**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

1. Identitas

Nama : Tn. W

Jenis Kelamin : Laki-laki

Usia : 31 tahun

Alamat : jl. Danau Sentani Tunggurono kota Binjai

Tanggal berobat : 21 Mei 2019

Tanggal Pengkajian : 21 mei 2019

Agama : Islam

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Tukang Parkir

2. Anamnesis

1. Keluhan Utama : kaki kesemutan dan mati rasa sejak 1 bulan yang lalu disertai dengan badan terasa lemas.
2. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke Puskesmas pada tanggal 21 Mei 2019 dengan keluhan kaki kesemutan dan mati rasa sejak 1 bulan yang lalu disertai dengan badan terasa lemas. Kaki sering kesemutan terutama saat setelah duduk bersila atau jongkok dalam waktu lama. Klien juga mengaku terkadang tidak terasa sakit jika kakinya tersandung benda. Klien juga mengaku adanya keluhan sering haus, sering terasa lapar dan sering BAK malam hari lebih dari 3 kali (tidak memperhatikan seberapa banyak kencing yang keluar).

1. Alergi (obat, makanan, plester, dll)

Klien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, serta plester.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengaku baru menyelesaikan pengobatan TB parunya sejak 1,5 bulan yang lalu dan dinyatakan sembuh oleh dokter.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu kandung Tn. W memiliki riwayat penyakit yang sama berupa diabetes, sedangkan riwayat darah tinggi pada orang tua tidak ada.

1. Kebiasaan/ pola hidup/ life style

Keluarga mengatakan bahwa klien mempunyai kebiasaan merokok, serta klien mempunyai kebiasaan minum kopi dengan banyak gula, klien juga tidak menjaga pola/ menu makanan dan minuman yang di konsumsi, makanan camilan yang paling di gemari klien adalah camilan yang manis-manis.

1. Obat-obat yang digunakan

Keluarga mengatakan bahwa klien pernah mengkonsumsi obat TB, dan sudah tidak mengkonsumsi obat sejak 1,5 bulan lalu. Dan semenjak itu klien tidak pernah mengkonsumsi obat lain.

Genogram:

Keterangan :

: laki-laki

: perempuan

 : tinggal satu rumah

 : meninggal

 : Klien

3. Pola Pengkajian

1. Persepsi kesehatan & pemeliharaan kesehatan

Jika ada anggota keluarga yang sakit, jarang berobat ke dokter.

Interpretasi :

Keluarga mengatakan bahwa ke dokter itu hanya jika sakitnya sudah parah.

1. Pola nutrisi/ metabolik
2. Antropometeri

BB sebelum sakit = 62 kg

BB saat ini = 58 kg

TB: 168 cm

IMT= BB/(Tb(m)2) =58/2,82=20,5

Kategori IMT

Underweight < 18,5

Normal 18,5-24,9

Overweight >25

Interpretasi: berdasarkan rumus IMT, klien termasuk kategori normal

1. Biomedical sign :

Gula darah sewaktu : 333 mg/dl

Gula darah puasa : 256 mg/dl

Kategori Glukosa darah normal:

Gula darah puasa : 80-99 mg/dl

Gula darah sewaktu : 80-145 mg/dl

Interpretasi :

Pada hasil pemeriksaan didapatkan nilai tidak normal pada gula darah sewaktu dan gula darah puasa.

3. Pola eliminasi:

1. BAK
	1. Frekuensi : 1800cc/jam
	2. Jumlah : >1200-1500 cc/jam
	3. Warna : berwarna kuning jernih
	4. Bau : berbau khas
	5. Kemandirian : mandiri/ dibantu
2. BAB
	1. Frekuensi : 1x/hari
	2. Jumlah : normal
	3. Warna : kuning
	4. Bau : bau khas
	5. Karakter : berbentuk
	6. Kemandirian : mandiri/ dibantu

 Interpretasi :

Pola eliminasi urine yang dialami oleh klien terganggu karena urine yang dikeluarkan tidak normal.

