

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada bab ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. N dengan Diabetes Melitus Tipe 2, penelitian ini di lakukan di Desa Siabu Wilayah Kerja Puskesmas Salo, yang dilakukan pada tanggal 26 Juni 2020. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi

2. Pengkajian

a. Identitas Klien

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. N usia 38 Tahun beragama islam, pasien tinggal di Desa Siabu, pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD, pasien menikah dengan Tn. P dan dikaruniai dua orang anak dan penanggung jawab biaya adalah dengan menggunakan BPJS.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang pasien mengeluh nyeri pada ulu hati. Pada tanggal 01 Juli 2020 pasien masuk di IGD Puskesmas Salo jam 10.30 WITA dengan keluhan ulu hati sakit dan kaki kanan bagian jempol luka sejak 1 minggu yang lalu, di IGD pasien dilakukan pengecekan glukosa darah sewaktu : 459 mg/dl, kemudian Pada tanggal 02 Juli

2020 saat di kaji pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk di ulu hati dengan skala 3 dan terus- menerus.

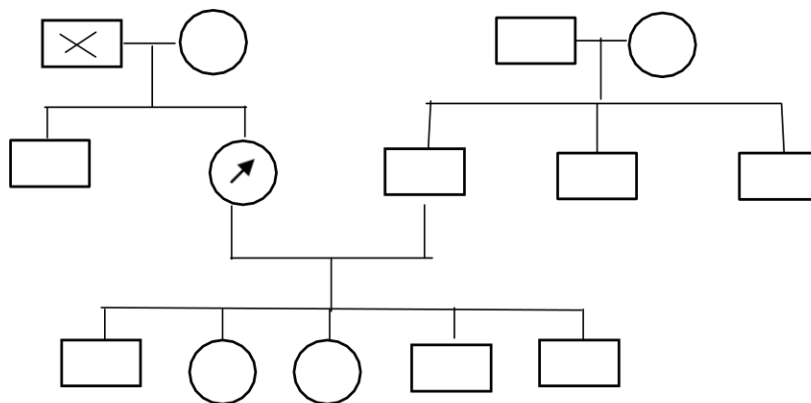
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien pernah dirawat saat 1 bulan yang lalu dengan diagnosa Diabetes Mellitus Tipe II. Pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus Tipe II sejak 5 tahun yang lalu. Pasien rutin mengkonsumsi obat Glucotika dan tidak mempunyai riwayat alergi.




d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu kandung pasien menderita penyakit hipertensi dan anggota keluarga pasien yang lain tidak ada yang menderita penyakit keturunan maupun menular seperti asma, jantung, TBC, diabetes mellitus dan lain-lain

e. Genorom Keluarga



Keterangan :

-  : Laki-laki
 : Perempuan
 : Meninggal

- : Tinggal serumah
 ———— : Ada Hubungan
 ↗ : Klien

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien tampak berbaring lemah

2) Kesadaran

Kesadaran compos mentis

3) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

TD : 180/100 mmHg

RR : 19 x/mnt

N : 84 x/mnt

S : 36,9°C

4) Kenyamanan/ Nyeri

Pasien mengeluh nyeri pada ulu hati seperti ditusuk-tusuk dengan skala 3 dan terus- menerus.

5) Pemeriksaan Kepala

Kulit kepala : bersih tidak ada lesi, penyebaran merata, warna rambut hitam dan putih, tidak mudah patah, tidak bercabang, warna rambut sedikit kusam, dan tidak ada kelainan.

Mata : mata lengkap dan simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis, palpebral tidak edema, kornea keruh, reflek cahaya positif, pupil isokor, ketajaman mata pasien kabur dan tidak ada nyeri

tekan pada bola mata.

Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret , ketajaman penciuman baik, dan tidak ada kelainan.

Rongga mulut: keadaan bibir pasien kering pucat, keadaan gusi tidak ada lesi dan gigi terdapat karies, keadaan lidah bersih berwarna pink pucat, dan tidak ada peradangan .

Telinga: bentuk telinga simetris kanan dan kiri, ukuran berukuran sedang, ketegangan telinga elastis, dan lubang telinga tidak ada serumen.

