

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolute maupun relatif (Tjokronegoro,2002). Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang menyebabkan herediter, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh. Gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein. (Askandar,2000). Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitifitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati. (Yuliana, 2009).

Dengan beberapa pengertian diatas dapat mengambil kesimpulan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit herediter dengan gangguan metabolik yang menyebabkan terjadinya hiperglikemia pada tubuh sehingga berdampak pada gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan juga protein yang diakibatkan karena kekurangan insulin efektif didalam tubuh Diabetes mellitus diklasifikasikan sebagai salah satu dari empat status klinis berbeda meliputi tipe I, Tipe II, gestasional, atau tipe Diabetes mellitus spesifik lainnya. Diabetes mellitus I DM yang tergantung insulin (Insulin Dependend Diabetes Mellitus) merupakan hasil destruksi autoimun sel beta, mengarah pada defisiensi insulin absolute. Diabetes mellitus tipe II yaitu DM yang yang tidak tergantung insulin (Non Insulin diabetes mellitus) Adalah akibat dari efek sekresi insulin progresif diikuti dengan resistansi insulin, umumnya berhubungan dengan obesitas. Diabetes gestasional adalah Diabetes mellitus yang di diagnosis selama hamil. Diabetes mellitus tipe lain mungkin sebagai akibat dari defek genetik fungsi sel beta, penyakit pankreas, atau penyakit yang diinduksi oleh obat-obatan. (Black, 2014).

Diabetes mellitus (DM) merupakan salah satu masalah kesehatan yang besar. International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan bahwa sebanyak 183 juta orang tidak menyadari bahwa mereka mengidap DM. Sebesar 80% orang dengan DM tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah, (IDF, 2011). Lebih dari 50 juta orang yang menderita DM di Asia Tenggara (IDF, 2011). Jumlah penderita DM terbesar berusia antara 40-59 tahun (IDF, 2011). Diabetes Mellitus biasa disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan. Penyakit yang akan ditimbulkan antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tidak jarang, penderita DM yang sudah parah menjalani amputasi anggota tubuh karena terjadi pembusukan (Depkes,2005). Melihat bahwa Diabetes Mellitus akan memberikan dampak terhadap kualitas sumber daya manusia dan peningkatan biaya kesehatan yang cukup besar, maka sangat diperlukan program pengendalian Diabetes Mellitus Tipe II. Diabetes Mellitus Tipe II bisa dicegah, ditunda kedatangannya atau dihilangkan dengan mengendalikan faktor yang dapat beresiko (Kemenkes, 2010). Berdasarkan analisis data Riskesdas tahun 2007 yang dilakukan oleh Irawan, didapatkan bahwa prevalensi DM tertinggi terjadi pada kelompok umur di atas 45 tahun sebesar 12,41%. Analisis ini juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan kejadian DM dengan faktor risikonya yaitu jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh, lingkar pinggang, dan umur. Sebesar 22,6 % kasus DM Tipe 2 di populasi dapat dicegah jika obesitas sentral diintervensi (Irawan,2010).

Survey kesehatan rumah tangga (SKRT) menemukan prevalensi DM dikalangan penduduk dengan rentang usia antara 25-64 tahun, dengan jumlah presentase yaitu 7,5% di Jawa dan di bali. Dan Surveilans faktor resiko di kota Depok (2001) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) Depkes dengan menggunakan kriteria diagnostik DM yang benar, menemukan prevalensi DM tipe II pada usia 25-64 tahun sebesar

12,8% dan berubah menjadi 11,2% ditahun 2003 setelah dilakukan intervensi terhadap perilaku (Depkes RI,2007).

Di salah satu rumah sakit swasta di Jawa barat tepatnya di kota Depok yaitu Rumah Sakit Puri Cinere , dari data Medikal Record didapatkan selama periode tahun 2014 terdapat 286 pasien yang dirawat karena kejadian Diabetes Mellitus khususnya Diabetes Mellitus Tipe 2, berdasarkan golongan umur, 15-24 tahun berjumlah 2 orang, 25-44 tahun berjumlah 27 orang, 45-64 tahun berjumlah 126 orang dan 65 keatas berjumlah 128 orang. Dan jenis kelamin yang paling dominan dengan kasus Diabetes mellitus yaitu sama antara laki-laki dengan perempuan dengan jumlah yang sama yaitu 143 orang.

Melihat begitu kompleks nya masalah yang terjadi, penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit yang memerlukan upaya penanganan yang tepat dan serius, karena jika tidak ditangani dengan segera dapat mengakibatkan komplikasi yang lebih berat seperti hipertensi, gagal ginjal dan stroke. Untuk mencegah dampak yang tersebut, maka sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat perlu melakukan upaya-upaya yang bersifat *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Peran perawat dari tindakan promotif adalah memberikan penyuluhan dari penyakit diabetes mellitus, karena diabetes mellitus adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup. Tindakan preventif adalah pencegahan terhadap diabetes mellitus (DM) yaitu dengan cara latihan jasmani dan perencanaan makanan (diet) yang bertujuan mengatur glukosa darah serta mencegah timbulnya komplikasi akut dan kronik. Tindakan kuratif adalah memberikan perawatan dan kolaborasi bersama dokter dengan pemberian obat-obatan dan tindakan rehabilitatif adalah istirahat yang cukup, minum obat secara teratur, kontrol gula darah secara rutin.

Berdasarkan kejadian maupun akibat yang penulis paparkan diatas sehubungan dengan besarnya pengaruh peran perawat sebagai pihak yang mempunyai hubungan secara intensif dengan klien dan keluarga, maka penulis dalam Karya Tulis ilmiah ini tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. K dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere depok.

I.2 Tujuan Penulisan

a. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan makalah ilmiah ini adalah agar penulis dapat memperoleh gambaran dan pengalaman secara jelas dan nyata dalam memberikan “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere Depok”.

b. Tujuan Khusus

- 1) Mahasiswa dapat melakukan pengkajian secara komprehensif pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- 2) Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- 3) Mahasiswa dapat merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- 4) Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- 5) Mahasiswa dapat melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- 6) Mahasiswa dapat mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktek mengenai penyakit Diabetes Mellitus Tipe II.
- 7) Mahasiswa dapat mengidentifikasi faktor-faktor pendukung penghambat serta mencari solusi alternatif pemecahan masalah.

I.3 Ruang Lingkup

Mengingat luasnya permasalahan dan terbatasnya waktu, tenaga serta dana yang tersedia dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, maka penulis membatasi masalah hanya pada “Asuhan Keperawatan pada Tn. K dengan Diabetes Mellitus Tipe II di ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere Depok” dimana Asuhan Keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 25 Mei 2015 sampai dengan 27 Mei 2015.

I.4 Metode Penulisan

- a. Studi kasus : pengumpulan data dengan cara wawancara yang di dapat dari klien, keluarga klien, dan perawat ruangan, observasi langsung dan memberikan asuhan keperawatan kepada klien, pemeriksaan fisik, format pengkajian, dan catatan medik klien.
- b. Studi kepustakaan : dengan mempelajari buku sebagai referensi yang berhubungan dengan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem endokrin pada klien dengan Diabetes Mellitus Tipe II.
- c. Metode wawancara : yaitu dengan melakukan wawancara langsung kepada klien, keluarga atau kerabat klien dan perawat ruangan.

I.5 Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari lima bab yaitu Bab I : Pendahuluan terdiri dari latar belakang,tujuan (umum dan khusus), metode penulisan, ruang lingkup dan sistematika penulisan. Bab II : Tinjauan Pustaka dalam bab ini akan diuraikan yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik dan komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian (sesuai dengan konsep), perencanaan keperawatan (sesuai dengan konsep), pelaksanaan dan evaluasi keperawatan (sesuai dengan konsep). Bab III : Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Bab IV : Pembahasan membandingkan dan menganalisa antara teori dengan kasus termasuk faktor-faktor pendukung dan penghambat secara alternatif pemecahan masalah.Bab V : Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran . Daftar Pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Pengertian

Diabetes mellitus (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 membrane basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer, 2003, hlm. 580). Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitifitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Yuliana, 2009, hlm. 120). Diabetes Mellitus adalah penyakit metabolik yang menyebabkan herediter, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh. Gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein. (Askandar,2000, hlm. 73).