4. Pola aktivitas dan latihan

Klien dalam melakukan ADL perlu dibantu.

|  |
| --- |
| **Aktivitas harian (Activity Daily Living)** |
| **Kemampuan perawatan diri** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Makan / minum |  |  | √ |  |  |
| Toileting  |  |  | √ |  |  |
| Berpakaian  |  |  | √ |  |  |
| Mobilitas di tempat tidur |  |  | √ |  |  |
| Berpindah  |  |  | √ |  |  |
| Ambulasi / ROM |  |  | √ |  |  |

Ket: 0: tergantung total, 1: dibantu petugas dan alat, 2: dibantu keluarga, 3: dibantu alat, 4: mandiri

5. Pola tidur dan istirahat

Durasi : Klien mengatakan tidur pada pukul 23.30 WIB-04.00 WIB (4,5 jam) dan siang hari tidur selama 1 jam.

Interpretasi : klien mengalami gangguan tidur karena cemas.

6. Pola kognitif dan perseptual

Fungsi Kognitif dan Memori :

Mampu berkomunikasi dan berorientasi dengan baik saat dilakukan pengkajian. Penglihatan klien kurang berfungsi dengan baik karena mengalami gangguan. Gangguan penglihatan yang dirasakan adalah pandangan berputar dan merasa benda-benda sekitar bergoyang. Pendengaran , pengecapan dan penciuman, klien berfungsi dengan baik. Sensori, klien masih mampu membedakan sensori tajam dan tumpul sekalipun harus dengan tekanan yang kuat.

Interpretasi :

Klien mengalami gangguan pada penglihatannya.

7. Pola persepsi diri

1. Gambaran diri : Klien mengatakan tidak bisa bekerja mencari uang.
2. Identitas diri : Klien merupakan seorang suami dan ayah yang

 sudah memiliki dua anak.

1. Harga diri : Klien percaya dirinya dapat sembuh dan segera

 melakukan aktivitas sehari hari yaitu menjalani hidup

 dengan keluarga kecilnya.

 d. Ideal Diri : Klien ingin segera sembuh dan ingin segera bekerja

 kembali agar bisa menghidupi keluarganya.

e. Peran Diri : Klien mengatakan dirinya tidak bisa melakukan

 kegiatan yang terlalu berat

Interpretasi :

Pola persepsi diri klien tidak mengalami gangguan, gambaran diri klien tidak mengalami gangguan

8. Pola seksualitas & reproduksi

Klien mengatakan sudah mempunyai 2 anak. Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat gangguan reproduksi.

Interpretasi : Tidak ada masalah

9. Pola peran dan hubungan

Klien mengatakan perannya klien adalah seorang suami sekaligus kepala rumah tangga yang harus mencari nafkah untuk keluarganya dengan bekerja sebagai tukang parkir di pasar. Hubungan klien dengan orang terdekat tidak mengalami masalah. Setelah dirawat di rumah sakit klien akan menjaga kondisinya saat ini dan akan selalu periksa ke dokter. Saat di rumah sakit klien juga berinteraksi baik dengan keluarga klien lain, perawat dan juga tenaga medis lainnya.

Interpretasi : Klien mengalami gangguan peran saat sakit.

10. Sistem nilai dan keyakinan

Klien mengatakan klien beragama Islam dan selalu taat dalam menjalankan kewajiban sholatnya walaupun di tempat tidur

11. Pola koping dan stres

Klien mengatakan apabila ada masalah pasti didiskusikan dengan keluarganya dan saudara terdekatnya. Klien menyelesaikan masalahnya dengan musyawarah. Klien terlihat cemas dan stres akan penyakitnya.

4. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

N : 100x/menit,

RR : 20x/menit,

TD : 120/80 mmHg,

S : 36,5 C

1. Pemeriksaan Kepala

Bentuk Kepala : Mesochepal, tidak terdapat deformitas

Rambut : Dominan hitam dan tidak mudah rontok

1. Pemeriksaan Mata

Konjungtiva : Pada mata kanan dan kiri tidak terlihat anemis.