6) Pemeriksaan Leher

Kelenjar getah bening tidak teraba, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, teraba denyutan nadi karotis, posisi trakea simetris.

7) Pemeriksaan Thorax

Tidak terdapat sesak atau nyeri pada saat bernapas, batuk tidak produktif.

Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi 19 x/mnt, irama nafas teratur, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan dan tidak ada penggunaan WSD.

Palpasi: vocal premitus getaran paru kanan dan kiri sama

Perkusi: terdengar suara sonor

Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara.

8) Pemeriksaan Jantung

Inspeksi: pada saat melakukan inspeksi tidak ada pulsasi, CRT <2 detik, tidak ada sianosis, ujung jari tidak tabuh.

Palpasi: pada saat melakukan palpasi ictus cordis tidak tampak dan akral teraba hangat

Perkusi: perkusi batas jantung berada di ICS II line sternal kiri-ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sterna kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sterna kanan.

Auskultasi: saat melakukan auskultasi bunyi jantung I bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lub) dan bunyi jantung II: saat didengar/ auskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan.

9) Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB : 39 kg TB : 150 cm

IMT : $17,3 \text{ kg m}^2$ (kategori *underweight*)

Pasien mengalami penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir sebanyak 11-15 kg, pasien mengalami penurunan nafsu makan dengan frekuensi 3 x/hari dan porsi makan tidak habis. Pasien buang air besar 1 x/hari.

10) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi: pada saat melakukan inspeksi bentuk abdomen bulat dan buncit, tidak ada benjolan pada abdomen, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada luka bekas operasi, dan tidak terpasang drain

Auskultasi: pada saat melakukan auskultasi terdengar bising/peristaltik usus 10 x/ menit

Palpasi: pada saat melakukan palpasi terdapat nyeri tekan di daerah antara ulu hati, tidak ada benjolan / masa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal.

Perkusi: pada saat perkusi terdengar suara abdomen terdengar tympani, tidak ada asites, dan tidak ada nyeri ketuk pada ginjal

11) Pemeriksaan Sistem Persyarafan

Pasien berkomunikasi dengan baik, pasien dapat mengingat dengan jangka yang panjang, dapat mengenali orang tempat dan waktu, kognisi pasien baik. Pada saraf koordinasi (cerebral) pada reflek fisiologi: reflek patella normal. Tidak ada keluhan pusing dan pasien tidur 7-8 jam/hari.

Pada pemeriksaan saraf kranial:

N1: Pasien dapat mencium minyak kayu putih.

N2: Pasien tidak dapat melihat dengan jelas sampiran dan orang yang berjarak 30 cm didepan.

N3: Pasien dapat mengikuti gerakan pensil ke kanan dan ke kiri.

N4: Pasien dapat melihat ke bawah dan ke samping.

N5: Pasien dapat menggerakkan rahang.

N6: Pasien dapat melihat ke kanan dan ke kiri.

N7: Pasien dapat merasakan makanan asin manis atau pahit.

N8: Pasien dapat mendengar pada saat berbisik dengan jarak 30 cm.

N9: Pasien dapat menguyah .

N10: Pasien dapat menelan.

N11: Pasien dapat menggerakkan kepala.

N12: Pasien dapat mengeluarkan lidahnya.

12) Balance Cairan

Intake: minuman peroral 1200 ml. Output: urine 1500 ml..

13) Pemeriksaan Sistem Perkemihan

Tidak ada keluhan buang air kecil, kemampuan berkemih spontan, produksi urine 1500 ml, dan tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih.

14) Pemeriksaan Musculoskeletal dan Integument

Pergerakan sendi terbatas dengan kekuatan otot ekstremitas atas kanan 5 ekstremitas atas kiri 5 dan ekstremitas bawah kanan 4 ekstremitas bawah kiri 5. Tidak ada kelainan ekstremitas maupun tulang belakang, tidak ada fraktur, turgor kulit baik CRT < 2 detik, terdapat luka dengan panjang luka 5 cm luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous, tidak terdapat edema, tidak ada tanda-tanda

infeksi.

