

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN
DIABETES MELLITUS TIPE I DI RUANG III
RSUD RANTAUPRAPAT**



**AMNEN
NIM. 7520119160**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
PRODI D-III JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN DIABETES
MELLITUS TIPE I DI RUANG III RSUD RANTAUPRAPAT

NAMA : AMNEN

NIM : P07520119160

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan Dihadapan Penguji

Medan, 2020

Menyetujui

Pembimbing

Arbani Batubara, S.Pd, S.Kep, NS, M.Psi

NIP. 196308251994031003

Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes

NIP. 196505121990032001

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN DIABETES
MELLITUS TIPE I DI RUANG III RSUD RANTAUPRAPAT
NAMA : AMNEN
NIM : P07520119160

Proposal Ini Telah Diuji Akhir Proposal Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Medan
Tahun 2020

Penguji I

Abdul Hanif Siregar, SKM, S.Kep, M.Pd
NIP. 195608121980031011

Penguji II

Tina, SKM, M.Kes
NIP. 197405142002122003

Ketua Penguji

Arbani Batubara, S.Pd, S.Kep, NS, M.Psi
NIP. 196308251994031003

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes
NIP. 196505121990032001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatnya sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe I di Ruang III RSUD Rantauprapat”.

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai pengantar dan pedoman dalam pembuatan karya tulis ilmiah di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan, jurusan Keperawatan Medan tahun 2019-2020 tujuan lain dari pembuatan karya tulis ini adalah agar pada saat melakukan penelitian penulis memiliki dasar teori yang dapat dipertanggungjawabkan sehingga tidak meninggalkan permasalahan di kemudian hari.

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan namun berkat dorongan dukungan dan semangat dari orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikan dengan baik oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada :

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes selaku ketua jurusan Keperawatan.
3. Ibu Afniwati, S.Kep, Ns, M.Kes selaku ketua Prodi D III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
4. Bapak Arbani Batubara, S.Pd, S.Kep, NS, M.Psi, selaku pembimbing yang memberikan masukan arahan serta semangat sehingga penulis termotivasi untuk menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Abdul Hanif Siregar, SKM, S.Kep, M.Pd, selaku penguji I.
6. Ibu Tina, SKM, M.Kes, selaku penguji II.
7. Pada dosen dan seluruh staf keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan jurusan Keperawatan Medan yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan teman-teman

mahasiswa/i Diploma III kelas RPL jurusan Keperawatan Poltekkes Medan tahun 2019-2020.

8. Semua pihak yang telah membantu dalam pembuatan karya tulis ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
9. Buat seluruh teman-temanku D-III Keperawatan terimakasih buat kebersamaannya selama ini dan dukungan pada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan Oleh karena itu penulis mengharapkan kiranya kritik dan saran yang membangun dari pihak dan nantinya akan digunakan untuk perbaikan di masa mendatang.

Rantauprapat, Mei 2020
Penulis

(AMNEN)
NIM.7520119160

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	2
1.2.1 Tujuan Umum.....	2
1.2.2 Tujuan Khusus.....	2
1.3 Metode Penulisan	3
1.4 Sistematika Penulisan	4
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Patofisiologi I Psikopatologi	7
2.1.4 Tanda dan Gejala	8
2.1.5 Penatalaksanaan.....	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	11
2.2.3 Perencanaan/Implementasi	12
2.2.4 Evaluasi.....	14
BAB III.....	15
TINJAUAN KASUS.....	15
3.1 Pengkajian.....	15
3.2 Diagnosa Keperawatan	21
3.3 Perencanaan/Implementasi	22
3.4 Pelaksanaan.....	24
3.5 Evaluasi.....	26
BAB IV	29
PEMBAHASAN.....	29
4.1 Pengkajian.....	29
4.2 Diagnosa Keperawatan	29
4.3 Perencanaan / Implementasi.....	30

4.4 Evaluasi.....	30
BAB V.....	32
KESIMPULAN DAN PEMBAHASAN.....	32
5.1 Kesimpulan	32
5.2 Saran	32
5.2.1 Bagi Intansi Rumah Sakit.....	32
5.2.2 Bagi Subjek/Responden	32
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	33
DAFTAR PUSTAKA	34

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan salah satu kelompok penyakit yang memberi beban kesehatan masyarakat tersendiri karena keadaannya cukup prevalen, tersebar di seluruh dunia, menjadi penyebab utama kematian, dan cukup sulit untuk dikendalikan. Perhatian terhadap penyakit tidak menular makin hari makin meningkat karena semakin meningkatnya frekuensi kejadiannya pada masyarakat, kecenderungan peningkatan ini terjadi terutama pada diabetes mellitus, karena itu, PTM makin hari cenderung makin menjadi masalah utama kesehatan masyarakat melewati penyakit menular, penyakit ibu dan anak, dan kekurangan gizi yang justru cenderung menurun. (M Najib Busran. 2018)

Selain menyebar luas secara global, PTM juga merupakan penyakit penyebab utama kematian. Data dunia menunjukkan lebih 80% kematian penyakit DM (Diabetes Mellitus) terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah, 29% kematian terjadi pada kelompok usia di bawah 60 tahun.