Dengan beberapa pengertian diatas dapat mengambil kesimpulan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit herediter dengan gangguan metabolik yang menyebabkan terjadinya hiperglikemia pada tubuh sehingga berdampak pada gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan juga protein yang diakibatkan karena kekurangan insulin efektif didalam tubuh. Klasifikasi diabetes mellitus dan penggolongan intoleransi glukosa yang lain :

- a. Insulin dependent diabetes mellitus (IDDM) yaitu defisiensi insulin karena kerusakan sel-sel langerhans yang berhubungan dengan tipe HLA (*Human Leucocyte Antigen*).
- b. Non insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) yaitu diabetes resisten, lebih sering pada dewasa, tapi dapat terjadi pada semua umur.

Kebanyakan penderita kelebihan berat badan, ada kecenderungan familial, mungkin perlu insulin pada saat hiperglikemik selama stress.

- c. Diabetes mellitus tipe lain adalah diabetes mellitus (DM) yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemik terjadi karena penyakit lain, seperti penyakit pankreas, hormonal, obat atau bahan kimia, kelainan reseptor insulin.
- d. Impaired glukosa tolerance (gangguan toleransi glukosa) kadar glukosa antara normal dan diabetes, dapat menjadi diabetes atau menjadi normal atau tetap tidak berubah.
- e. Gastrointestinal diabetes mellitus (GDM) intoleransi glukosa yang terjadi selama kehamilan (Riyadi Sujono, 2008, hlm. 72).

II.2 Etiologi

- a. Diabetes mellitus tipe I : Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTI), ditandai oleh adanya penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor genetic, imunologi dan mungkin pula lingkungan (misalnya, infeksi, infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta.
 - a) Faktor genetik : Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi, mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetic ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*human leucocyte antigen*) tertentu HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.
 - b) Faktor imunologi : Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respons otoimun. Respons ini merupakan respons abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.
 - c) Faktor lingkungan : penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Sebagai contoh, hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang

menimbulkan destruksi sel beta. Interaksi antara faktor-faktor genetik, imunologi dan lingkungan dalam diabetes tipe I merupakan pokok perhatian riset yang terus berlanjut. (Smeltzer dkk, 2002, hlm. 155).

- b. Diabetes mellitus tipe II : mekanisme yang dapat menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II.

Faktor-faktor ini adalah :

- 1) Usia, pada umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Pada perubahan ini yang nantinya akan beresiko terjadi penurunan fungsi endokrin pancreas untuk memproduksi insulin (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun).
- 2) Obesitas, mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energy sel yang terlalu banyak.
- 3) Kelainan genetik, diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.
- 4) Gaya hidup dan stress, cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya akan pengawet, lemak dan gula. karena Makanan sangat berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stress juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga berdampak pada penurunan insulin.
- 5) Pola makan yang salah, kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama meningkatkan resiko terkena DM. malnutrisi dapat merusak

pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja atau resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

II.3 Patofisiologi

II.3.1 Proses Perjalanan Penyakit DM Tipe II

Sebagian besar gambaran patologik dari Diabetes mellitus dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut.

- a. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1.200 mg/dl.
- b. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
- c. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Keadaan patologi tersebut akan berdampak :

Hiperglikemia di definisikan sebagai kadar glukosa darah yang tinggi pada rentang non puasa sekitar 140-160 mg/100ml darah. Hiperosmolaritas adalah adanya tekanan osmotik pada plasma sel karena adanya peningkatan konsentrasi zat. Sedangkan tekanan yang dihasilkan karena adanya peningkatan konsentrasi larutan pada zat cair. Pada penderita diabetes mellitus terjadinya hiperosmolaritas karena peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah (yang notabene komposisi terbanyaknya adalah zat cair). Peningkatan glukosa dalam darah akan mengakibatkan terjadinya kelebihan ambang pada ginjal untuk memfiltrasi dan reabsorpsi glukosa (meningkat kurang lebih 225 mg/menit). Kelebihan ini kemudian menimbulkan efek pembuangan glukosa melalui urin (glukosuria). Eksresi molekul glukosa yang aktif secara osmosis menyebabkan kehilangan sejumlah besar air (dieresis osmotik) dan berakibat peningkatan volume air (poliuria). Proses ini mengakibatkan dehidrasi dengan ekstra seluler dan juga di ruangan intra seluler. Starvasi seluler merupakan kondisi kelaparan yang dialami oleh sel karena glukosa sulit masuk padahal di sekeliling sel banyak sekali glukosa. Disebabkan karena sulitnya glukosa masuk karena tidak ada yang memfasilitasi untuk masuk sel yaitu insulin

Klien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar (160-180 mg/100ml), akan timbul glikosuria karena tubulus – tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan fosfat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urin maka klien akan mengalami keseimbangan protein negative dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah asthenia atau kekurangan energi sehingga klien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh kekurangan atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan aterosklerosis, penebalan membrane basalis, dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangren. (Mubarak, 2015, hlm. 76)

II.3.2 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis Diabetes mellitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin (Price & Wilson, 2006, hlm. 122).

- a. Kadar glukosa puasa tidak normal.
- b. Hiperglikemi berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia).
- c. Rasa lapar yang semakin besar (Polifagia), Berat badan menurun
- d. Lelah dan mengantuk.
- e. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva.
- f. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan pembentukan antibody.

II.3.3 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada Diabetes Mellitus yaitu :

a. Komplikasi yang bersifat akut

1) Koma hipoglikemia

Koma hipoglikemia terjadi karena pemakaian obat-obat diabetic yang melebihi dosis yang dianjurkan sehingga terjadi penurunan glukosa dalam darah. Glukosa yang ada sebagian besar difasilitasi untuk masuk ke dalam sel.

2) Ketoasidosis

Minimnya glukosa di dalam sel akan mengakibatkan sel mencari sumber alternatif untuk dapat memperoleh energy sel. Kalau tidak ada glukosa maka benda-benda keton akan dipakai sel. Kondisi ini akan mengakibatkan penumpukan residu pembongkaran benda-benda keton yang berlebihan yang dapat mengakibatkan asidosis.

3) Koma hiperosmolar nonketotik

Koma ini terjadi karena penurunan komposisi cairan intrasel dan ekstrasel karena banyak di eksresi lewat urin.

4) Komplikasi yang bersifat kronik

a) Makroangiopati yang mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluhdarah tepi, pembuluh darah otak. Perubahan pada pembuluh darah besar dapat mengalami atherosclerosis sering terjadi pada DMTTI/NIDDM. Komplikasi makroangiopati adalah penyakit vaskuler otak, penyakit arteri koronaria dan penyakit vaskuler perifer.

b) Mikroangiopati yang mengenai pembuluh darah kecil, retinopati diabetika, nefropati diabetic. Perubahan-perubahan mikrovaskuler yang di tandai dengan penebalan dan kerusakan membrane diantara jaringan dan pembuluh darah sekitar. Terjadi pada penderita DM TI/NIDDM yang terjadi neuropati, nefropati, dan retinopati. Nefropati terjadi karena perubahan mikro vaskuler pada struktur dan fungsi ginjal yang menyebabkan komplikasi pada pelvis ginjal. Tubulus glomerulus penyakit ginjal dapat

berkembang dari proteinuria ringan ke ginjal. Retinopati adanya perubahan dalam retina. Perubahan ini dapat berakibat gangguan dalam penglihatan.

- c) Rentan infeksi seperti tuberculosis paru dan infeksi saluran kemih.
- d) Perubahan mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati menyebabkan perubahan pada ekstremitas bawah. Komplikasinya dapat terjadi gangguan sirkulasi, terjadi infeksi, gangrene, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik dapat menunjang terjadi trauma atau tidak terkontrolnya infeksi yang mengakibatkan gangren (Mansjoer, 2003, hlm. 145).