15) Pemeriksaan Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening, gula darah sewaktu : 220 mg/dl, kondisi kaki terdapat luka gangrene dengan jenis luka adalah luka akut, lama luka 1 bulan berwarna hitam dan merah dengan panjang luka 5 cm, lebar luka 1 cm, kedalaman 1 cm dan tidak infeksi. Terdapat riwayat luka sebelumnya saat 2 tahun yang lalu dengan jenis luka adalah luka akut berlokasi di telapak kaki sebelah kanan, dan tidak ada riwayat amputasi sebelumnya

16) Seksualitas dan Reproduksi

Tidak terdapat benjolan pada payudara dan pada genetalia tidak terdapat flour albus dan prolaps uteri.

17) Pemeriksaan Penunjang

Hasil Lab (tgl 04/05/2019)

Leukosit: $23.22 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

Eritrosit: $3.09 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

Hemoglobin: 10.0 g/dl

Hematokrit: 25.8 %

18) Obat yang diterima

Metronidazole 20 tpm

Obat : Omeprazole 2x1Vial IV Tomit 3x1 Amp IV Meropenem 3x1

Vial IV Novorapid 3x12 ui P. S. S Levofloxacin 1x500 mg


19. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah keperawatan
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan selama di rumah sakit klien makan 2x sehari dan hanya makan separuh porsi kurang lebih sekitar 2 sendok makan. -Pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> BB sebelum sakit : 62 kg BB setelah sakit : 58 kg TB : 168 Indeks Masa Tubuh (IMT) : 20,5 	<p>Penurunan pemakaian glukosa oleh sel</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proteolisis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asam amino meningkat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Glukoneogenesis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketogenesis Ketonemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan BB</p>	<p>Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none">-Pasien mengatakan kaki kesemutan saat setelah duduk dan jongkok-Badan terasa letih dan lemas <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none">-tampak berbaring di tempat tidur-Albumin : 3,54 g/dl; 2,64 g/dl ; 2,27 g/dl-Globulin : 2,55 g/dl; 2,85 g/dl ; 3,46 g/dl-Hemoglobin : 13,6 gr%-Gula darah sewaktu : 333 mg/dl-Gula drah puasa : 256 mg/dl	<p>Defisiensi insulin absolute</p> <p>↓</p> <p>Lipolisis</p> <p>↓</p> <p>Keletihan otot</p>	<p>Keletihan</p>
---	---	------------------

<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Riwayat penyakit diabetes sejak 8 bulan lalu -klien mengeluh kaki kesemutan dan badan lemas -sering BAK -klien suka mengonsumsi kopi, makan manis, - pasien mengatakan tidak pernah berolahraga <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien tampak lemas -Gula darah sewaktu : 333 mg/dl -gula darah puasa : 256 mg/dl -urine output : >1500 cc/jam 	<p>Pola hidup tidak sehat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sel beta di pankreas terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisiensi insulin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retensi insulin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kadar glukosa darah tidak terkontrol</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan kakinya kesemutan terutama saat setelah duduk bersila atau jongkok dalam waktu lama. -Pasien mengaku terkadang tidak terasa 	<p>Defisiensi insulin absolute</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan pemakaian glukosa oleh sel</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperglikemia</p>	<p>Risiko infeksi</p>

<p>sakit jika kakinya tersandung benda</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gula darah sewaktu 333 mg/dl -Gula darah puasa pasien 256 mg/dl. 	<p>↓</p> <p>Hiperosmolalitas</p>	
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan kaki terasa kesemutan dan saat tersandung tidak merasa sakit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT bagian ujung lebih dari 3 detik, perfusi kapiler buruk, akral dingin, - TD : 120/80 - Nadi : 100x/menit - RR : 20x/menit - Suhu : 36,5 °C 	<p>Kadar glukosa darah meningkat</p> <p>↓</p> <p>Defisiensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah ke perifer terganggu</p> <p>↓</p> <p>Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer</p>	<p>Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer</p>
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan badan lemas dan kaki kesemutan -Saat tersandung pasien tidak merasakan apa-apa -pasien mengatakan gangguan penglihatan 	<p>Diabetes Mellitus Tipe II</p> <p>↓</p> <p>Perubahan kadar gula darah</p> <p>↓</p> <p>Gangguan penglihatan</p>	<p>Risiko jatuh</p>