Sklera : Pada mata kanan dan kiri terlihat ikterik

Pupil : Isokor kanan-kiri, diameter 3 mm, reflek cahaya( + / + )

Palpebra : Tidak edema

Visus : Baik

1. Pemeriksaan Hidung

Bentuk : normal, tidak terdapat deformitas

Nafas cuping hidung : tidak ada

Sekret : tidak terdapat sekret hidung

1. Pemeriksaan Mulut

Bibir : Tidak sianosis, tidak kering

Lidah : Tidak kotor, tepi tidak hiperemi

Tonsil : Tidak membesar

Faring : Tidak hiperemis

Gigi : Lengkap

1. Pemeriksaan Telinga

Bentuk : normal, tidak terdapat deformitas

Sekret : tidak ada

Fungsional : pendengaran baik

1. Pemeriksaan Leher

JVP : tidak meningkat

Kelenjar tiroid : tidak membesar

Kelenjar limfonodi : tidak membesar

Trakhea : tidak terdapat deviasi trakhea

1. Pemeriksaan Thorak

1. Paru-paru

Inspeksi : simetris kanan kiri, tidak ada retraksi, tidak ada sikatrik.

Palpasi : vocal fremitus kanan sama kiri

Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru, batas paru hepar pada SICV LMC dextra

Auskultasi : suara dasar vesikuler, tidak ada suara tambahan di semua lapang paru

2. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : Ictus cordis tidak teraba

Perkusi : Batas jantung

Kanan atas : SIC II LPS dextra

Kanan bawah : SIC IV LPS dextra

Kiri atas : SIC II LMC sinitra

Kiri bawah : SIC IV LMC sinistra

Auskultasi : S1- S2, reguler, tidak ada mur-mur, tidak ada gallop

1. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : tampak asites, sikatrik akibat bekas luka operasi apendiksitis,

Auskultasi : peristaltik normal

Perkusi : pekak pada region abdomen kanan atas sampai 3 jari dibawah arcus costae dan tympani di abdomen kanan bawahdan abdomen kiri

Palpasi :supel, terdapat nyeri tekan pada regio bagian atas, teraba adanya pembesaran hepar dan lien tidak teraba. Tes undulasidan pekak beralih positif.

1. Pemeriksaan Ekstremitas

Superior : tidak ada deformitas, tidak ada edema, perfusi kapiler baik, tidak anemis, akral hangat.

Inferior : tidak ada deformitas, tidak ada edema, CRT bagian ujung lebih dari 3 detik, perfusi kapiler buruk, tidak anemis, akral dingin.

**Analisa data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Etiologi** | **Masalah keperawatan** |
| DS :* Riwayat penyakit diabetes sejak 8 bulan lalu
* klien mengeluh kaki kesemutan dan badan lemas
* sering BAK
* klien suka mengonsumsi kopi, makan manis, merokok 10 batang per hari
* klien mengatakan tidak pernah berolahraga

DO :* klien tampak lemas
* Gula darah sewaktu : 333 mg/dl
* gula darah puasa : 256 mg/dl
* urine output : >1500 cc/jam
 | Pola hidup tidak sehatSel beta di pankreas tergangguDefisiensi insulinRetensi insulinHiperglikemiaKadar glukosa darah tidak terkontrolKetidakstabilan kadar glukosa darah | Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah |
| DS :* Klien mengatakan selama sakit klien makan 2x sehari dan hanya makan separuh porsi kurang lebih sekitar 2 sendok makan.
* Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah

DO :BB sebelum sakit : 62 kgBB setelah sakit : 58 kgTB : 168 cmIndeks Masa Tubuh (IMT) : 20,5 | Penurunan pemakaian glukosa oleh selProteolisisAsam amino meningkatGlukoneugenesisKetogenesisKetonemiaPenurunan BB | Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |
| DS : * Klien mengatakan kakinya kesemutan terutama saat setelah duduk bersila atau jongkok dalam waktu lama.
* Klien mengaku terkadang tidak terasa sakit jika kakinya tersandung benda

DO :* Gula darah sewaktu 333 mg/dl
* Gula darah puasa klien 256 mg/dl.
 | Defisiensi insulin absolutePenurunan pemakaian glukosa oleh selHiperglikemiaHiperosmolalitas | Risiko infeksi |
| DS :* klien mengatakan cemas tentang penyakit yang di deritanya
* Klien mengaku sering BAK malam hari lebih dari 3x.