Diabetes Mellitus Tipe I akan menimbulkan dampak secara langsung pada penderita yaitu antara lain pengetahuan, sikap, persepsi, motivasi, niat, referensi, dan sosial budaya. Jika penderita diabetes mellitus tidak mampu mengontrol kadar gula dalam darah, akibatnya kadar gula dalam darah selalu tinggi.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan DM Tipe I adalah defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan metabolisme akibat defisiensi insulin, intake yang tidak adekuat akibat adanya mual-muntah, resiko defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan osmotik dan poliuria, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan akibat penurunan produksi energi, gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan sensori-sensori, gangguan sirkulasi, penurunan aktivitas atau mobilisasi, gangguan citra tubuh berhubungan dengan ekstremitas gangrene resiko cedera berhubungan dengan

penurunan fungsi penglihatan. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, penurunan anabolisme protein.

Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Pada awalnya tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif insulin pada membran sel. Akibatnya terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan system transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia (Price, 1995 cit Indriastuti 2008).

Berdasarkan dari rekam medis RSUD Rantauprapat Labuhanbatu bahwa penderita Diabetes Mellitus tipe I yang dirawat inap tahun 2017 sebanyak 1.127 orang, pada tahun 2018 sebanyak 1.410 orang dan data pasien yang dirawat pada tahun 2019 sebanyak 1.324 orang (RSUD Rantauprapat Labuhanbatu, 2020)

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe I.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini meliputi:

1. Melakukan pengkajian terhadap pasien Diabetes Mellitus Tipe I.
2. Merumuskan diagnosa terhadap pasien Diabetes Mellitus Tipe I.

3. Menyusun Intervensi terhadap pasien Diabetes Mellitus Tipe I.
4. Melaksanakan implementasi terhadap pasien Diabetes Mellitus Tipe I.
5. Melakukan Evaluasi terhadap pasien Diabetes Mellitus Tipe I.

1.3 Metode Penulisan

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya di analisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan.

a) Pengumpulan data primer dengan cara :

a) Wawancara (Komunikasi)

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, pola makan, diet diabetes mellitus yang dilakukan, asuhan keperawatan yang sudah terlaksana dan belum terlaksana, sampai evaluasi.

b) Observasi

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita diabetes mellitus untuk memperoleh data berupa data objektif seperti klien tampak lemas, dan lain-lain.

c) Pemeriksaan Fisik

Meliputi:

a. Keadaan Umum : kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital, kenaikan tekanan darah, suhu dingin.

b. Pemeriksaan Mata : gangguan penglihatan.

c. Pemeriksaan Leher : kaku kuduk.

d. Pemeriksaan Dada : nafas pendek, perubahan irama jantung, takipnea.

e. Pemeriksaan Ekstremitas atas, Ekstremitas bawah, dan

Persendian : adanya edema, gangguan koordinasi cara jalan.

2. Pengumpulan Data Sekunder

a) Studi Dokumentasi

Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam Rekam medis.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu terdiri dari 5 bab yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

pada bab ini diuraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini diuraikan tentang tinjauan teori yang terdiri dari asuhan keperawatan meliputi: pengertian, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, sedangkan untuk konsep penyakit meliputi: defines, klasifikasi, etiologi, patofisiologi pathway, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi dan konsep asuhan keperawatan teoritis.

BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi laporan kasus asuhan keperawatan Ny. A dengan diabetes mellitus di ruang III RSUD Rantauprapat yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan dan membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus mulai dari pengkajian diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi pemhasan dari kasus asuhan keperawatan Ny. S dengan diabetes mellitus di ruang III RSUD Rantauprapat yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini disampaikan mengenai kesimpulan dan saran dari penulis terhadap masalah yang ditemukan yang berhubungan dengan pokok karya tulis ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Definisi

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (siphon). Mellitus berasal dari bahasa latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit diabetes melitus dapat diartikan individu yang mengalirkan volume urine yang banyak dengan kadar glukosa tinggi. Diabetes melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

Diabetes Melitus (DM) adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer dkk, 2007)

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit kronik yang kompleks yang melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neurologis.