<p>pasien terganggu</p> <p>-bayangan kabur dan seperti berputar-putar</p> <p>-klien sering ke kamar mandi BAK pada malam hari</p> <p>Do:</p> <p>Pupil : Isokor kanan-kiri, diameter 3 mm, reflek cahaya(+ / +)</p>	 Risiko jatuh	
--	---	--

20. Diagnosa keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang
2. Keletihan berhubungan dengan keletihan otot.
3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan tingginya kadar gula darah.
5. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer (Nyeri)
6. Risiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan

No urut	Hari/ Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	26 Juni 2020	<p>Nyeri Akut b/d agen pencedera fisiologis, dengan kriteria mayor dan minor:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: ulu hati - Q: seperti ditusuk-tusuk - R: bagian perut tengah atas - S: 3 - T: terus-menerus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Pasien terlihat memegang daerah yang terasa nyeri
2.	26 Juni 2020	<p>-Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d resistensi insulin, dengan kriteria mayor dan minor: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan klien Menderita diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jam 08.00 GDS: 103 mg/dl - Jam 17.00 GDS: 220 mg/dl

3.	26 Juni 2020	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b/d neuropati perifer, dengan kriteria mayor dan minor: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan luka pada jempol kaki kanan sejak 1 bulan yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit pada telapak dan jempol kaki sebelah kanan pasien - Terdapat luka dengan panjang luka 5 cm, luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, derajat luka II, - Warna dasar luka : nekrotik dan granulasi - Tipe cairan/ eksudat : serous
4.	26 Juni 2020	<p>Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan, dengan kriteria mayor dan minor:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering mual saat makan - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan hingga 11-15 kg <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMT : 17,3 kg m² (kategori <i>underweight</i>) - Pasien tampak tidak menghabiskan makanannya
5.	26 Juni 2020	<p>-Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot, ditandai dengan kriteria mayor dan minor:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga pasien <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak di bantu oleh keluarga pasien dan perawat dalam pemenuhan aktifitas - Penilaian mobilisasi Barthel Indeks : 9 (ketergantungan sedang)
6.	26 Juni 2020	<p>Risiko Infeksi b/d ketidakadekuatan tubuh primer, dengan kriteria mayor dan minor:</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka pada jempol kaki sebelah kanan - Leukosit: 23,22

3. Intervensi (Perencanaan) Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
26 Juni 2020	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang/ hilang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menampakkan ketenangan - Ekspresi muka pasien rileks - Skala nyeri 0-2 	Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri <i>Terapeutik</i> 1.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <i>Edukasi</i> 1.5 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> 1.6 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
26 Juni 2020	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Gula darah dalam rentan stabil 70-130 mg/dl - Pasien dan keluarga dapat mematuhi terapi - Pasien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara mandiri 	Manajemen hiperglikemi <i>Observasi</i> 2.1 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 2.2 Monitor intake dan output cairan <i>Edukasi</i> 2.3 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) <i>Kolaborasi</i> 2.4 Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i>

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
26 Juni 2020	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit/ jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tambahan luka/ lesi pada kulit - Perfusi jaringan baik - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit - Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>3.2 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3.3 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Perawatan luka</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>3.4 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)</p> <p>3.5 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>3.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.7 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>3.8 Kolaborasi pemberian antibiotic</p>

26 Juni 2020	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mengeluh mual dan muntah - Pasien menghabiskan porsi makanannya 	Manajemenen Nutrisi <i>Observasi</i> 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Monitor asupan makanan <i>Terapeutik</i> 4.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <i>Edukasi</i> 4.4 Ajarkan diet yang diprogramkan <i>Kolaborasi</i> 4.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
Hari/ Tanggal	Dx Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
26 Juni 2020	Konstipasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak ada konstipasi, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat buang air besar - Konsistensi feses lunak 	Manajemen konstipasi <i>Observasi</i> 5.1 Periksa pergerakan usus, karakteristik feses 5.2 Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <i>Edukasi</i> 5.3 Anjurkan diet tinggi serat