DO :* Klien terlihat cemas dan gelisah
* TD : 120/80
* RR : 20x/menit
* Suhu : 36,5 °C
 | Defisiensi insulin absolutePerubahan status kesehatanKurangnya pengetahuan ttg penyakit | Ansietas |
| DS :* Klien mengaku klien tidak mengetahui penyakitnya
* Klien mengatakan tidak mengetahui kadar gula darahnya tinggi
* Klien tetap mengonsumsi makanan yang manis.
* Klien mengatakan sudah 1 bulan ini klien mengaku berhenti minum obat tersebut.

DO :* Saat klien ditanya tentang diabetes klien hanya tau diabees itu penyakit kencing manis
 | Defisiensi insulin absolutePerubahan status kesehatanHospitalisasiInformasi in adekuat | Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, dan pengobatan |
| DS :* Klien mengatakan kaki kesemutan saat setelah duduk dan jongkok
* Badan terasa letih dan lemas

DO :* 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
 | Defisiensi insulin absoluteLipolisisKeletihan otot | Keletihan |
| DS :* Klien mengatakan kaki terasa kesemutan dan saat tersandung tidak merasa sakit

DO : * 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
 | Kadar glukosa darah meningkatDefisiensi insulinAliran darah ke perifer tergangguKetidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer | Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer |

**3.2 Diagnosa keperawatan**

* + - 1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol.
			2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang.
			3. Risiko infeksi berhubungan dengan tingginya kadar gula darah.
			4. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya.
			5. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan, dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.
			6. Keletihan berhubungan dengan keletihan otot.
			7. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit (DM).

**3.3 Perencanaan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **NOC** | **NIC** | **Rasional** |
| 1 | Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani | Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nutrisi pasien terpenuhi.Status Nutrisi : 1. Asupan makanan dan cairan dari skala 2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal)

Perilaku patuh : diet yang disarankan1. Memilih makanan yang sesuai dengan diet yang ditentukan dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)
2. Memilih minuman yang sesuai dengan diet yang ditentukan dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatka menjadi skala 4 (sering menunjukkan)
 | 1. Kaji status nutrisi dan kebiasaan makan.
2. Anjurkan pasien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan.
3. Timbang berat badan setiap seminggu sekali.
4. Identifikasi perubahan pola makan.
5. Kerja sama dengan tim kesehatan lain untuk pemberian insulin dan diet diabetik.
 | 1. Untuk mengetahui tentang keadaan dan kebutuhan nutrisi pasien sehingga dapat diberikan tindakan dan pengaturan diet yang adekuat.2. Kepatuhan terhadap diet dapat mencegah komplikasi terjadinya hipoglikemia/hiperglikemia.1. Mengetahui perkembangan berat badan pasien ( berat badan merupakan salah satu indikasi untuk menentukan diet ).