2.1.2 Etiologi

Penyebab diabetes berdasarkan klasifikasi WHO tahun 1995 adalah :

a. DM Tipe I (IDDM : tergantung insulin)

I. Faktor Genetik

Faktor genetik menyebabkan timbulnya DM melalui heterogen sel-sel beta terhadap penghancuran oleh virus atau mempermudah perkembangan antibodi autoimun melawan sel-sel beta, jadi mengarah pada penghancuran sel-sel beta

II. Faktor Infeksi Virus

Berupa infeksi virus coxakie dan Gondogen yang merupakan pemicu yang menentukan proses autoimun pada individu yang peka secara genetik.

b. DM Tipe II (DM tidak tergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, di mana terjadi obesitas pada individu obesitas dapat menurunkan jumlah reseptor insulin dari dalam sel target insulin di seluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa.

c. DM Malnutrisi

1) Fibro Calculous Proncreatic DM (FCPD)

Terjadi karena mengkonsumsi makanan rendah kalori dan rendah protein sehingga klasifikasi pankreas melalui proses mekanik (Fibrosis) atau toksik cyanide) yang menyebabkan sel-sel beta menjadi rusak.

2) Protein Defisiensi Proncreatic Diabetes Mellitus (PDPD)

Karena kekurangan protein yang kronik menyebabkan hipofungsi sel beta pankreas

d. DM tipe lain

1) Penyakit Pankreas, seperti : poncreatitis, ca proncreas.

2) Penyakit Hormonal, seperti : yang meningkatkan GH (Growth Hormon) yang merangsang sel-sel beta pankreas yang menyebabkan sel-sel ini hiperaktif dan rusak.

3) Obat-obatan

a. Bersifat sitotoksin terhadap sel-sel seperti aloxan dan streptozerin.

b. Yang mengurangi produksi insulin seperti derivat thiazide, phenotiazin dan lain-lain.

2.1.3 Patofisiologi I Psikopatologi

Pada diabetes mellitus ini terdapat 2 masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistens insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikat insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam

metabolisme glukosa dalam sel, resisten insulin pada DM ini disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan oleh jaringan. Ada beberapa faktor yang diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin seperti faktor genetik, usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun), obesitas, riwayat keluarga dan kelompok.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan, pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi DM.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM. Namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetes jarang terjadi pada DM. Jika DM tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hyperosmolar nonketotik.

2.1.4 Tanda dan Gejala

- a. Poliuria (banyak kencing)
- b. Polidipsia (banyak minum)
- c. Poliphagia (banyak makan)
- d. Penurunan berat badan
- e. Kelemahan, kelelahan dan mengantuk
- f. Malaise
- g. Kesemutan pada ekstremitas
- h. Infeksi kulit dan Pruritus
- i. Timbul gejala ketoasidosis dan somnolen bila berat
- j. Mata kabur

2.1.5 Penatalaksanaan

Ada 6 cara dalam penatalaksanaan DM tipe I :

1. Pemberian insulin

Yang harus diperhatikan dalam pemberian insulin adalah (Ernawati, 2013) :

- cara pemberian pemberian/penyuntikan hormon insulin
- indikasi dan kontra indikasi pemberian/penyuntikan hormon
- efek samping pemberian/penyuntikan hormon insulin

2. Pengaturan makan/diet

Di sini yang harus diperhatikan adalah (PERKENI, 2011) :

- jumlah kebutuhan kalori untuk anak usia 1 tahun sampai usia pubertas
- komposisi sumber kalori perhari
- pembagian kalori per 24 jam diberikan 3 kali makanan utama dan tiga kali makanan kecil :

- 20% berupa makan pagi
- 10% berupa makanan kecil
- 25% berupa makan siang
- 10% berupa makanan kecil
- 25% berupa makan malam
- 10% berupa makanan kecil

3. Olahraga

Latihan jasmani teratur 3-4 kali setiap minggu selama 30 menit seperti : lari, jalan santai, renang dan bersepeda (Retno Novotasari , 2012).

4. Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan kegiatan jasmani yang teratur, tetapi kadar glukosa darahnya masih belum baik dipertimbangkan pemakaian obat berkhasiat hipoglikemik.

- a. Sulfaniurea : (menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan)
- b. Biguanid : (menurunkan kadar glukosa darah)
- c. Inhibitor a glukosidase : (bersifat kompetitif menghambat kerja enzim)
- d. Insulin Sensitizing Agent : (berfungsi meningkatkan sensitifitas insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia).