26 Juni 2020	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan aktifitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : - Melaporkan perasaan peningkatan kekuatan kemampuan dalam bergerak - Pasien bisa melakukan aktivitas secara mandiri	Dukungan mobilisasi <i>Observasi</i> 6.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>Terapeutik</i> 6.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 6.3 Anjurkan mobilisasi dini 6.4 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
26 Juni 2020	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : - Pasien dapat terhindar dari risiko infeksi - Pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar - Pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi	Pencegahan infeksi <i>Observasi</i> 7.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik</i> 7.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. <i>Edukasi</i> 7.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7.6 Anjurkan meningkatkan asupan cairan

4. Implementasi Keperawatan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 26 Juni 2020 07.45	2.1 Memonitor kada glukosa darah pasien	2.1 Jam 08.00 GDS : 220 mg/dl
08.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1.1 P: ulu hati Q: seperti ditusuk-tusuk R: bagian perut tengah atas

	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	T: terus-menerus 1.2 S: 3
08.10	6.1 Mengidentifikasi keluhan nyeri lainnya	6.1 Pasien mengatakan hanya bagian ulu hati yang terasa sakit
08.15	6.4 Mengajukan untuk mobilisasi sederhana dengan duduk di atas tempat tidur sesekali	6.4 Pasien kooperatif dan mengangguk tanda setuju
08.17	7.4 Mengajarkan pasien dan keluarga cara mencuci tangan yang baik dan benar	7.4 Pasien dan keluarga tampak kooperatif dan bisa mengulangnya
08.43	7.2 Memakai antiseptik sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	7.2 Agar pasien terhindar dari bakteri
08.50	1.5 Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	1.5 Pasien kooperatif dan merasa Rileks
10.30	4.2 Memonitor asupan makanan pasien	4.2 Keluarga pasien mengatakan Pasien selalu tidak Menghabiskan porsi makannya

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
10.35	4.4 Mengajarkan diet yang diprogramkan kepada pasien dan keluarga	4.4 Pasien dan keluarga mengangguk tanda mengerti
12.00	4.3 Memberikan makanan tinggi serat kepada pasien sesuai program diet	4.3 Keluarga pasien mengatakan pasien mulai menghabiskan makanannya
12.10	4.2 Memonitor asupan makanan pasien	4.2 Pasien tampak menghabiskan ¼ porsi dari

12.15	2.4 Memberikan insulin Novorapid 12 unit melalui sub kutan	makanannya 2.4 Pasien tampak rileks
13.30	6.3 Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini seperti duduk di tempat tidur	6.3 Pasien tampak kooperatif Pasien dan keluarga tampak kooperatif
13.40	6.2 Melibatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan pergerakan pasien	6.2 Pasien dan keluarga tampak kooperatif

5. Evaluasi Keperawatan

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1	Dx. 1 Nyeri Akut	<p>S. Pasien mengatakan nyeri didaerah ulu hati P: ulu hati Q: seperti ditusuk-tusuk R: perut bagian tengah atas S: 2 T: terus-menerus</p> <p>O. Pasien tampak memegang daerah yang sakit</p> <p>A. Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri <i>Terapeutik</i> 1.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.4 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>

--	--	--

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	<p data-bbox="523 913 707 1048">Dx. 2 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p data-bbox="523 1688 707 1787">Dx. 3 Gangguan Integritas Kulit</p>	<p data-bbox="746 913 1517 1012">S. Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan gula darahnya naik turun.</p> <p data-bbox="746 1048 1166 1115">O. jam 08.00 GDS : 103 mg/dl jam 17.00 GDS : 220 mg/dl</p> <p data-bbox="746 1151 1398 1218">A. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p data-bbox="746 1254 1490 1585">P. Lanjutkan intervensi Manajemen hiperglikemi (I.03115) <i>Observasi</i> 2.1 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 2.2 Monitor intake dan output cairan <i>Edukasi</i> 2.3 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) <i>Kolaborasi</i> 2.4 Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></p> <p data-bbox="746 1688 1509 1756">S. Pasien mengatakan terdapat luka di jempol kaki sejak 1 bulan yang lalu</p> <p data-bbox="746 1792 1474 1989">O. Terdapat kerusakan jaringan kulit pada jempol kaki sebelah kanan pasien Terdapat luka dengan panjang 5 cm, luas 1 cm, kedalaman 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous Belum dilakukan perawatan luka dengan teknik steril</p>

