengatakan nafsu makanya berkurang, pasien hanya dapat menghabiskan ½ porsi makanannya dan hasil pengukuran lila didapatkan lila 19 cm dengan status gizi : underweight (66,7%). Jam 10.01 mengidentifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan,. Hasil: pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun minuman. Jam 10.05. Menentukan jumla kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan diit pada penderita diabetes melitus. Catatan perkembang hari pertama, senin, 2 Agustus 2020

Untuk diagnosa I dilakukan pada jam 08.50

Menyediakan informasi tentang nyeri, penyebab dan lamanya nyeri dan antisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Hasil ; nyeri disebabkan karena luka ulkus diabetik pada tungkai kaki kanan, nyeri biasanya muncul selama kurang lebih 3-5 mnt. pada jam 09.10. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi,distraksi,terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadinya selama nyeri berlangsung). Hasil : teknik yang distraksi dan relaksasi yang diberikan dapat membantu pasien saat melakukan perawatan luka. 09.20 Anjurkan istirahat yang adekuat. Hasil: pasien mengatakan dirinya sulit untuk beristirahat.

Untuk diagnosa II yaitu : Jam 08.50. Mengkaji karakteristik ulkus secara komprehensif. Hasil ; luka tampak bernanah, berbau busuk, tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar. 09.10 Mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan masase area yang sakit. Hasil: pasien dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit. 09.15 melakukan perawatan luka pada pasien. hasil : luka tampak bernanah, berbau terdapat jaringan nekrotik, terpasang culticel klasik. 09.30 mengobservasi tanda dan gejala adanya infeksi. hasil : terjadi infeksi pada kaki pasien, tampak ada kemerahan,bernanah,berdarah dan mati rasa pada jari-jari kaki, luka tampak menghitam.Jam 11.00 mengkaji tanda tanda vital pasien. Hasil : TD ; 110/80, N : 76x/mnt, S: 36c RR : 20x/mnt. 11.30 melakukan Hasil : nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang.

Untuk diagnosa III yaitu 09.00. Mengobservasi keadaan pasien. Hasil : pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dan tampak pucat. Jam 10.15 mengatur diet yang diperlukan yaitu (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori, monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB) hasil: pasien mengatakan semenjak di diagnosa diabetes pasien mengkonsumsi tropikanaslim jika dirinya ingin minum susu.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hasil pada tanggal 4 Agustus 2020 pada pukul 13.00, diagnosa pertama adalah pasien mengatakan masih merasa nyeri, nyeri seperti ditusuk-tusuk, tidak menyebar, nyeri biasa muncul dalam jangka waktu 3-5 menit dengan skala nyeri ringan. O: pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegang area yang sakit, pucat, lemas dan hanya bisa terbaring ditempat tidur, tampak luka dikaki pasien terbalut kasa, tampak bersih, skala nyeri 3. TTV : TD : 120/70 N: 10x/mnt S: 36,5, RR : 22x/mnt. A : masalah belum teratasi. P; lanjutkan intervensi.

Diagnosa kedua adalah S: pasien mengatakan terdapat luka pada tungkai kaki kananya, luka terasa sakit dan kram. O : pasien tampak meringis kesakitan, wajah pucat, luka tampak bernanah dan berdarah, luka tampak nekrotik pada jari-jari kaki, luka tampak semakin membesar dan berbau. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan (1-4).

Diagnosa ketiga adalah, S : pasien mengatakan nafsu Makannya berkurang dan hanya bisa menghabiskan ½ porsi makanannya dan merasa BB menurun drastis. O: pasien tampak kurus, pucat, lemas, conjungtiva anemis, turgor kulit jelek, bersisik dan kering.

B. Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien Ny.N diDesa Sawah kabupaten Kampar yang dilakukan pada tanggal 2-3 Agustus 2020 yang meliputi : Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi. Hasil analisa data didapatkan 3 masalah keperawatan akan di bahas sebagai berikut

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap penting suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karna itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu .

a. Identitas pasien

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada kelompok yang berusia lebih dari 30 tahun dan yang mengalami obesitas (Brunner & Suddarth, 2015). Berdasarkan Kasus nyata pada Ny. N ditemukan bahwa Ny. N berusia 34 tahun dan sudah mengalami diabetes melitus. Menurut peneliti antara teori dan kasus nyata tidak terjadi kesenjangan.