5. Edukasi

Meliputi pemahaman dan pengertian penyakit dan komplikasinya memotivasi penderita dan keluarga agar patuh berobat.

6. Pemantauan Mandiri (Home Monitoring)

Pasien serta keluarga harus dapat melakukan pemantauan kadar glukosa darah dan penyakitnya di rumah.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

a. Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien

2. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Keluhan/alasan masuk rumah sakit

Misalnya : lemah, cemas, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen dan lain-lain.

b. Riwayat penyakit sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit, penyebab terjadinya penyakit serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

c. Riwayat penyakit dahulu

Adanya penyakit DM atau penyakit lain yang pernah diderita pada pasien.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko penyakit keluarga tentang penyakit yang sedang diderita. Seperti : obesitas, pankreatitis akut, riwayat glukosaria selama ini.

e. Riwayat Psikososial

Mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya.

3. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Misalnya : pekerjaan empat

4. Pola Eliminasi

Pola fungsi eksresi, kebiasaan depekasi, masalah miksi.

5. Pola Makan

Yaitu masukan nutrisi, cairan, nafsu makan, kebutuhan zat gizi, kesulitan menelan.

6. Personal Hygiene

Menggambarkan keberhasilan menggambarkan kebersihan dalam merawat diri. Misalnya : mandi, BAB, BAK dan lain-lain.

7. Pemeliharaan Fisik

- Keadaan umum
- tanda-tanda vital
- pemeriksaan kepala dan leher
- pemeriksaan dada
- pemeriksaan abdomen
- pemeriksaan reproduksi
- pemeriksaan integumen
- pemeriksaan ekstremitas
- pemeriksaan status mental

8. Pemeriksaan Penunjang

- pemeriksaan laboratorium
- pemeriksaan urine
- pemeriksaan alkalosis respitorik

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul antara lain (PPNI. 2018) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan tindakan pembedahan neoplasma

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropathy perifer
5. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka.

2.2.3 Perencanaan/Implementasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Krireria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poin level 2. Poin kontrol 3. Comfort level <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri berkurang (0-10) menjadi 4 2. Pasien terlihat rileks atau nyaman 3. Pasien mampu mengontrol nyeri 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaki nyeri menggunakan metode (P,Q,R,S,T) meliputi skala, frekuensi nyeri dan lain-lain. 2. Pertahanan tirah baring dan posisi nyaman. 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 4. Monitor tanda-tanda vital. 5. Kolaborasi untuk pemberian analgetik.
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah b.d tindakan pembedahan neoplasma	<p>NOC :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kadar glukosa dalam darah stabil dengan kriteria</p>	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor yang menjadi penyebab ketidakstabilan glukosa

		<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah normal (80-100 mg/dl) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pantau keton urine 3. Pantau tanda dan gejala terjadinya hipoglikemi dan hiperglikemi 4. memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit ulkus, diabetik, diet, obat, resep
3.	Resiko infeksi b.d adanya luka	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Immune status 2. Knowledge infection control 3. Risk control <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat dicegah dan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Jumlah leukosit dalam batas normal 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan cuci tangan pakai sabun setiap kali sebelum dan sesudah melakukan tindakan 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Meningkatkan intake nutrisi 4. Berikan perawatan luka pada area epiderma 5. Observasi kulit, membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase 6. Kolaborasi pemberian antibiotik

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan.

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan, ditulis pada catatan perawat, dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi Sumatif SOAP

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan yang merupakan rekapan akhir secara paripurna catatan naratif penderita pulang atau pindah.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini dibahas mengenai hasil dari pelaksanaan kegiatan Asuhan Keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan masalah kesehatan utama diabetes mellitus.

3.1 Pengkajian

A. Biodata

1. Nama : Ny. A
2. Tanggal Lahir : 10-06-1968
3. Alamat : Rantauprapat
4. Suku : Mandailing
5. Agama : Islam
6. Pendidikan : SMP
7. Pekerjaan : IRT
8. Penanggung Jawab Biaya : BPJS

B. Riwayat Penyakit Sekarang

- Keluhan utama adalah nyeri pada ulu hati
- Pada tanggal 10-02-2020 pasien masuk IGD RSUD Rantauprapat jam 10.30 WIB dengan keluhan ulu hati dan kaki kanan bagian jempol luka sejak 1 minggu yang lalu. Di IGD terpasang infus RL 20 TPM dan dilakukan pengecekan glukosa darah sewaktu 459 mg/dl Kemudian dari IGD pasien dimasukkan ke ruang rawat inap III dengan keluhan yang sama sekitar jam 18.30 WIB pada tanggal 11 Februari 2020 saat dikaji pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk di ulu hati dengan skala 3 dan terus-menerus.

C. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah dirawat saat 2 bulan yang lalu dengan diagnosa diabetes mellitus tipe I. Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus tipe I sejak 5 tahun yang lalu pasien rutin mengkonsumsi obat glukaika dan tidak mempunyai riwayat alergi.

D. Riwayat Penyakit Keluarga

Ibu kandung pasien menderita penyakit hipertensi dan anggota keluarga pasien yang lain tidak ada yang menderita penyakit keturunan maupun menular.

E. Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak meminum minuman yang beralkohol, merokok maupun mengkonsumsi obat-obatan terlarang pasien juga tidak berolahraga rutin.

F. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : posisi pasien supine dan alat medis / invasif yang terpasang adalah infus NaCl 20 TPM
2. Kesadaran : composmentis
3. Pemeriksaan ttv : TD = 180/100 mmbg
RR = 19/m
N = 84/m
suhu = 37⁰C
4. Kenyamanan/Nyeri : pasien mengeluh nyeri pada ulu hati seperti ditusuk-tusuk dengan skala 3 dan terus-menerus.
5. Status Fungsional :
 - pasien dapat mengendalikan rangsang defekasi (BAB) dengan mandiri, mengendalikan rangsang berkemih (BAK) dengan mandiri.
 - Mandi masih dibantu keluarga
 - Berjalan masih perlu bantuan keluarga
6. Pemeriksaan Kepala :
 - kulit kepala : bersih tidak ada lesi warna

- rambut hitam dan putih sedikit kusam
 - mata : simetris, sklera tidak ikterik
 - konjungtiva anemis
 - Febra tidak edema
 - kornea keruh
 - replek cahaya positif
 - Pupil isokor
 - mata sedikit kabur
 - hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung
 - lubang hidung bersih tidak ada sekret, ketajaman penciuman baik tidak ada kelainan.
 - rongga mulut : bibir kering pucat
 - gusi tidak ada lesi
 - gigi terdapat karies
 - lidah bersih
 - telinga : bentuk telinga simetris
 - ketegangan telinga elastis
 - lubang telinga tidak ada serumen
7. Pemeriksaan Leher : kelenjar getah bening tidak teraba
- tidak terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid
 - denyut nadi karotis
 - posisi trakea simetris
8. Pemeriksaan Thorak : Tidak terdapat sesak atau nyeri pada saat bernafas, batuk tidak produktif
- Inspeksi : bentuk dada simetris
 - frekuensi 19 x 1 menit
 - Irama nafas teratur

- tidak terdapat pernapasan cuping hidung
- tidak menggunakan alat bantu pernapasan dan tidak ada penggunaan WSD

- Palpasi : vokal fremitus getaran paru kanan dan kiri
- Perkusi : terdengar suara sonar
- Avskultasi : pada saat melakukan avskultasi terdengar suara nafas vesikuler, suatu ucapan terdengar jelas saat berbicara

9. Pemeriksaan Jantung : - inpeksi

pada saat melakukan inpeksi tidak ada pulsasi, CRT < 2 detik tidak ada sinosis, ujung jari tidak tabuh

- palpasi

pada saat melakukan palpasi ictus cordi tidak nampak dan akral teraba

- perkusi

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

- Avskultasi

Saat melakukan avskultasi bunyi jantung, bunyi tunggal, irama regular, terdengar keras (lup) dan bunyi jantung 11 saat

didengar/avskultasi terdengar bunyi tunggal, irama regular, tidak ada bunyi jantung tambahan

10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi :

- Berat badan : 39 kilo; tinggi badan 150 cm
- Mengalami penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir sebanyak 11-15 kilo. Jenis diet pasien adalah bubur
- Pasien mengalami penurunan nafsu makan dengan frekuensi 3 x 1 hari dan porsi makan tidak habis
- Pasien BAB 1 x 1 hari konsistensi feses lunak

11. Pemeriksaan abdomen : - infeksi

tidak ada benjolan pada abdomen, benjolan tidak ada luka bekas operasi

- Avskultasi

terdengar bising/peristaltic terdengar bising

- Palpasi

terdapat nyeri tekanan di daerah antara ulu hati, tidak ada benjolan, tidak ada asites, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal.