II.4 Penatalaksanaan

Dalam jangka pendek penatalaksanaan diabetes mellitus bertujuan untuk menghilangkan keluhan/gejala diabetes mellitus. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk mencegah komplikasi. Tujuan tersebut dilaksanakan dengan cara menormalkan kadar glukosa, lipid, dan insulin. Untuk mempermudah tercapainya tujuan tersebut kegiatan dilaksanakan dalam bentuk pengelolaan pasien secara holistik dan mengajarkan kegiatan mandiri.

a. Penatalaksanaan Medis

1) Farmakologik

- a) Golongan Sulfoniluria, cara golongan ini adalah merangsang sel beta pankreas untuk mengeluarkan insulin, jadi golongan sulfoniluria hanya bekerja bila sel-sel beta utuh, menghalangi pengikatan insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekan pengeluaran glucagon.
- b) Golongan Glukosidase, obat ini berguna untuk menghambat kerja insulin alfa glukosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia. Obat ini bekerja di lumen usus dan tidak menyebabkan hipoglikemi serta tidak berpengaruh pada kadar insulin.
- c) Golongan Biguanid, cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula

darah menjadi normal dan juga tidak pernah menyebabkan hipoglikemi.

- d) Insulin Berdasarkan lama kerjanya dibagi menjadi 3 macam, yaitu:
- 1) Kerja cepat : RI (Regular Insulin) dengan masa kerja 2-4 jam
contoh obatnya : Actrapid
 - 2) Kerja sedang : NPN, dengan masa kerja 6-12 jam
 - 3) kerja lambat : PZI (protamme Zinc insulin) masa kerjanya 18-24 jam.

Untuk pasien yang pertama kali akan dapat insulin, sebaiknya selalu dimulai dengan dosis rendah (8-20 unit) disesuaikan dengan reduksi urin dan glukosa darah. (Riyadi Sujono, 2008, hlm. 87).

2) Non farmakologis

a) Diet

Sangat efektif terutama pada klien yang obesitas / gemuk dimana toleransi glukosa menjadi normal dengan menurunnya berat badan. Tujuan diet DM adalah mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, mencapai dan mempertahankan lipid mendekati kadar yang optimal, mencegah komplikasi akut dan kronis, meningkatkan kualitas hidup. Untuk menentukan diet harus tahu terlebih dahulu kebutuhan energy penderita dari penderita Diabetes mellitus. Kebutuhan itu dapat kita tentukan sebagai berikut : tentukan berat badan ideal dengan rumus (Tinggi badan -100)-10 % Kg. kedua kita tentukan kebutuhan kalori penderita. Kalau wanita BB ideal x 25. Sedangkan laki-laki BB ideal x 30. Jika sudah menemukan kebutuhan energi maka kita dapat menerapkan makanan yang dapat dikonsumsi penderita diabetes mellitus dengan berpatokan pada jumlah bahan makanan harian dari tiap makanan. (Sujono, 2008, hlm. 90).

b) Olahraga

Dianjurkan latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama kurang lebih ½ jam yang sifatnya sesuai CRIPE (*Continuous Rythmiccal Intensity*) Latihan dilakukan terus menerus tanpa

berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Latihan CRIPE minimal dilakukan selama 3 hari dalam seminggu, sedangkan 2 hari yang lain dapat digunakan untuk melakukan olahraga kesenangannya. Adanya kontraksi otot yang teratur akan merangsang peningkatan aliran darah dan penarikan glukosa ke dalam sel.

Hal yang perlu di ingat dalam latihan jasmani adalah jangan memulai olahraga sebelum makan, memakai sepatu yang pas dan harus didampingi orang yang tahu mengatasi serangan hipoglikemia. Penderita diabetes mellitus yang memulai olahraga tanpa makan akan beresiko terjadinya starvasi sel dengan cepat dan akan berdampak pada nekrosis sel. Olahraga yang teratur akan memperbaiki sirkulasi insulin dengan cara meningkatkan dilatasi sel dan pembuluh darah sehingga membantu masuknya glukosa ke dalam sel (Riyadi Sujono, 2008, hlm. 93).

II.5 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan kebutuhan atau masalah klien proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Bararah, 2013, hlm. 178).

a. Pengkajian

Data dasar klien diperoleh dari data primer berdasarkan Doengoes, 2000 data dasar klien meliputi

- 1) Aktivitas atau istirahat. Gejala : Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan. Tanda : penurunan kekuatan otot.
- 2) Sirkulasi. Gejala : Adanya riwayat hipertensi, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama. Tanda : Takikardia.
- 3) Integritas ego. Gejala : Stres, tergantung pada orang lain. Tanda : Ansietas, peka rangsang.

- 4) Eliminasi. Gejala : Perubahan pola berkemih (poliuria). Tanda : Urin encer, pucat, kuning.
- 5) Makanan/cairan. Gejala : Hilang nafsu makan, mual penurunan berat badan. Tanda : kulit kering, distensi abdomen, muntah.
- 6) Neurosensori. Gejala : Pusing, sakit kepala, kebas kelemahan pada otot. Tanda : Disorientasi : mengantuk, letargi.
- 7) Nyeri/keamanan. Gejala : Abdomen yang tegang /nyeri (sedang/berat). Tanda : Wajah meringis.
- 8) Pernapasan. Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan/ tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi/tidak). Tanda : Frekuensi pernapasan, batuk dengan/ tanpa sputum purulen (infeksi).
- 9) Keamanan. Gejala : Kulit kering, gatal ulkus kulit. Tanda : Demam, kulit rusak menurunnya kekuatan umum/rentang gerak.
- 10) Seksualitas. Gejala : Rabas vagina (cenderung infeksi). Tanda : masalah impoten pada pria , kesulitan orgasme pada wanita.
- 11) Penyuluhan/pembelajaran. Gejala : Faktor risiko keluarga (DM), stroke, hipertensi, penyembuhan yang lambat, penggunaan obat seperti steroid, diuretic (tiazid). Tanda : memerlukan bantuan pengaturan diet, pengobatan, perawatan diri, pemantauan glukosa.
- 12) Pemeriksaan diagnostik DM yaitu : Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien yang menderita DM yaitu:
 - a) Glukosa darah : Meningkat 200-100 mg/dL, atau lebih.
 - b) Aseton plasma (keton) : positif secara mecolok.
 - c) Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat.
 - d) Osmolalitas menurun : meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 mOsm/l.
 - e) Elektrolit. Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun. Kalium : Normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler), selanjutnya menurun. Fosfor : lebih sering menurun.
 - f) Hemoglobin glikosilat : kadarnya meningkat 2-4 kali lipat dari normal yang mencerminkan control diabetes mellitus yang kurang selama 4 bulan (lama hidup SDM) dan karenanya sangat

bermanfaat dalam membedakan DKA dengan kontrol tidak adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden (Mis, ISK baru).

g) Ureum/kreatinin: Mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/penurunan fungsi ginjal).

II.6 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa klien keperawatan berdasarkan Doengoes (2000) dengan pendekatan diagnosa keperawatan NANDA 2013 :

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin.
- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi.
- d. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.
- e. Pola nafas tidak efektif kemungkinan berhubungan dengan asidosis metabolic
- f. Kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan pengobatan b.d terbatasnya informasi.

II.7 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan Doengoes (2000) dengan pendekatan diagnosa keperawatan NANDA 2013 adalah :

- a. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan tingkat energi yang biasanya, nutrisi terpenuhi. Kriteria Hasil : Berat badan stabil atau penambahan kearah rentang biasanya/ yang diinginkan dengan nilai laboratorium normal. Intervensi : Timbang berat badan setiap hari. Rasional : mengkaji pemasukan makanan yang adekuat. Tentukan program diet dan pola makan pasien dengan dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik. Auskultasi bising usus, catat

adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna. Rasional : Hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung. Berikan makanan cair yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat di toleransi. Rasional : Pemberian makanan melalui oral lebih baik jika pasien sadar dan fungsi gastrointestinal baik. Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi. Rasional : Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien. Observasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, sakit kepala, pusing, sempoyongan. Rasional : karena metabolisme mulai terjadi (gula darah akan berkurang, dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi.)

- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda-tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba. Kriteria Hasil : Kadar elektrolit dalam batas normal, haluaran urin tepat secara individu. Intervensi : Dapatkan riwayat pasien/orang terdekat sehubungan dengan lamanya/intensitas dari gejala seperti mual, muntah, pengeluaran urin yang sangat berlebihan. Rasional: Membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total. Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik. Rasional : Hipovolemia dapat di manifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membran mukosa. Rasional : Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat. Pantau masukan dan pengeluaran, catat berat jenis urin. Rasional : Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan terapi yang diberikan. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, nyeri abdomen, muntah dan distensi lambung. Rasional :

Kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang seringkali akan menimbulkan muntah dan secara potensial akan menimbulkan kekurangan cairan atau elektrolit.

- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi.
 Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat menunjukkan perubahan gaya hidup untuk mencegah terjadinya infeksi. mencegah atau menurunkan resiko infeksi. Kriteria Hasil : infeksi tidak terjadi, mencegah atau menurunkan resiko infeksi. Intervensi : Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urin warna keruh atau berkabut. Rasional : pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial. Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri. Rasional : mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial). pertahankan teknik aseptik pada setiap tindakan invasive maupun non invasive. Rasional : kadar glukosa tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman. Posisikan klien semo fowler. Rasional : memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang, menurunkan resiko terjadinya aspirasi. Berikan obat antibiotic yang sesuai (Kolaborasi). Rasional : penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.
- d. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.
 Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat mengungkapkan peningkatan tingkat energi. Kriteria Hasil : Menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang di inginkan. Intervensi : Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan aktivitas. Rasional : Pendidikan dapat meberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah. Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu. Rasional : mencegah kelelahan yang berlebihan. Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/ sesudah melakukan aktivitas. Rasional :

Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis. Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang ditoleransi. Rasional : Meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.

- e. Pola nafas tidak efektif kemungkinan berhubungan dengan asidosis metabolic. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pernafasan tidak berbau keton. Kriteria Hasil :Respiratory rate (RR) pasien 20-24x/menit. Pernafasan pasien regular. Intervensi: Auskultasi paru tiap satu jam sampai stabil kemudian setiap 4 jam. Rasional: mengidentifikasi tingkat pengembangan paru dalam memenuhi ambilan oksigen. Tinggikan bagian kepala tempat tidur untuk memudahkan bernafas. Rasional: mengurangi penekanan saat pengembangan paru oleh diafragma. kaji frekuensi kedalaman pernafasan setiap 4 jam. Rasional: peningkatan kedalaman pernafasan sebagai salah satu indikasi peningkatan benda keton dalam tubuh. anjurkan pasien banyak istirahat, hindarkan dari rangsangan psikologi yang berlebihan seperti bicara yang keras. Rasional: mengurangi tingkat penggunaan energy yang tidak banyak diperoleh dari glukosa melainkan dari benda keton. Berikan glukosa lewat bolus/langsung intravena (jika diperlukan). Rasional: mengurangi penggunaan benda keton sebagai bahan pembentukan energi.
- f. Kurangnya pengetahuan tentang penatalaksanaan pengobatan b.d terbatasnya informasi. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mampu mengungkapkan pemahaman tentang penyakit . Kriteria Hasil : mengidentifikasi hubungan tanda atau gejala dengan proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan faktor penyebab, dengan benar melakukan prosedur yang perlu dan menjelaskan rasional tindakan. Intervensi: ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk pasien. Rasional: menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar. Bekerja dengan pasien

dalam menata tujuan belajar yang diharapkan. Rasional: partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerja sama pasien dengan prinsip-prinsip yang dipelajari. Diskusikan topik-topik utama mengenai penyakit klien yaitu Diabetes mellitus. Rasional: memberikan pengetahuan dasar dimana pasien dapat membuat pertimbangan dalam memilih gaya hidup. Diskusikan tentang rencana diet penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan diluar rumah. Rasional: kesadaran tentang pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan atau mentaati program.

Tinjau kembali pemberian insulin oleh pasien sendiri dan perawatan terhadap peralatan yang digunakan. Berikan kesempatan pada pasien untuk mendemonstrasikan prosedur cara dan letak penyuntikkan insulin. Rasional: mengidentifikasi pemahaman dan kebenaran dari prosedur atau masalah yang potensial dapat terjadi (seperti penglihatan, daya ingat dan sebagainya.) sehingga solusi alternative dapat ditentukan untuk pemberian insulin tersebut. Tinjau ulang pengaruh rokok pada penggunaan insuli. Anjurkan pasien untuk menghentikan rokok. Rasional: Nikotin mengkonstriksi pembuluh darah kecil dan absorpsi insulin diperlambat selama pembuluh darah ini yang mengalami konstriksi.

II.8 Pelaksanaan Keperawatan (Implementasi)

Implementasi adalah inisiatif dari rencana-rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan untuk mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori menurut Setiadi 2012, yaitu independent, interdependent, dan dependent.

- a. Independent yaitu suatu kegiatan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk dan dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Lingkup-lingkup tindakan independent ini antara lain adalah : Mengkaji terhadap klien dan keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk

mengetahui status kesehatan lain, Merumuskan diagnosa keperawatan, Mengidentifikasi tindakan keperawatan, Melaksanakan rencana pengukuran, Merujuk kepada tenaga kesehatan lain, Mengevaluasi respon klien dan berpartisipasi dengan consumer atau tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

- b. Interdependent yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lain (misalnya gizi,dokter,fisioterapi).
- c. Dependent berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis atau instruksi dari tenaga medis.

II.9 Evaluasi Keperawatan

Merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah di tetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien ,keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan-kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.Evaluasi merupakan keberhasilan dari rencana keperawatan yang telah disusun dalam memenuhi kebutuhan klien. Tahap evaluasi merupakan kunci keberhasilan dalam menggunkan dan menentukan proses keperawatan (Setiadi,2012).

Evaluasi dapat dibagi menjadi dua macam menurut Setiadi 2012, yaitu :

- a. Evaluas formatif : Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh klien. Format yang dipakai adalah format SOAP.

S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dikemukakan.

O: Data Objektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A : Analisis

Penilaian dari kedua jenis data apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Perencanaan

Perencanaan penanganan klien didasarkan pada hasil analisis diatas yang belum teratasi.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu di tinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu di modifikasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Tipe II yang dirawat di Ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere Depok, mulai tanggal 25 sampai 27 Mei 2015.

III.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengkajian untuk mendapatkan data, penulis melakukan wawancara pada klien, pemeriksaan fisik serta data sekunder yang didapat dari catatan medis dan perawatan, kolaborasi dengan perawat ruangan dan dokter yang berhubungan dengan klien.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2015 pukul 09.00 WIB pada Tn.K dengan Diabetes mellitus tipe II di Ruang Mawar lantai V Rumah Sakit Puri cinere Depok. Klien masuk perawatan pada tanggal 23 Mei 2015 pukul 20.30 WIB. Klien dirawat di Ruang mawar lantai V kelas III kamar 536 A dengan nomor register 27.49.61 dan diperoleh data sebagai berikut:

a. Identitas klien

Klien bernama Tn. K, jenis kelamin laki-laki, usia 59 tahun, status perkawinan menikah, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir SMP, bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia, pekerjaan pegawai swasta, alamat Jl. Suren II no. 2 Kebayoran Baru Jakarta Selatan, sumber biaya perusahaan dan pribadi, sumber informasi klien, perawat ruangan dan catatan rekam medik.

b. Resume

Klien bernama Tn. K datang ke Instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit Puri cinere Depok tanggal 23 Mei 2015 pukul 17.30 WIB. Diantar teman, datang dengan cara berjalan. Datang dengan keluhan saat menyetir mobil demam, mual, muntah 2 kali, badan meriang, batuk namun tidak berdahak dan pusing, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital

(TTV) diperoleh tekanan darah (TD): 110/70 mmHg, nadi (N): 102x/menit, Suhu (S): 37,7 ° C, respiratori rate (RR) : 20x/menit, vesikuler, kesadaran compos mentis, keadaan umum tampak sakit sedang. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Mei 2015 Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl), Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,7 (normal 5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 202 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 377 mg/dl. Hasil rontgen thorax pada tanggal 23 Mei 2015: Cor (CTR>50%), aortaelongasi dilatasi, Pulmo corakan bronchovaskuler ramai tampak infiltrate perihiller/paracardial bilateral, hilus tidak melebar, sinus baik dan diafragma mendatar, tulang dan jaringan lunak dinding dada dalam batas normal, kesan : cardiomegali DD/HHD, aorta dilatasi elongasi, corakan bronchitis dan infiltrat paru. Masalah keperawatan pada klien adalah Gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan insulin dalam tubuh. Klien mendapat terapi Pantozol 40 mg (IV) , Narfoz 4 mg (IV) drip dalam Nacl 0,9% 500 cc/4 jam. Klien masuk ruang perawatan Mawar Lantai V kamar 536 A Tanggal 23 Mei 2015 pukul 20.30 WIB dengan diagnosa Diabetes Mellitus Tipe II , Vomitus , klien datang dengan terpasang IVFD Nacl 0,9% 500 cc/4 jam, kesadaran compos mentis, keadaan umum sakit sedang, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) diperoleh 130/80 mmHg, nadi (N): 100x/menit, suhu(S): 38,2° C, Respiratori rate (RR): 20 x/menit. Klien mengatakan mual, tanpa demam. Masalah keperawatan gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, dan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Klien mendapat terapi sanmol drip 4x0,5 mg, profilas 2x1 tab (oral), edotin 3x1 tab (oral), omeprazole 2x40 mg, ceftriaxone 1x3 gr, Dizine 2x5 mg tab (oral), Fucoidan 1x1 tab (oral), scleding scale 3x/hari sebelum makan dengan apidra 12 unit karena GDS: 320 mg/dl diet lunak 1300 kkal setelah dilakukan tindakan keperawatan klien merasa demam mulai turun, mual mulai berkurang.

c. Riwayat keperawatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

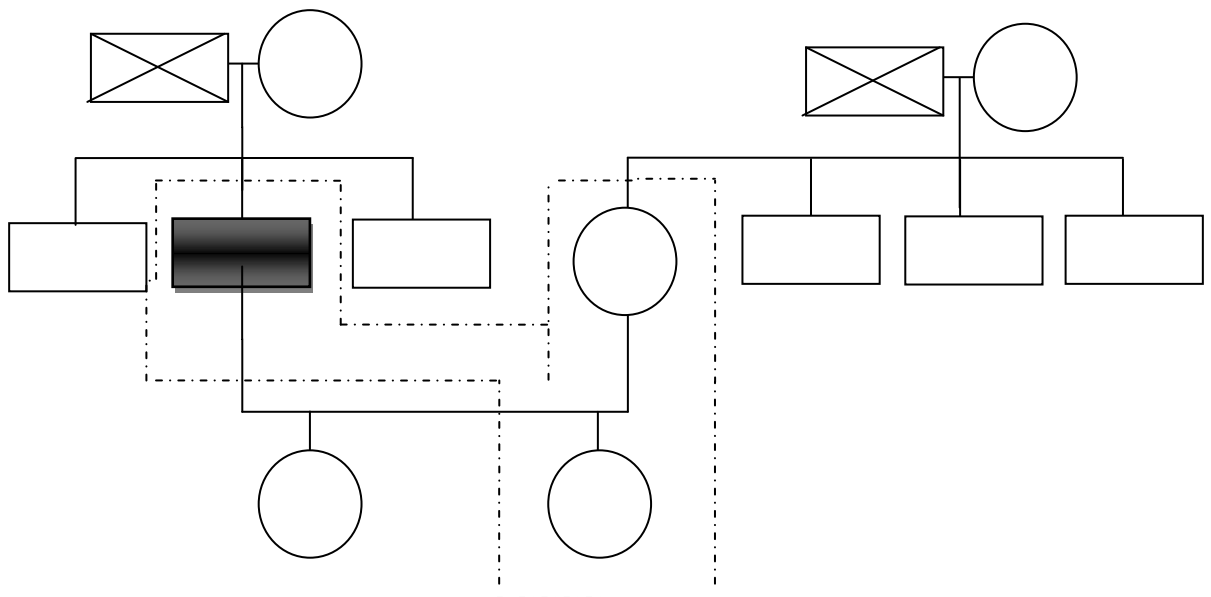
Klien mengatakan tidak nafsu makan, badan terasa lemas. Timbulnya bertahap beberapa waktu, upaya klien dalam mengatasi yaitu pergi ke Rumah Sakit Puri Cinere Depok tepatnya ke Instalasi gawat Darurat.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat karena kecelakaan motor, klien mengatakan tidak ada fraktur. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat, makanan, minuman, binatang maupun lingkungan. Klien mempunyai riwayat pemakaian obat yaitu Daonil 1x5 mg. faktor pencetus yang terjadi yaitu klien pernah mengalami riwayat obesitas

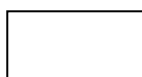
3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram (tiga generasi dari klien)



Gambar 1 Genogram

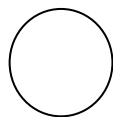
Keterangan :



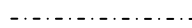
: laki-laki meninggal dunia



:Klien (Tn.K)



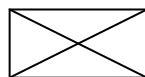
: Perempuan



: Tinggal serumah



: Menikah



: Laki-laki meninggal dunia

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Klien mengatakan orang terdekat dengan klien yaitu istri. Klien mengatakan komunikasi dalam keluarganya baik dan terbuka, dalam pengambilan keputusan dilakukan secara musyawarah dengan anggota keluarga yang lainnya. Dampak penyakit klien terhadap keluarga yaitu keluarga merasa khawatir terhadap penyakit klien, klien mengatakan peran sebagai orang tua, kakek dan pekerja. Mekanisme koping terhadap stress yaitu klien mengatakan apabila ada masalah cara penyelesaiannya dengan cara menceritakan masalah tersebut kepada suaminya. Hal yang dipikirkan klien saat ini yaitu klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang. Harapan setelah menjalani perawatan klien berharap dapat pulih kembali dan tidak ingin masuk rumah sakit kembali, perubahan yang dirasakan klien setelah jatuh sakit klien mengatakan merasa lemas, mual, tidak nafsu makan, dan pusing serta batuk namun tidak produktif berfrekuensi rendah. dan tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Riwayat spiritual klien baik, tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, klien dan keluarga memeluk agama Islam dan aktivitas agama/kepercayaan yang klien lakukan adalah sholat lima waktu serta mengaji. Klien dan keluarga klien mengatakan kondisi lingkungan

rumah baik, jauh dari polusi, setiap ruangan memiliki ventilasi, cahaya matahari dapat masuk kedalam ruang tamu klien.

6) Pola Kebiasaan

a) Pola Nutrisi dan Cairan

Sebelum sakit klien makan 3x/hari, nafsu makan baik, makanan selalu dihabiskan, klien menyukai seluruh makanan karena baginya semua makanan tidak ada yang tidak enak, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan ada yaitu tidak boleh terlalu banyak dan sering mengkonsumsi makanan yang mengandung glukosa. Klien tidak menggunakan alat bantu makan (NGT) dan klien tidak menggunakan obat sebelum makan. Setelah sakit klien makan 3 kali/hari, nafsu makan klien kurang karena mual makan habis ½ porsi seluruh makanan disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan tidak ada, klien mendapat diet lunak, penggunaan obat sebelum makan tidak ada dan tidak menggunakan alat bantu makan (NGT).

b) Pola Eliminasi

1) BAK:

Sebelum sakit frekuensi klien BAK 5-6 kali/ hari, warna kuning jernih, keluhan tidak ada, penggunaan alat bantu BAK tidak ada. Setelah sakit frekuensi klien BAK 7-8 kali/hari, warna kuning agak pekat, klien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu kateter dan klien dibantu sebagian oleh keluarga dan perawat dalam melakukan BAK.