		<p>A. Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Perawatan integritas kulit <i>Observasi</i> 3.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas) <i>Edukasi</i> 3.2 Anjurkan minum air yang cukup 3.3 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	<p>Dx. 4 Defisit Nutrisi</p> <p>Dx. 5 Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>S. Keluarga pasien mengatakan pasien mulai menghabiskan porsi makanannya Pasien mengatakan masih mengalami mual</p> <p>O. Pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ dari porsi makanannya</p> <p>A. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Manajemenen Nutrisi <i>Observasi</i> 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Monitor asupan makanan <i>Terapeutik</i> 4.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>S. Keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur</p> <p>O. Pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur Pasien tampak dibantu oleh keluarga saat makan</p> <p>A. Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Dukungan mobilisasi (I.05173) <i>Terapeutik</i> 6.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> 6.3 Anjurkan mobilisasi dini</p>

		Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Dx. 6 Risiko Infeksi	<p>S. –</p> <p>O. Pasien dan keluarga dapat mencontohkan teknik cuci tangan yang baik dan benar Terdapat luka pada jempol kaki kanan pasien Leukosit: 23,22</p> <p>A. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi <i>Observasi</i> 7.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik</i> 7.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. <i>Edukasi</i> 7.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 7.6 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>

Hari 2	Dx. 1 Nyeri Akut	<p>S. Pasien mengatakan nyeri berkurang bahkan tidak ada</p> <p>O. Ekspresi pasien tampak rileks</p> <p>A. Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P. Pertahankan intervensi <i>Terapeutik</i> 1.2 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Dx. 2 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	<p>S. Pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang pengelolaan diabet Keluarga pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang pengelolaan diabet</p> <p>O. Pasien dan keluarga mengerti dan dapat mengulangi tentang penjelasan pengelolaan diabet Jam 08.00 WIB GDS : 199 mg/dl Jam 17.00 WIB GDS : 125 mg/dl</p> <p>A. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Manajemen hiperglikemi <i>Observasi</i> 2.1 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu Kolaborasi</i> 2.4 Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></p>

	Dx. 3 Gangguan Integritas Kulit	<p>S. Pasien mengatakan terdapat luka di jempol kaki kanan sejak 1 bulan yang lalu</p> <p>O. Tidak terdapat luka atau lesi tambahan pada luka pasien Terdapat kerusakan lapisan kulit pada jempol sebelah kanan pasien Panjang luka 5 cm , luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous Telah dilakukan perawatan luka dengan teknik steril</p> <p>A. Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i> 3.4 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) <i>Terapeutik</i> 3.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3.7 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat <i>Kolaborasi</i> 3.8 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Dx. 4 Defisit Nutrisi	<p>S. Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makanannya Pasien mengatakan mual berkurang</p> <p>O. Pasien tampak menghabiskan porsi makanannya</p> <p>A. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Manajemenen Nutrisi <i>Observasi</i> 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Monitor asupan makanan <i>Terapeutik</i> 4.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p>
	Dx. 5 Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S. Keluarga pasien mengatakan pasien sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk di atas tempat tidur Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai makan</p>

		<p>tanpa bantuan</p> <p>O. Pasien tampak sering melakukan mobilisasi ringan seperti duduk diatas tempat tidur Pasien tampak tidak dibantu oleh keluarga saat makan</p> <p>A. Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P. Hentikan intervensi</p> <p>S. –</p> <p>O. Pasien dan keluarga dapat mempraktekkan teknik cuci tangan yang benar Terdapat luka pada jempol kaki kanan pasien Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka pasien</p> <p>A. Masalah risiko infeksi teratasi</p>
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P. Pertahankan intervensi Pencegahan infeksi <i>Observasi</i> 7.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik</i> 7.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>
Hari 3	Dx. 2 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	<p>S. Pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil</p> <p>O. Jam 08.00 WIB GDS : 125 mg/dl Jam 17.00 WIB GDS : 183 mg/dl</p> <p>A. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p>