12. Pemeriksaan Sistem Persyarafan :

- berkomunikasi baik
- refleks patella normal
- refleks bicep dan tricep normal
- refleks bronkioradialis normal
- persyarafan, penciuman, mata, rahang lidah normal

13. Balance Cairan : - intake

- minum peroral 1200 ML

- cairan infus 1500 ML output
- output
- urine 1500 ML
- feses 200 ML

14. Pemeriksaan Sistem Perkemihan :

- tidak ada keluhan buang air kecil kemampuan berkemih spontan produksi urine 1500 ml
- tidak ada pembesaran dan nyeri tekanan pada kandung kemih

15. Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen :

- pergerakan sendi terbatas dengan kekuatan otot
- ekstremitas tidak ada kelainan
- turgor kulit baik
- terdapat luka dengan panjang 5 cm, luas 1 cm, kedalaman 1 cm, warna dasar luka nekrotik dan granulasi. Tipe cairan eksudat serous tidak terdapat edema tidak ada tanda-tanda infeksi

16. Pemeriksaan Sistem Endokrin :

- tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening gula darah sewaktu 220mg/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 berlokasi di telapak kaki sebelah kanan

17. Seksualitas Dan Reproduksi :

- tidak terdapat benjolan pada payudara dan genetika tidak terdapat flour albus dan prolaps uteri

18. Pemeriksaan Penunjang :

- hasil laboratorium :
 - Leukosit : 23.22 10 A 3/UL
 - Eritrosit : 3.09 10 A 3/UL
 - Hemoglobin : 10.0 g/dl
 - Hematokrit : 25.8%

19. Obat yang Diterima

- Cairan :
 - cairan NaCl 20 tPM
 - metronidazol 20 tPM
- Obat :
 - Omeprazole 2 x 1 viol 1V
 - Tomit 3 x 1 AMP 1V
 - Meropenem 3 x 1 viol 1V
 - Novorapid 3 x 12 Ui P.S.S
 - Levofloxacin 1 x 500 mg
 - Flexy bag IVFD
 - Nacl 0,9 % IVFD

3.2 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa
1	10 Februari 2020	Nyeri obat berhubungan dengan agen pencedera fisiologis DS : - ulu hati seperti ditusuk-tusuk dibagian perut tengah atas terus menerus DO : - pasien tanpa meringis menahan nyeri - pasien terlihat memegang daerah yang terasa nyeri
2		Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah b.d tindakan pembedahan neoplasma

		<p>DS : - keluarga pasien mengatakan pada jempol kaki kanan sejak 1 bulan yang lalu</p> <p>DO : - terdapat kerusakan jaringan atau lapisan kulit pada telapak dan jempol kaki sebelah kanan pasien</p> <p>- - terdapat luka dengan panjang luka 5 cm luas luka 1 cm kedalaman luka 1 cm derajat luka 11 tipe cairan leksudat</p>
3		<p>Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka</p> <p>DS : - Pasien mengatakan sedikit nyeri pada luka</p> <p>DO : - Terdapat luka pada jempol kaki sebelah Kanan</p> <p>- leukosit 23.22</p>

3.3 Perencanaan/Implementasi

No	Tanggal / hari	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Senin, 10-02-2020	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien pasien menampakan ketenangan • ekspresi muka pasien rileks 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skali nyeri 3. Mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik

2		Ketidak stabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil : 1. Gula darah dalam rentang stabil 70 - 130 mg/dl 2. Pasien dan keluarga dapat mematuhi terapi 3. Pasien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara mandiri	1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor intake dan output cairan 3. Ajarkan penggunaan insulin, obat oral monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat 4. kolaborasi pemberian insulin
3		Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan akan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1 Pasien dapat terhindar dari resiko infeksi 2 Pasien mengetahui CTPS dengan baik 3 Pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui	1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik 2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3 Ajarkan CTPS 4 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5 Anjurkan meningkatkan asupan cairan

			tanda dan gejala infeksi	
--	--	--	--------------------------	--

3.4 Pelaksanaan

Hari/Tanggal	Tindakan	Evaluasi
Senin, 10-02-2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah pasien. 2. Mengidentifikasi intensitas nyeri 3. Menganjurkan untuk mobilisasi dengan duduk di atas tempat tidur vc 4. Mengajarkan CTPS 5. Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 6. Monitor asupan makanan dan cairan pasien 7. Memberikan insulin 12 unit melalui subkutan 8. Memberikan injeksi melalui infus 9. Melakukan perawatan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GDS : 220 ml/dl 2. Ulu hati seperti ditusuk-tusuk dibagian perut tengah atas terus menerus 3. Pasien kooperatif dan mengangguk tanda setuju 4. Pasien dan keluarga nampak antusias mengikuti 5. Agar pasien terhindar dari bakteri dan virus 6. Pasien mengikuti dan merasa rileks 7. Keluarga mengatakan pasien selalu tidak menghabiskan porsi makanannya 8. Pasien tampak rileks 9. Pasien terlihat menahan sakit saat diberikan injeksi 10. Luka pasien berwarna kemerahan pucat dengan ukuran panjang 5 cm, lebar 1 cm dan kedalaman 1 cm, tidak bau tipe cairan/eksudat serous