2) BAB:

Sebelum sakit frekuensi klien BAB 1x/hari, waktu pada pagi hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi setengah padat, tidak menggunakan laxative dan tidak ada keluhan selama BAB. Setelah sakit frekuensi klien BAB 1x/hari, waktu pada pagi hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi setengah padat, tidak menggunakan laxative dan tidak ada keluhan selama BAB.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit klien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari, menggosok gigi 3x/hari pada pagi, sore, dan malam hari, mencuci rambut 3x/minggu. Setelah sakit klien mengatakan mandi 1x/hari pada pagi hari, setiap pagi klien menggosok gigi. Rambut klien terlihat bersih.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien tidak pernah tidur siang karena sibuk bekerja dan menemani cucu, lama tidur malam pada saat dirumah $\pm 6-7$ jam/hari sedangkan dirumah sakit lamanya tidur siang $\pm 3-4$ jam/hari dan lamanya tidur malam $\pm 3-4$ jam/hari.

c) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan sedang bekerja sebagai pengemudi, klien mengatakan olahraga 2x/minggu, klien sempatkan jika hari libur. Keluhan saat melakukan aktivitas tidak ada. Setelah sakit klien tampak lemas. Aktivitas sehari-hari seperti mandi, BAK dan BAB dilakukan secara mandiri, namun di temani oleh keluarga. Klien mengatakan hanya menghabiskan waktu sepanjang hari dikamar perawatan dan tidak bekerja seperti biasanya.

d) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan Klien

Sebelum sakit klien mengatakan memiliki kebiasaan merokok frekuensi siang dan malam, 5 batang sehari. Tetapi minuman keras dan NAPZA klien tidak mengkonsumsi. Setelah sakit klien tidak merokok ataupun mengkonsumsi alkohol atau narkoba serta NAPZA.

d. Pengkajian fisik

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan klien saat sakit 55 Kg, berat badan sebelum sakit 56 Kg, TB : 158 cm, Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, klien kooperatif dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea tidak keruh atau berkabut, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, klien tidak menggunakan lensa mata dan reaksi terhadap cahaya positif (+/+).

3) Sistem Pendengaran

Sistem pendengaran klien baik, daun telinga normal, tidak ada serumen dan tidak ada perasaan penuh ditelinga, kondisi telinga tengah normal, tidak terjadi tinnitus, fungsi pendengaran normal, klien tidak pernah mengalami operasi daun telinga maupun bagian telinga, tidak ada pemakaian alat bantu telinga dan tidak terjadi gangguan keseimbangan.

4) Sistem Wicara

Sistem wicara klien normal, tidak ada gangguan dalam komunikasi dan berbicara, saat klien berbicara suara terdengar jelas dan tidak pelo.

5) Sistem Pernapasan

Pada jalan nafas klien bersih, klien bernafas tanpa menggunakan otot bantu pernafasan, jenis pernafasan spontan, frekuensi pernafasan 22x/menit dengan irama teratur, klien tampak batuk tidak terdapat sputum. Saat di palpasi dada diafragma terangkat saat inspirasi. Saat diperkusi dada sonor. Saat diauskultasi suara nafas vesikuler. Pergerakan dada simetris, klien tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

6) Sistem Kardiovaskuler :

Sirkulasi nadi perifer dan jantung dalam batas normal nadi 82x/menit, irama teratur, denyut kuat, tekanan darah 140/90 mmHG, tidak terdapat distensi vena jugularis baik kanan maupun kiri, temperature kulit hangat, warna kulit agak pucat, capillary refill < 3 detik, edema tidak ada. Kecepatan denyut apical 82x/menit, irama

teratur suara jantung klien terdengar normal tidak terdapat kelainan bunyi jantung seperti mur-mur ataupun gallop. Nyeri dada tidak ada.

7) Sistem Hematologi

Klien terlihat pucat dan tidak ada perdarahan, tidak ada petechie, tidak ada perdarahan gusi, dan tidak ada mimisan.

8) Sistem Syaraf Pusat

Tingkat kesadaran klien compos mentis, klien kooperatif saat diajak berbicara, terdapat keluhan sakit kepala, GCS 15, E:4, M:6, V:5, tanda-tanda peningkatan TIK tidak ada seperti muntah proyektil, nyeri kepala hebat, papil edema, tidak ada gangguan sistem persarafan seperti kejang, mulut pelo, kelumpuhan pada ekstremitas (kanan, kiri, atas, bawah) dan disorientasi, reflex fisiologis normal dan reflex patologis tidak ada.

9) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut klien bersih, tidak terdapat caries pada gigi klien, tidak terdapat stomatitis, penggunaan gigi palsu tidak ada, dan lidah klien bersih, saliva normal, klien mengatakan mual, tidak ada muntah, bising usus 10x/menit, diare tidak ada, tidak terdapat konstipasi, hepar teraba, dan abdomen lembek.

10) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, maupun kelenjar getah bening, tidak terdapat nafas berbau keton, klien mengalami poliuri, polidipsi, polifagi dan luka gangren tidak ada.

11) Sistem Urogenital

Balance cairan intake 2900 cc/24 jam (oral : 1200cc/24 jam, parenteral 1700 cc/24 jam , output 3152 cc/24 jam , BAB 100cc/jam, urin 2500 cc/8 jam IWL : 55/24 jam. Balance cairan – 252 cc/24jam. Warna urin kuning pekat dan tidak ada keluhan saat BAK.

12) Sistem Integumen

Turgor kulit kering, temperatur kulit hangat, warna kulit terlihat pucat, kelainan kulit tidak ada, kondisi daerah pemasangan infus

baik, klien terpasang Asering sejak tanggal 23 Mei 2015. Keadaan rambut klien terlihat baik dan bersih, tidak ada kerontokan, pertumbuhan dan penyebaran rambut merata.

13) Sistem musculoskeletal

Klien tidak mengalami kesulitan dalam bergerak, klien tidak mengalami sakit pada tulang, sendi, kulit, dan fraktur. Tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, struktur tulang belakang baik, keadaan tonus otot baik.

5555	5555
5555	5555

14) Data tambahan (pemahaman tentang penyakit)

Klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit dan klien mengetahui bahwa penyakit DM tidak boleh makan makanan yang manis-manis (tinggi gula). Klien diberikan Penkes mengenai DM.

15) Data penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Mei 2015 Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl), Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,7 (normal 5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 202 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 320 mg/dl. Hasil rontgen thorax pada tanggal 23 Mei 2015: Cor (CTR>50%), aortaelongasi dilatasi, Pulmo corakan bronchovaskuler ramai tampak infiltrate perihiller/paracardial bilateral, hilus tidak melebar, sinus baik dan diafragma mendatar, tulang dan jaringan lunak dinding dada dalam batas normal, kesan: cardiomegaly DD/HHD, aorta dilatasi elongasi, corakan bronchitis dan infiltrat paru.

16) Penatalaksanaan

a) Therapy IVFD

IVFD 1 line Assering 500cc/ 8 jam, 2x40 mg dalam Nacl 0,9% 100 cc/jam (dripp), ceftriaxone 1x3 gr dalam Nacl 0,9% 100 cc/jam (dripp), injeksi ondansentron 3x4 mg, therapy insulin 3x4 unit .

b) Therapy Oral

Profilas 2x1mg tab (oral), edotin 3x1mg tab (oral), Dazine 2x5 mg tab (oral), Fucoidan 1x1 mg tab (oral), diet lunak .

c) Diet Khusus

Diet lunak 1300 kkal sesuai dengan diet DM.

17) Data fokus

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

Data subjektif :

Klien mengatakan demam masih naik turun, klien mengatakan badan terasa hangat, klien masih merasa mual dan tidak nafsu makan, klien mengatakan porsi makan tidak dihabiskan, klien mengatakan pusing dan batuk hilang timbul, klien mengatakan suka merasa haus, dan sering bolak-balik kamar mandi untuk BAK

Data Objektif :

Kesadaran compos mentis, keadaan umum sakit sedang, GCS 15 dengan rentang nilai E: 4, M:6, V:5. Badan klien teraba hangat, klien terlihat lemas, klien dapat BAK 7-8 kali/hari, Mukosa bibir kering Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK, terutama pada malam hari makan habis ½ porsi, balance cairan : -252 cc/24 jam IMT : 22,0 Lila 26 , Klien diet DM lunak 1300 kkal. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/m, suhu(S): 36.0°C. Respiratori rate (RR): 22x/m, kesadaran compos mentis, keadaan umum tampak sakit sedang, berat badan(BB) sebelum sakit 56 Kg, BB setelah sakit : 55 Kg. tinggi badan 158, Indeks Masa Tubuh (IMT) $BB (cm) / TB (m) = 55/1.58 \times 1.58 = 22.03$, Hasil Lab: Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl),

Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,5 (normal 5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 200 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 210 mg/dl, Natrium 142 (normal 135-147mmol/L, Kalium 3,3 (normal: 3,5-5,5 mmol/L) Keton darah : 0,1 mmol/L (0,0-0,6). Klien terlihat tidur dengan posisi semi fowler.