4. Mengetahui apakah pasien telah melaksanakan program diet yang ditetapkan. 5. Pemberian insulin akan meningkatkan pemasukan glukosa ke dalam jaringan sehingga gula darah menurun,pemberian diet yang sesuai dapat mempercepat penurunan gula darah dan mencegah komplikasi. |
| 2 | Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes | Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darahSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah normal.Kadar glukosa darah : 1. Glukosa darah dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal) | 1. Monitor kadar gula darah, sesuai indikasi
2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur atau sakit kepala.
3. Berikan insulin sesuai resep
4. Dorong asupan cairan oral
5. Batasi aktivitas ketika kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl
6. Intruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes
 | 1. Mengidentifikasi kadar gula darah secara dini dapat dengan cepat dalam penanggulagan tindakan
2. Mencegah terjadinya syok hiper/hipoglikemi
3. Dapat membantu dalam pengurangan/ pengontrolan kadar gula darah
4. Nutrisi yang cukup dan ideal sangat berpengaruh dalam pengontrolan kadar gula darah
5. Resiko terjadinya infeksi akibat penyembuhan luka yang lama dapat memperburuk kondisi pasien
6. Pengetahuan tentang manajemen diabetes membantu keluarga dalam mengontrol kadar gula darah
 |
| 3 | Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit (DM) | Ketidakefektifan perfusi jaringan periferSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer pasien dapat berkurang.Status sirkulasi1. Parestesia dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)
2. Asites dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)

Perfusi jaringan : perifer* + Parestsia dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)

Koagulasi darah* + Pembentukan bekuan dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)

Tanda-tanda vital :* + Suhu tubuh dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)
 | 1. Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi
2. Ajarkan tentang faktor-faktor yang dapat meningkatkan aliran darah :
* Tinggikan kaki sedikit lebih rendah dari jantung (posisi elevasi pada waktu istirahat), hindari penyilangan kaki, hindari balutan ketat, hindari penggunaan bantal di belakang lutut
1. Ajarkan tentang modifikasi faktor-faktor resiko berupa:
* Hindari diet tinggi kolestrol, teknik relaksasi, menghentikan kebiasaan merokok, dan penggunaan obat vasokontriksi.
1. Kerja sama dengan tim kesehatan lain dalam pemberian vasodilator, pemeriksaan gula darah secara rutin dan terapi oksigen (HBO) .
 | 1. Dengan mobilisasi meningkatkan sirkulasi darah.
2. Meningkatkan melancarkan aliran darah balik sehingga tidak terjadi oedema.