b. Keluhan utama

Menurut teori Brunnar dan Suddarth (2015). Diabetes Melitus dapat terjadi tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut bisa bersifat ringan dan dapat mencakup : kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh, dan pandangan kabur (kadar glukosanya sangat tinggi). Berdasarkan kasus nyata yang dialami Ny. N di dapatkan keluhan utama adanya luka pada kaki kanan yang tidak sembuh- sembuh dan ikuti keluhan lain seperti mudah lelah, poliuri terutama di malam hari, polidipsi dan pandangan kabur serta kadar glukosa darah meningkat yaitu GDS 241 dan GDS 2 jam PP 382. Menurut peneliti tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Ny. N Riwayat penyakit keluarga. Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny. N mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan penyakit diabetes. Menurut peneliti terjadi kesenjangan antara teori dan Praktek, dimana salah satu faktor penyebab terjadinya Diabetes adalah faktor keturunan (Brunner & Suddarth 2015).

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Menurut Brunner & suddarth perlu ditanyakan pada pasien tentang faktor pencetus yang meliputi pneumonia, infark miokard akut dan stroke, serta konsumsi obat-obatan yang dapat menyebabkan infeksi insulin seperti preparat diuretik tiazid dan propranolol atau prosedur traupetik. Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny.N terjadi kesenjangan antara

teori dan kasus nyata, dimana pada kasus Ny.N tidak ditemukan Penyakit yang disebutkan dalam teori.

d. Pemeriksaan Penunjang

kadar glukosa darah (gula darah sewaktu/random >200 mg/dl, gula darah puasa > 140 mg, gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl). Aseton plasma hasil (+) mencolok,. Aseton lemak bebas, peningkatan lipid dan kolestrol, osmolaritas serum (>330 osm/l), urinalisis, proteinuria, ketonuria, glukosuria (Wijaya, 2018). Berdasarkan kasus yang didapatkan pada Ny.N tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada kasus Ny.N dilakukan pemeriksaan Glukosa darah sewaktu dan Glukosa Darah 2 jam PP, dengan hasil glukosa darah sewaktu 241mg/dl dan glukosa darah 2 Jam PP 382mg/dl. Mengalami peningkatan, Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal 17 juli 2020.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan SDKI (2015), diagnosa keperawatan utama yang biasa terjadi meliputi :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insuline, makanan serta aktivitas jasmani
- b. Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (lukaganggren).
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit(DM).

- d. Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny.N pada tanggal 3 Agustus 2020 di Desa Sawah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Utara Kabupaten Kampar terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, tidak terdapat dalam diagnosa SDKI, tetapi ditemukan dalam kasus saat melakukan pengkajian. Maka peneliti mengangkat diagnosa tersebut sesuai dengan data yang di dapat pada pasien. Ketiga masalah yang tidak diangkat yaitu Untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (DM). Tidak diangkat karna pada pasien Ny. N sudah tidak mengalami resiko, melainkan infeksi sudah menjadi aktual. Dan untuk diagnosa. Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit, tidak diangkat karna saat melakukan pengkajian pasien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda terjadinya parasthesia, kram otot, perubahan suhu dan nadi perifer tidak teraba.

Menurut Potter & Perry (2016) diagnosa keperawatan yang muncul harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkannya dalam penelitian bila pasien dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang ditegakkan pada kasus Ny.N ditemukan kesenjangan – kesenjangan antara teori dan kasus nyata sebagai berikut : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren) dengan intervensi ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam dan distraksi) pada kenyataan jarang diajarkan kepada pasien oleh petugas kesehatan, hal ini dilihat saat melakukan pengkajian pada pasien, peneliti bertanya apakah Ny.N mengetahui cara mengatasi nyeri secara mandiri misalnya dengan menarik napas dalam atau melakukan pijatan ringan, pasien mengatakan iatidak pernah mendapatkan pengetahuan tentang hal tersebut.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, perawat ruangan hanya menulis di lembaran status tanpa mengaplikasikan kepada pasien. Menurut teori kozier (2018) intervensi keperawatan dapat terdiri dari berbagai intervensi farmakologi dan non farmakologi teknik non farmakologi sangatlah penting untuk diajarkan kepada pasien dan keluarga untuk membantu perawatan nyeri di rumah. Untuk intervensi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka gangren), semua intervensi dilaksanakan, tapi lebih ditekankan untuk integritas adalah pengkajian keadaan luka secara berkala, Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka, pemeriksaan kadar gula darah albumin, hemoglobin, hematokrit dan kalaborasi pemberian insulin dan antibiotik.