18) Analisa Data

Tabel 1 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan masih merasa mual dan tidak makan. Klien mengatakan porsi makan tidak dihabiskan, klien mengatakan pusing.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>(BB) sebelum sakit 56 Kg, BB setelah sakit : 55 Kg.</p> <p>Pemeriksaan Antropometri IMT: 22,03 dengan kategori berat badan normal.</p> <p>B: Hasil Lab: Hb: 13,9 g/dl, leukosit 12,5 ribu/ul, trombosit 200 ribu/ul), eritrosit 4,85 juta/ul.</p> <p>GDS : 210 mg/dl,</p> <p>C: makan habis ½ porsi, klien tampak lemas, klien tampak tidak menghabiskan makan.</p> <p>D: pola diet klien sebelum</p>	<p>Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>	<p>Defisiensi insulin, anoreksia.</p>

sakit, klien makan apa saja
tidak menggunakan Diet DM.

- | | | | | |
|----|---|-------------------|-------|----------|
| 2. | <p>Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan BAK sering</p> <p>Klien mengatakan BAK 7-8 kali/hari, klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Mukosa bibir kering, turgor kulit elastis.</p> <p>Balance cairan -252cc/24 jam</p> <p>Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/m, suhu(S): 36.0°C.</p> <p>Respiratori rate (RR): 22x/m</p> | Kekurangan cairan | volme | Poliuria |
|----|---|-------------------|-------|----------|
-
- | | | | | |
|----|---|---------------------|-------|-------------------------|
| 3. | <p>Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan batuk, Klien mengatakan batuk tidak ada sputum</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Klien terlihat terganggu dengan batuk yang di rasakan.</p> <p>Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK.</p> | Gangguan pola tidur | Batuk | terus menerus, nokturia |
|----|---|---------------------|-------|-------------------------|
-

<p>4. Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan hanya mengetahui penyakit diabetes adalah penyakit gula, Klien mengatakan tidak mengerti mengapa klien dapat terkena diabetes.</p> <p>Data objektif :</p> <p>Klien tampak banyak bertanya</p> <p>Klien tampak bingung dengan penyakit yang di derita klien</p>	<p>Kurangnya pengetahuan</p>	<p>Keterbatasan sumber informasi</p>
---	------------------------------	--------------------------------------

III.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 25 Mei 2015 diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus yang menjadi prioritas masalah antara lain adalah :

- a. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Defisiensi insulin, anoreksia.

Tanggal ditemukan: 25 Mei 2015

Tanggal teratasi : 27 Mei 2015, masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian

Nama Jelas : Sakina Nuraini

- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan poliuria.

Tanggal ditemukan: 25 Mei 2015

Tanggal teratasi: 27 Mei 2015 , masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian

Nama Jelas : Sakina Nuraini

- c. Gangguan pola tidur berhubungan Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK dengan Batuk terus menerus, nokturia

Tanggal ditemukan: 25 Mei 2015

Tanggal teratasi: 27 Mei 2015, masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian

Nama Jelas : Sakina Nuraini

- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi

Tanggal ditemukan: 27 Mei 2015

Tanggal teratasi: 27 Mei 2015

Nama Jelas : Sakina Nuraini

III.3 Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Setelah penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang ditetapkan. Selanjutnya penulis membuat perencanaan dilanjutkan dengan pelaksanaan dan evaluasi pada setiap diagnosa sesuai prioritas masalah sebagai berikut:

- a. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Defisiensi insulin, anoreksia

Data Subjektif :

Klien mengatakan masih merasa mual dan tidak nafsu makan.

Klien mengatakan porsi makan tidak dihabiskan, klien mengatakan pusing

Data Objektif :

(BB) sebelum sakit 56 Kg, BB setelah sakit : 55 Kg, (IMT) = 22.03, Hasil Lab: Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl), Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,5 (normal 5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 200 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 210 mg/dl, Natrium 142 (normal 135-147mmol/L, Kalium 3,3 (normal: 3,5-5,5 mmol/L) Keton darah : 0,1 mmol/L (normal: 0,0-0,6 mmol/L).

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi Kriteria Hasil: Berat badan stabil, mual berkurang atau hilang, porsi makan habis, pusing hilang. Intervensi :

- 1) Kaji nutrisi dan kebiasaan makan. Rasional: untuk mengetahui tentang keadaan dan kebutuhan nutrisi klien.

- 2) Berikan makanan hangat, cair yang mengandung zat makanan nutrient dan elektrolit. Rasional: makanan yang lunak dapat mudah ditelan dan memperbaiki metabolisme tubuh klien.
- 3) Anjurkan klien makan sedikit tapi sering. Rasional : memudahkan klien agar terhindar dari rasa mual saat makan.
- 4) Anjurkan klien untuk mematuhi diet yang telah di programkan. Rasional: Kepatuhan terhadap diet dapat mencegah komplikasi terjadinya hipoglikemia/hiperglikemia dan penentuan program diet yang tepat dapat memperbaiki metabolisme klien.
- 5) Libatkan keluarga dalam perencanaan makan sesuai dengan indikasi. Rasional: keluarga merupakan orang yang paling dekat dan paling mengerti kebiasaan klien.
- 6) Kerja sama dengan tim kesehatan lain untuk pemberian insulin dan diet yang diberikan. Rasional: pemberian insulin akan meningkatkan pemasukan glukosa kedalam jaringan sehingga gula darah menurun, pemberian diet yang sesuai dapat mempercepat penurunan gula darah dan mencegah komplikasi.
- 7) Memberikan terapi sesuai dengan indikasi. Rasional: mengurangi rasa mual dan menjaga lambung tetap normal.

Pelaksanaan:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.20 WIB memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg dan ondansentron 3x4 mg. Hasil: omeprazole diberikan 40 mg dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9%, cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan obat oral Dizine 2x5 mg tablet. Hasil: obat masuk peroral. Pukul 08.30 WIB mengkaji pola makan klien. Hasil: klien makan tidak menggunakan diet saat dirumah. Pukul 12.00 WIB Pemberian terapi insulin 3x4 unit sesuai dengan yang diberikan. Hasil: terapi insulin 4 unit sebelum makan telah dilakukan. Pukul 12.30 WIB menemani klien makan dan mengobservasi makanan yang dimakan. Hasil: jenis makanan lunak, diet DM lunak 1300 kkal. Pukul 12.40 WIB Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering.

Hasil: makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. Pukul 12.20 WIB Menganjurkan klien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan. Hasil: klien menyimak dan mengikuti anjuran perawat. Pukul 12.45 WIB Melibatkan keluarga dalam perencanaan makan klien sesuai dengan dengan yang di programkan. Hasil: keluarga ikut berpartisipasi dan menemani klien saat makan.

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.20 WIB memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg dan ondansentron 3x4 mg. Hasil: omeprazole diberikan 40 mg dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan obat oral Dizine 2x5 mg tablet. Hasil: obat masuk peroral. Pukul 08.30 WIB mengkaji pola makan klien. Hasil: klien menyukai makanan yang disediakan Pukul 12.00 WIB Pemberian terapi insulin 3x4 unit sesuai dengan yang diberikan. Hasil: terapi insulin 4 unit sebelum makan telah dilakukan (GDS : 205) sebelum makan telah dilakukan. Pukul 12.30 WIB menemani klien makan dan mengobservasi makanan yang dimakan. Hasil: jenis makanan lunak, diet DM lunak 1300 kkal. Pukul 12.40 WIB Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Hasil: makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. Pukul 12.20 WIB Menganjurkan klien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan. Hasil: klien menyimak dan mengikuti anjuran perawat. Pukul 12.45 WIB Melibatkan keluarga dalam perencanaan makan klien sesuai dengan dengan yang di programkan. Hasil: keluarga ikut berpartisipasi dan menemani klien saat makan.