 1. Kolestrol tinggi dapat mempercepat terjadinya arterosklerosis, merokok dapat menyebabkan terjadinya vasokontriksi pembuluh darah, relaksasi untuk mengurangi efek dari stres.
2. Pemberian vasodilator akan meningkatkan dilatasi pembuluh darah sehingga perfusi jaringan dapat diperbaiki, sedangkan pemeriksaan gula darah secara rutin dapat mengetahui perkembangan dan keadaan pasien, HBO untuk memperbaiki oksigenasi daerah ulkus/gangren.
 |
| 4 | Keletihan berhubungan dengan metabolisme fisik untuk produksi energi berat akibat kadar gula darah tinggi | KeletihanSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan keletihan pada pasien dapat dikurangi.onservasi energiToleransi terhadap aktivitas1. Kekuatan tubuh bagian atas dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)2. Kekuatan tubuh bagian bawah dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)Tingkat kelelahan :1. Kelelahan dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)2. Kehilangan selera makan dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) | 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 ekstrimitas bawah sesui kemampuan.
4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.
5. Kerja sama dengan tim kesehatan lain : dokter ( pemberian analgesik ) dan tenaga fisioterapi.
 | 1. Untuk mengetahui derajat kekuatan otot-otot kaki pasien.2. Pasien mengerti pentingnya aktivitas sehingga dapat kooperatif dalam tindakan keperawatan.3. Untuk melatih otot – otot kaki sehingg berfungsi dengan baik.4. Agar kebutuhan pasien tetap dapat terpenuhi.5. Analgesik dapat membantu mengurangi rasa nyeri, fisioterapi untuk melatih pasien melakukan aktivitas secara bertahap dan benar. |
| 5 | Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan | Kerusakan integritas jaringanSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan kerusakan integritas jaringan dapat berkurang.Perfusi jaringan : perifer1. Pengisian kapiler jari dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)2. Pengisian kapiler jari-jari kaki dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa1. Perfusi jaringan dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)2. Integritas kulit dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu) | 1. Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhan.
2. Rawat luka dengan baik dan benar :
* Bersihkan luka secara abseptik menggunakan larutan yang tidak iritatif
* Angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi jaringan yang mati.
1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian anti biotik.
 | 1. Pengkajian yang tepat terhadap luka dan proses penyembuhan akan membantu dalam menentukan tindakan selanjutnya.
2. Merawat luka dengan teknik aseptik, dapat menjaga kontaminasi luka dan larutan yang iritatif akan merusak jaringan granulasi tyang timbul, sisa balutan jaringan nekrosis dapat menghambat proses granulasi.
3. Insulin akan menurunkan kadar gula darah, pemeriksaan kultur pus untuk mengetahui jenis kuman dan anti biotik yang tepat untuk pengobatan, pemeriksaan kadar gula darahuntuk mengetahui perkembangan penyakit.
 |
| 6. | Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan akibat hipoksia perifer | Nyeri akutSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nyeri akut pada pasien berkurang.Kontrol nyeri1. Mengenali kapan nyeri terjadi dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)2. Menggambarkan faktor penyebab dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)Kepuasan klien : Manajemen nyeri1. Nyeri terkontrol dari skala 2 (agak puas ) ditingkatkan menjadi skala 4 (sangat puas )2. Tingkat nyeri dipantau secara reguler dari skala 2 (agak puas ) ditingkatkan menjadi skala 4 (sangat puas ) | 1. Kaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien.
2. Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri.
3. Ciptakan lingkungan yang tenang.
4. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.
5. Atur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien.
6. Lakukan massage dan kompres luka dengan BWC saat rawat luka.
7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.
 | * 1. Untuk mengetahui berapa berat nyeri yang dialami pasien.
	2. Pemahaman pasien tentang penyebab nyeri yang terjadi akan mengurangi ketegangan pasien dan memudahkan pasien untuk diajak bekerjasama dalam melakukan tindakan.
	3. Rangasangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri.
	4. Teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.
	5. Posisi yang nyaman akan membantu memberikan kesempatan pada otot untuk relaksasi seoptimal mungkin.
	6. Massage dapat meningkatkan vaskulerisasi dan pengeluaran pus sedangkan BWC sebagai desinfektan yang dapat memberikan rasa nyaman.
	7. Obat –obat analgesik dapat membantu mengurangi nyeri pasien.
 |
| 7 | Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan proses penyakit (DM) | Resiko infeksiSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tidak terjadi infeksi pada pasien.Deteksi risiko1. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiki dari skala 2 (jarang mnunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)2.Memonitor perubahan status kesehatan skala 2 (jarang mnunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan) | 1. Kaji adanya tanda-tanda penyebaran infeksi pada luka.
2. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri selama perawatan.
3. Lakukan perawatan luka secara aseptik.
4. Anjurkan pada pasien agar menaati diet, latihan fisik, pengobatan yang ditetapkan.
5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotika dan insulin.
 | 1. Pengkajian yang tepat tentang tanda-tanda penyebaran infeksi dapat membantu menentukan tindakan selanjutnya.2. Kebersihan diri yang baik merupakan salah satu cara untuk mencegah infeksi kuman.3.Untuk mencegah kontaminasi luka dan penyebaran infeksi.4.Diet yang tepat, latihan fisik yang cukup dapat meningkatkan daya tahan tubuh, pengobatan yang tepat, mempercepat penyembuhan sehingga memperkecil kemungkinan terjadi penyebaran infeksi.5.Antibiotika dapat menbunuh kuman, pemberian insulin akan menurunkan kadar gula dalam darah sehingga proses penyembuhan. |
| 8 | Defisiensi pengetahuan behubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit (DM) | Defisiensi pengetahuanSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan pengetahuan pasien mengenai diabetes mellitus Tipe II bertambah.Pengetahuan : manajemen diabetes1.Pencegahan hiperglikemia dari skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan menjadi skala 4 (pengetahuan banyak)2. Prosedur yang harus diikuti dalam mengobati hoperglikemia dari skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan menjadi skala 4 (pengetahuan banyak)Perilaku patuh : diet yang sehat1. Mencari informasi tenyang panduan nutrisi baku dari skala 2 (jarang dilakukan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering dilakukan)Perilaku patuh : diet yang disarankan1.Menggunakan informasi gizi pada label untuk menentukan pilihan dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)2.Mengikuti rekomendasi untuk jumlah makanan per hari dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan) | 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit DM dan gangren.
2. Kaji latar belakang pendidikan pasien.
3. Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan pada pasien dengan bahasa dan kata-kata yang mudah dimengerti.
4. Jelasakan prosedur yang kan dilakukan, manfaatnya bagi pasien dan libatkan pasien didalamnya.
5. Gunakan gambar-gambar dalam memberikan penjelasan (jika ada / memungkinkan).
 | 1. Untuk memberikan informasi pada pasien/keluarga, perawat perlu mengetahui sejauh mana informasi atau pengetahuan yang diketahui pasien/keluarga.2. Agar perawat dapat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata dan kalimat yang dapat dimengerti pasien sesuai tingkat pendidikan pasien.3. Agar informasi dapat diterima dengan mudah dan tepat sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman.4. Dengan penjelasdan yang ada dan ikut secra langsung dalam tindakan yang dilakukan, pasien akan lebih kooperatif dan cemasnya berkurang.5. Gambar-gambar dapat membantu mengingat penjelasan yang telah diberikan. |
| 9 | Ansietas  | AnsietasSetelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ansietas pasien berkurang.Tingkat kecemasan :1. Tidak dapat beristirahat dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)2. Perasaan gelisah dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)3. Gangguan tidur dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) | 1. Kaji tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien.
2. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa cemasnya.
3. Gunakan komunikasi terapeutik.
4. Beri informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan pasien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan.
5. Berikan keyakinan pada pasien bahwa perawat, dokter, dan tim kesehatan lain selalu berusaha memberikan pertolongan yang terbaik dan seoptimal mungkin.
6. Berikan kesempatan pada keluarga untuk mendampingi pasien secara bergantian.
7. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman.
 | 1. Untuk menentukan tingkat kecemasan yang dialami pasien sehingga perawat bisa memberikan intervensi yang cepat dan tepat.2. Dapat meringankan beban pikiran pasien.3. Agar terbina rasa saling percaya antar perawat-pasien sehingga pasien kooperatif dalam tindakan keperawatan.4.Informasi yang akurat tentang penyakitnya dan keikutsertaan pasien dalam melakukan tindakan dapat mengurangi beban pikiran pasien.5.Sikap positif dari timkesehatan akan membantu menurunkan kecemasan yang dirasakan pasien.6. Pasien akan merasa lebih tenang bila ada anggota keluarga yang menunggu.7. Lingkungan yang tenang dan nyaman dapat membantu mengurangi rasa cemas pasien. |