<p>Selasa, 11-02-2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor kadar glukosa darah pasien 2) Mengidentifikasi intensitas nyeri 3) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan duduk di atas tempat tidur 4) Memonitor asupan makanan pasien 5) Memberikan injeksi insulin 12 unit melalui sc 6) Melakukan perawatan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1 KGS = 130 mg/dl 2 Ekspresi pasien tampak rileks 3 Keluarga pasien mengatakan sudah mulai bisa dan lancar duduk di atas tempat tidur 4 Keluarga mengatakan makanan habis dimakan pasien 5 Pasien tampak rileks 6 Membersihkan luka dan mengganti perban, luka mulai mengecil
<p>Rabu, 12-02-2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah pasien 2. Perawat mencuci tangan pakai sabun (CTPS) sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Memberikan injeksi melalui IV sesuai resep dokter 4. Mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 5. Monitor asupan makanan pasien 6. Memberikan injeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. KDS = 125 mg/dl 2. Agar terhindar dari bakteri 3. Pasien merasa rileks saat dilaksanakan pengobatan 4. Pasien kooperatif dan merasa rileks 5. Pasien mengatakan rasa mual hilang, pasien tampak menghabiskan makanannya 6. Pasien tampak rileks 7. Membersihkan luka dan mengganti perban, luka mulai mengecil dan kering

	insulin 12 unit melalui subkutan 7. Melakukan perawatan luka	
--	---	--

3.5 Evaluasi

No	Hari/tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)
1	Senin, 10-02-2020	Nyeri akut	S = pasien mengatakan nyeri di daerah ulu hati seperti ditusuk-tusuk perut bagian tengah atas terus menerus O = pasien tampak memegang daerah yang sakit A = masalah nyeri akut teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi manajemen nyeri
2		Ketidaksta bilan kadar glukosa darah	S = pasien mengatakan menderita penyakit diabetes melitus sejak 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan gula darahnya naik turun. O = GDS : 220 mg/ dl A = masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sebelum teratasi P = lanjutkan intervensi
3		Resiko infeksi	S = pasien mengatakan luka di jempol kaki tidak nyeri lagi O = pasien dan keluarga dapat mencontohkan teknik cuci tangan yang benar dan terdapat luka pada jempol kaki kanan pasien A = masalah resiko infeksi teratasi sebagian

			P = lanjutkan intervensi pencegahan infeksi
--	--	--	---

No	Hari/tanggal	Diagnosis	Evaluasi (SOAP)
1	Selasa, 11-02-2020	Nyeri akut	S = pasien mengatakan nyeri berkurang bahkan tidak ada O = ekspresi pasien tampak rileks A = masalah nyeri akut teratasi P = pertahankan intervensi
2		Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S = pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil, pasien mengatakan mengerti tentang diabetes O = GDS 125 mg/dl A = masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi
3		Resiko infeksi	S = pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah luka O = pasien dan keluarga dapat melakukan teknik CTPS dengan benar A = masalah resiko infeksi teratasi P = pertahankan intervensi pencegahan infeksi

No	Hari/tanggal	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)
1	Rabu, 12-02-2020	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	S = Pasien mengatakan gula darahnya masih belum stabil O = GDS 183 mg/dl A = masalah ketidakstabilan kadar gula darah teratasi