	Dx. 3 Gangguan Integritas Kulit	<p>P. Lanjutkan intervensi Manajemen hiperglikemi <i>Observasi</i></p> <p>2.2 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu Kolaborasi</i></p> <p>2.5 Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></p> <p>S. Pasien mengatakan terdapat luka di jempol kaki kanan sejak 1 bulan yang lalu</p> <p>O. Tidak terdapat luka atau lesi tambahan pada luka pasien Terdapat kerusakan lapisan kulit pada jempol sebelah kanan pasien Panjang luka 5 cm, luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous Belum dilakukan perawatan luka dengan teknik steril</p> <p>A. Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi <i>Observasi</i></p> <p>3.4 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>3.6 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.7 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>3.8 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Dx. 4 Defisit Nutrisi	<p>S. Keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan porsi makanannya Pasien mengatakan mual berkurang</p> <p>O. Pasien tampak menghabiskan porsi makanannya</p> <p>A. Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P. Lanjutkan intervensi Manajemen Nutrisi <i>Observasi</i></p> <p>4.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>4.2 Monitor asupan makanan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>4.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p>

BAB V

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

- a. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan pertama pada Ny. N adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor adalah pasien mengeluh nyeri yang disebabkan pasien memiliki penyakit magh akut, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk di daerah ulu hati perut tengah bagian atas dengan skala nyeri 3 intensitas nyeri saat timbul nyeri adalah terus-menerus, pasien juga tampak meringis menahan nyeri dan selalu memegang daerah yang sakit (PPNI, 2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan nyeri berkurang/hilang dengan kriteria hasil: pasien menampakkan ketenangan, ekspresi muka pasien rileks, dan skala nyeri 0-2. Rencana diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik meliputi: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa

nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI,2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka masalah nyeri akut teratasi dengan skala 1 dengan kriteria hasil: pasien mendapatkan ketenangan dan ekspresi muka pasien rileks.

- b. Diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan kedua pada Ny. N adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor adalah keluarga pasien mengatakan kadar glukosa pasien sering naik turun atau tidak stabil dengan hasil gula darah sewaktu (GDS) pada jam 22.00 WITA : 103 mg/dl dan jam 06.00 WITA : 220 mg/dl (PPNI,2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil dengan kriteria hasil: gula darah dalam rentan stabil 70-130 mg/dl, pasien dan keluarga dapat mematuhi terapi, pasien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara

mandiri. Rencana diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin meliputi: monitor kadar glukosa darah, monitor intake dan output cairan, ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan), dan kolaborasi pemberian insulin (SIKI, 2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dengan kadar gula darah sewaktu pasien pada hari ketiga yaitu pada jam 06.00 WITA : 183 mg/dl dan pada jam 22.00 WITA : 125 mg/dl, dengan kriteria hasil: pasien dan keluarga dapat mengerti dan mematuhi tentang penjelasan terapi yang diberikan.

- c. Diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan ketiga pada Ny. N yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor yaitu terdapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit pada jempol kaki sebelah kanan pasien, terdapat luka dengan panjang luka 5 cm, luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous (PPNI, 2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N

dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit/ jaringan membaik dengan kriteria hasil : tidak ada tambahan luka/ lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit, integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). Rencana diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer meliputi: identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau), pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat, kolaborasi pemberian antibiotik (SIKI, 2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian dengan terdapat kerusakan jaringan/ lapisan kulit pada jempol kaki sebelah kanan pasien dan terdapat luka dengan panjang luka 5 cm, luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, derajat luka II, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/ eksudat serous serta tidak ada lesi atau luka tambahan disekitar luka pasien, dengan kriteria hasil: tidak terdapat luka atau lesi tambahan disekitar luka pasien.

d. Diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan keempat pada Ny. N yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor yaitu pasien mengatakan sering mual saat makan dan keluarga pasien juga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan hingga 11-15 kg. Hasil IMT pasien adalah $17,3 \text{ kg m}^2$ (kategori *underweighti*) dan pasien juga terlihat tidak menghabiskan porsi makanannya (PPNI, 2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan defisit nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : pasien tidak mengeluh mual dan muntah, pasien menghabiskan porsi makanannya. Rencana diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan meliputi: identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, ajarkan diet yang diprogramkan, dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan (SIKI, 2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian dengan pasien mengatakan mual berkurang dan keluarga pasien mengatakan pasien sudah menghabiskan makanannya, dengan kriteria hasil: pasien tidak mengeluh mual dan muntah, pasien menghabiskan porsi makanannya.

- e. Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan kelima pada Ny. N yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor yaitu keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga pasien, dan pada saat penilaian mobilisasi menggunakan metode Barthel Indeks nilai skore adalah 9 yang berarti pasien ketergantungan sedang, serta penilaian kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas kanan dan kiri.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan aktifitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : melaporkan perasaan peningkatan kekuatan kemampuan dalam bergerak, pasien bisa

melakukan aktivitas secara mandiri. Rencana diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot meliputi: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI, 2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan pasien mengatakan pasien lebih sering melakukan aktifitas ringan seperti duduk diatas tempat tidur dan keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai makan tanpa dibantu oleh keluarga, dengan kriteria hasil: melaporkan perasaan peningkatan kekuatan kemampuan dalam bergerak, pasien bisa melakukan aktivitas secara mandiri.

- f. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan tubuh primer

Pada saat pengkajian hari pertama didapatkan diagnosa keperawatan keenam pada Ny. N yaitu resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan tubuh primer. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat didalam buku SDKI dengan kriteria mayor dan minor yaitu terdapat luka pada jempol kaki sebelah kanan dan hasil leukosit : 23,22 (PPNI, 2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. N dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan tubuh primer penulis mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: pasien dapat terhindar dari risiko infeksi, pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar, pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi. Rencana diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan tubuh primer meliputi: monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, dan anjurkan meningkatkan asupan cairan (SIKI, 2018).

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan, masalah risiko infeksi teratasi dengan pasien dan keluarga pasien dapat melakukan teknik cuci tangan yang baik dan benar serta mengerti tentang penjelasan tanda dan gejala infeksi, serta tidak ada tanda-tanda infeksi seperti abses, kemerahan dan luka atau lesi tambahan disekitar luka, dengan kriteria hasil: pasien dapat terhindar dari risiko infeksi, pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar, pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi.

BAB VI

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Diabetes Melitus Tipe II di Desa Siabu Wilayah Kerja Puskesmas Salo, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.

A. Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

a. Pengkajian

1. Hasil pengkajian pada pasien Ny. N pada tanggal 26 Juni 2020, pada kasus ditemukan ketidakstabilan kadar glukosa darah. kadar glukosa yaitu GDS: 220 mg/dl, memiliki letak luka pada jempol kaki bagian kanan dengan panjang luka 5 cm, luas luka 1 cm, kedalaman luka 1 cm, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan/eksudat serous.

b. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa para ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab 2 di temukan diagnosa keperawatan tambahan dengan kasus nyata yang didapat pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II. Tambahan tersebut yaitu dari 5 diagnosa keperawatan

berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli, pada Ny. N terdapat 2 diagnosa keperawatan tambahan yang muncul yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dan konstipasi berhubungan dengan agen farmakologis

c. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien dengan teori hampir semua intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien.

d. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.

e. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi yang penulis lakukan pada berdasarkan kriteria yang penulis susun terdapat 3 diagnosa keperawatan yang telah teratasi dengan baik sesuai rencana yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

B. Saran

1. Aspek Teoritis

- a. Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
- b. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
- c. Menjadikan ilmu yang telah diajarkan peneliti guna bekal dalam perawatan lanjutan klien dirumah sampai luka sembuh

2. Aspek praktis

- a. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II.
- b. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal.