1. **Implementasi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Hari/****Tanggal** | **Waktu** | **Diagnosa** | **Implementasi** | **Ttd** |
|  | Rabu,22/5/2019 | 08.00-09.00 WIB | Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol | 1. Memonitor kadar gula darah, sesuai indikasi
2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur atau sakit kepala.
3. Memberikan insulin sesuai resep
4. Mengintruksikan pada klien dan keluarga mengenai manajemen diabetes
5. Mengajarkan klien membuat diary makanan yang dikonsumsi
 |  |
|  | Rabu,22/5/2019 | 10.30-11.30 WIB | Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang | 1. Memonitor kalori dan asupan makanan klien
2. Memonitor kecenderungan terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan pada klien
3. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh klien untuk memenuhi kebutuhan gizi
 |  |
|  | Kamis,23/5/2019 | 08.00-09.00 WIB | Resiko infeksi berhubungan dengan tingginya kadar gula darah | 1. Menimbang berat badan setiap hari dan monitor satus klien
2. Memonitor tanda-tanda vital klien
3. Memberikan cairan dengan tepat
4. Mendistribusikan asupan cairan selama 24 jam
5. Memonitor berat badan
 |  |
|  | Kamis,23/5/2019 | 10.30-11.30 WIB | Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya | 1. Mengganti peralatan perawatan per klien sesuai protokol institusi
2. Menganjurkan klien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat
3. Memastikan penanganan aseptik dari semua saluran IV
4. Mengajarkan klien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi
 |  |
|  | Jumat,24/5/2019 | 08.00-09.00 | Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawtan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi | 1. Menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan
2. Memahami situasi krisis yang terjadi dari perspektif klien
3. Memberikan informasi faktual tekait diagnosa, perawatan dan prognosis
4. Mendampingi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan
 |  |
|  | Jumat,24/5/2019 | 09.30-10.30 | Keletihan berhubungan dengan keletihan otot | 1. Mengkaji status fisiologis klien yang menyebabkan kelelahan
2. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis
 |  |
|  | Jumat,24/5/2019 | 11.00-11.30 | Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer, proses penyakit (DM) | 1. Memonitor warna dan suhu kulit
2. Memeriksa pakaian yang terlalu ketat
3. Memonitor sensasi tumpul atau tajam dan panas dan dingin (yang dirasakan klien)
4. Mengintruksikan klien dan keluarga untuk memeriksa kulit setiap harinya
5. Menganjurkan klien dan keluarga mengenai pentingnya perawatan kaki
 |  |