			P = lanjutkan intervensi
2		Resiko infeksi	<p>S = pasien mengatakan tidak ada nyeri di daerah luka</p> <p>O = pasien dan keluarga dapat melakukan teknik CTPS dengan benar</p> <p>A = masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P = pertahankan intervensi pencegahan infeksi</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. A dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020 yang meliputi identifikasi data umum, tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan pemeriksaan fisik dan harapan keluarga terhadap perawatan komunitas. Disini juga yang terpenting yaitu : nama, tanggal lahir, alamat, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, penanggung jawab biaya.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Di sini keluhan utama adalah nyeri pada ulu hati, pada tanggal 10-02-2020 pasien masuk IGD RSUD Rantauprapat jam 10.30 WIB dengan keluhan ulu hati sakit dan kaki kanan bagian jempol luka sejak 1 minggu yang lalu, di IGD pasien terpasang infus RL 20 TPM dan dilakukan pengecekan glukosa darah sewaktu : 445 mg/dl Kemudian dari IGD pasien dimasukkan ke ruangan rawat inap III. Dari pengumpulan data didapat dan dikumpulkan diagnosa keperawatannya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
DS : pasien mengatakan nyeri ulu hati seperti ditusuk-tusuk secara terus-menerus
DO : pasien nampak meringis menahan nyeri dan selalu memegang daerah yang sakit.
2. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin
DS : keluarga pasien mengatakan klien menderita diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu
DO : DGS 445 mg/dl.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan tubuh primer
DS : pasien mengatakan sedikit nyeri pada luka
DO : terdapat luka pada jempol kaki sebelah kanan

4.3 Perencanaan / Implementasi

1. Diagnosa : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
Perencanaan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang / hilang
Implementasi : - ajarkan teknik untuk mengurangi rasa nyeri
- kolaborasi pemberian analgetik
2. Diagnosa : ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.
Perencanaan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil
Implementasi : - monitor kadar glukosa darah
- monitor intake dan output cairan
- kolaborasi pemberian insulin
3. Diagnosa : Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan tubuh primer
Perencanaan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi
Implementasi : - Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
- Melaksanakan keperawatan luka dengan teknik steril

4.4 Evaluasi

1. Diagnosa : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
Perencanaan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang / hilang
Evaluasi : Pasien tampak tenang dan rileks
2. Diagnosa : Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin
Perencanaan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil
Evaluasi : - Gula darah dalam rentan stabil 70 - 130 mg/dl
- Pasien dapat mematuhi terapi

- Pasien dan keluarga mampu mengontrol glukosa darah secara mandiri
- 3. Diagnosa : Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan tubuh primer
- Perencanaan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi
- Evaluasi : - pasien dapat terhindar dari risiko infeksi
- pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar

BAB V

KESIMPULAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Kesimpulan

Hasil pengkajian yang ditemukan dari pengkajian pasien pada tanggal 10 Februari 2020 ditemukan data adanya gejala yaitu pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah, pasien mengatakan nyeri pada ulu hati dan nyeri pangkal pada paha hingga kaki bagian kiri dengan intensitas dan frekuensi dalam skala yang sama, kadar glukosa memiliki hasil GDS : 220 mg/ dl, ada luka pada jempol kaki bagian kanan dengan panjang luka 5 cm, luas 1 cm, kedalaman luka 1 cm, warna dasar luka nekrotik dan granulasi, tipe cairan eksudat serous, pasien mengalami mual pada saat makan sehingga porsi makannya tidak habis, akhir dari proses keperawatan adalah diagnosa keperawatan telah teratasi dengan baik sesuai rencana.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Intansi Rumah Sakit

Dapat memaksimalkan asuhan keperawatan guna mencegah komplikasi dan infeksi yang dapat membawa masalah lainnya di kemudian hari agar pelayanan rumah sakit semakin maksimal.

Menyusun standar operasional prosedur tentang pengolahan diabetes, diet diabetes serta pencegahan infeksi pasien diabetes mellitus tipe I.

5.2.2 Bagi Subjek/Responden

Menjadikan ilmu yang telah diajarkan peneliti guna bekal dalam perawatan lanjutan klien di rumah sakit sampai luka sembuh. Menganjurkan pada pasien untuk selalu mengontrol dulu darah ke paskes. Olahraga teratur minimal 3 kali seminggu, melaksanakan program diet dan selalu menjaga kebersihan, bila gula darah naik disarankan minum obat sesuai dengan anjuran dokter.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlunya dilakukan observasi secara berkelanjutan oleh penulis, yang diharapkan hasil evaluasi setelah diberi tindakan dapat berlangsung terus-menerus sampai klien selesai perawatan kemudian dilakukannya penelitian yang lebih mendalam tentang pencegahan infeksi lanjutan pada kasus-kasus lain yang terjadi di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Ernawati. (2013). *Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Mellitus Terpadu Dengan Penerapan Teori Keperawatan Self Care Orem*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Najib Buston M. 2015. *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novitasari, Rerto. 2012. *Diabetes Mellitus Dilengkapi Senam DM*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Data Sample Registration Survey Tahun 2014. Bulletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). 2011. Kensesus Pengolahan Dan Pencegahan DM Tipe I Di Indonesia : Jakarta.
- PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defenisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi Dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.