Untuk Intervensi ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis (penyakit Diabetes melitus) dengan intervensi ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan tidak direncanakan karena sesuai dengan lingkungan pasien yang sudah bersih dan rapi. Pada perencanaan ini peneliti hanya bisa merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang ada, selanjutnya perencanaan tersebut disesuaikan dengan kondisi yang ada.

4. Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny.N semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan mulai tanggal 2-3 Agustus 2020. Untuk diagnosa pertama tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana semua intervensi yang telah dapat dilaksanakan oleh peneliti. Menurut teori Kozier (2016) Penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan yaitu farmakologi dan Non farmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi, secara umum tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgetik memerlukan instruksi dokter. Berdasarkan teori tersebut tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan ini dilakukan sejalan dengan teori.

Untuk implementasi diagnosa kedua kerusakan integritas kulit terdapat kesenjangan antara teori dan praktek. Dimana untuk implementasi mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka jarang dilakukan. Hal ini dikarenakan sesuai dengan keterbatasan peralatan yang tersedia dirumah misalnya penggunaan handscoon steril dan kasa steril untuk perawatan luka.

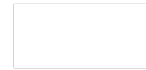
Untuk implementasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor kimiawi tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek. Menurut peneliti implementasi yang telah dilakukan pada Ny.N sesuai dengan Intervensi yang telah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny.N sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi, Ny.N mengatakan masih terasa nyeri pada bagian luka dengan skala nyeri 3. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit belum teratasi. Luka Ny.N semakin membesar dan tampak menghitam. Untuk diagnosa ketiga masalah belum

teratasi, Ny.N mengatakan nafsu makannya masih berkurang dan hanya bisa menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan keperawatan selama dua hari pada tanggal 2 Agustus sampai dengan tanggal 3 Agustus 2020

1. Penulis mendapat gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Ny.N dengan permasalahan Diabetes Mellitus ,mulai dari pengkajian, analisis data, penegakan diagnosis keperawatan, implementasi sampai dengan evaluasi
2. Pada kasus Ny.N ditegakkan diagnosa keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif Kurang terpapar informasi, dengan implementasi sebagai wujud dari perencanaan yang disusun, diagnosa tersebut dapat diatasi.

B. Saran

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambahkan hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe I

2. Aspek Praktis

a. Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai tambahan wawasan ilmu pengetahuan atau informasi mengenai hubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe I

b. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu yang pernah diberikan meningkatkan kemampuan mengolah, menganalisa dan menginterpretasi dengan asuhan keperawatan pada pasien DM tipe I

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Maghfuri. (2016). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta:Salemba Medika
- Anggraini&Saryono. (2012). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Asmadi. (2008). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Brunner and Suddarth. (2015). *Buku ajar keperawatan medical*. Jakarta:EGC.
- Depkes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat.
- Effendi. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Hasdianah. (2012). *Mengenal Diabetes Mellitus Pada Orang Dewasa dan Anak-anak*, Yogyakarta:Nuha Medika
- IDF. (2015). *Jurnal data kesehatan dunia*. <http://www.IDF.com> diakses tanggal 24-05-2020
- Maghfuri. (2016). *Ilmu Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. Jakarta:Salemba Medika
- Meirisa. (2013). *Metode penelitian*. Jakarta:Salemba Medika
- NANDA. (2015). *Jurnal Diabetes Mellitus*. <http://www.DiabetesMellitus.com> diakses tanggal 24-05-2020
- Nurarif. (2004). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Nursalam. (2011). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV Agung Sagung Seto
- Perkeni. (2015). *Jurnal Diabetes Mellitus*. <http://www.DiabetesMellitus.com> diakses tanggal 24-05-2020
- Priece, Wilson. (2006). *Patofisiologi Konsep Proses-proses Penyakit*. Jakarta:EGC
- SDKI (2015) *Artikel kesehatan Indonesi*. <http://www.SDKI.com>
- Suryono. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta:EGC

Tim Medika. (2016). *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas*. Kupang:Lima Bintang

WHO. (2016). *Artikel kesehatan dunia*. <http://www.who.com>

Wibowo. (2016). *Asuhan Keperawatan*. Jakarta:EGC