1. **Evaluasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/ Tanggal** | **Diagnosa keperawatan** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1 | Kamis/23 Mei 2019 | Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kadar glukosa darah tidak terkontrol | S : Klien mengatakan sudah tidak merasa lemas dan kesemutan di kakinyaO :* Gula darah puasa : 99 mg/dl
* Gula darah sewaktu : 144 mg/dl

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan diet makan, dan pantau pemenuhan nutrisi klien |  |
| 2 | Kamis/23 Mei 2019 | Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang  | S : klien mengatakan nafsu makan meningkat dan badan tidak terasa lemasO :* klien makan 3x sehari
* klien menghabiskan satu porsi makanan dari rumah
* BB naik 0,5 kg dari 58 menjadi 58,5

A : Masalah kebutuhan nutrisi kurang dapat teratasi sebagianP : Lanjutkan diet makanan sehat dan pantau asupan nutrisi untuk klien |  |
| 3 | Jumat/24 Mei 2019 | Resiko infeksi berhubungan dengan tingginya kadar gula darah | S : Klien mengatakan tidak terasa kesemutan di kakinyaO : Tidak ada luka di tubuh klien terutama di kakiA : Masalah risiko infeksi klien teratasiP : Pantau agen penyebab infeksi klien untuk mengurangi terjadinya infeksi |  |
| 4 | Jumat/24 Mei 2019 | Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya | S : Klien mengatakan sudah tidak cemas memikirkan penyakitnyaO : Klien tampak tenang dan bisa tidur pada malam hariA : Masalah kecemasan klien dapat teratasiP : Intervensi dihentikan |  |
| 5 | Sabtu/25 Mei 2019 | Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan, dan pengobatan | S : Klien mengatakan sudah mengerti penjelasan dari perawat tentang penyakitnyaO : Klien dapat menjawab pertanyaan dari perawat dan dapat menjelaskan ulang penjelasan dari perawatA : Masalah sudah teratasiP : Intervensi dihentikan |  |
| 6 | Sabtu/25 Mei 2019 | Keletihan berhubungan dengan keletihan otot | S : Klien mengatakan sudah tidak lemas lagiO : Klien terlihat dapat beraktivitas.A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi untuk mengurangi keletihan |  |
| 7 | Sabtu/25 Mei 2019 | Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer, proses penyakit (DM) | S :* Klien mengatakan kaki klien tidak terasa kesemutan lagi
* Klien mengatakan kaki klien masih tidak terasa ketika disentuh

O:* CRT klien <3 detik
* Akral dingin
* warna sudah tidak pucat

A :Masalah belum teratasi sepenuhnyaP : Lanjutkan intervensi perawatan kaki dan senam kaki |  |