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.20 WIB memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg dan ondansentron 3x4 mg. Hasil: omeprazole diberikan 40 mg dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan Dizine 2x5 mg tablet Hasil: obat masuk peroral. Pukul 08.30 WIB mengkaji pola makan klien. Hasil: klien menyukai makanan yang disediakan. Pukul 12.00 WIB Pemberian terapi insulin 3x4 unit sesuai dengan yang

diberikan. Hasil: terapi insulin 4 unit sebelum makan telah dilakukan (GDS 189) sebelum makan telah dilakukan. Pukul 12.30 WIB. Menemani klien makan dan mengobservasi makanan yang dimakan. Hasil: jenis makanan lunak, diet DM lunak 1300 kkal. Pukul 12.40 WIB Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Hasil: makan habis 1 porsi. Pukul 12.20 WIB Menganjurkan klien untuk mematuhi diet yang telah di programkan. Hasil: klien menyimak dan mengikuti anjuran perawat. Pukul 12.45 WIB Melibatkan keluarga dalam perencanaan makan klien sesuai dengan dengan yang di programkan. Hasil: keluarga ikut berpartisipasi dan menemani klien saat makan.

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

S: Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan mual, klien mengatakan pusing masih terasa.

O: Makan habis ½ porsi, klien terlihat lemas. GDS : 210 mg/dl

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Rencana keperawatan dilanjutkan.

- 1) Memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg , ondansentron 3x4 mg obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan obat oral Dazine 2x5 mg tablet
- 2) Melakukan terapi insulin 3x4 unit sebelum makan.
- 3) Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015

S: Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan mual hilang timbul, klien mengatakan pusing berkurang.

O: Makan habis ½ porsi, klien terlihat lemas. GDS: 205 mg/dl

A: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: Rencana keperawatan dilanjutkan.

- 1) Memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg, ondansentron 3x4 mg
- 2) Obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan obat oral Dazine 2x5 mg tablet.
- 3) Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

S: Klien mengatakan mulai nafsu makan, klien mengatakan mual hilang timbul, klien mengatakan pusing berkurang .

O: makan habis 1 porsi, klien terlihat segar. GDS: 189 mg/dl.

A: Masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian.

P: Rencana keperawatan dilanjutkan dan didelegasikan kepada perawat ruangan.

b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan poliuria.

Data Subjektif :

Klien mengatakan BAK sering, Klien mengatakan BAK 7-8 kali/hari, klien mengatakan sering merasa haus

Data Objektif :

Mukosa bibir kering, Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK, terutama pada malam hari. Balance cairan -252 cc/24 jam, turgor kulit elastis

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi dehidrasi dibuktikan oleh tanda-tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba. Kriteria Hasil : Kadar elektrolit dalam batas normal, haluaran urin tepat secara individu, turgor kulit dan mukosa lembab.

Intervensi:

- 1) Dapatkan riwayat pasien/orang terdekat tentang lama dan frekwensi urin. Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total, semakin tinggi lama dan frekwensi urin maka semakin banyak resiko kekurangan cairan.
- 2) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah. Rasional: penurunan volume cairan dapat menyebabkan takikardi, nadi terasa lemah dan tekanan darah tinggi.
- 3) Kaji nadi perifer, turgor kulit dan membran mukosa. Rasional: merupakan indikator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat.

- 4) Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, nyeri abdomen, muntah dan distensi lambung. Rasional: kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang seringkali akan menimbulkan muntah dan secara potensial akan menimbulkan kekurangan cairan atau elektrolit.
- 5) Pantau masukan dan pengeluaran cairan. Rasional: memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan terapi yang diberikan

Pelaksanaan:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) 08.30 WIB mencatat atau menanyakan keluhan yang dialami klien. Hasil: klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan Pukul 09.00 WIB mengobservasi turgor kulit dan membran mukosa. Hasil: membran mukosa kering, turgor kulit kering. Pukul 10.00 WIB mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital klien. Hasil: (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/m, suhu(S): 36.0°C. Respiratory rate (RR) : 22x/menit. Pukul 13.55 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan. Hasil: intake 2900cc/24 jam jam output 3152cc/24 jam balance cairan: -252cc/24 jam. Pukul 10.40 WIB mendapatkan kepada pasien/orang terdekat tentang lama dan frekwensi urin. Hasil: BAK 7-8 kali/hari.

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) 08.30 WIB mencatat atau menanyakan keluhan yang dialami klien. Hasil: klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan Pukul 09.00 WIB mengobservasi turgor kulit dan membran mukosa. Hasil: membran mukosa kering, turgor kulit elastis. Pukul 10.00 WIB mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital klien. Hasil: (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/menit, suhu(S): 36.0°C, Respiratory Rate (RR): 20x/menit. Pukul 13.55 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan. Hasil: intake 2900cc/24jam output 3052cc/24jam balance cairan: -152 cc/24jam Pukul 10.40 WIB menanyakan kepada

pasien/orang terdekat tentang lama dan frekwensi urin. Hasil: BAK 7-8 kali/hari.

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) 08.30 WIB mencatat atau menanyakan keluhan yang dialami klien. Hasil: klien mengatakan mual hilang timbul dan klien mulai nafsu makan Pukul 09.00 WIB mengobservasi turgor kulit dan membran mukosa. Hasil: membrane mukosa lembab, turgor kulit elastis. Pukul 10.00 WIB mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital klien. Hasil: (TTV) tekanan darah (TD): 130/90 mmHg, nadi(N): 80x/m, suhu(S): 36.0°C, Respiratory Rate (RR): 20x/menit. Pukul 13.55 WIB memantau masukan dan pengeluaran cairan. Hasil: intake 2200cc/24 jam output 2300cc/24 jam balance cairan: -100 cc/24 jam. Pukul 10.40 WIB mendapatkan kepada pasien/orang terdekat tentang lama dan frekwensi urin. Hasil: BAK 6-7 kali/hari.

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

S : Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan mual.
 O : Balance cairan: - 252cc/24 jam, membran mukosa terlihat kering.
 A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.
 P : Rencana keperawatan dilanjutkan.

- 1) Mengobservasi TTV (tanda-tanda vital)
- 2) Mengobservasi membran mukosa dan turgor kulit

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015

S : Klien mengatakan mulai nafsu makan, klien mengatakan mual hilang timbul
 O : Balance cairan: - 152cc/24 jam, membran mukosa terlihat kering.
 A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.
 P : Rencana keperawatan dilanjutkan.

- 1) Mengobservasi TTV (tanda-tanda vital)
- 2) Mengobservasi membrane mukosa dan turgor kulit
- 3) Memantau balance cairan

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

S : Klien mengatakan mulai nafsu makan, klien mengatakan mual hilang timbul

O : Balance cairan: - 100 cc/24 jam, membran mukosa terlihat lembab.

A : Masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian.

P : Rencana keperawatan dilanjutkan dan didelegasikan kepada perawat ruangan.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Batuk terus menerus, nokturia

Data Subjektif :

Klien mengatakan batuk

Klien mengatakan batuk tidak ada sputum

Klien mengatakan kurang tidur karena saat malam hari klien terbangun untuk BAK

Data Objektif :

Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK.

Klien terlihat terganggu dengan batuk yang di rasakan.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur klien teratasi, dan batuk hilang. Kriteria Hasil: klien mengungkapkan dapat beristirahat dengan cukup, batuk berkurang/hilang. Intervensi:

- 1) Kaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-batan, dan suasana ramai. Rasional: mengetahui faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain dialami dan dirasakan.
- 2) Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur klien. Rasional: akibat gangguan pola tidur. Rasional: untuk mengetahui terpenuhi atau tidaknya kebutuhan tidur klien akibat gangguan pola tidur sehingga dapat diambil tindakan yang tepat
- 3) Berikan obat antibiotik yang sesuai (kolaborasi). Rasional: penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya infeksi.

Pelaksanaan:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.00 WIB memberikan terapi Ceftriaxone 1x3 gr., .Hasil: Ceftriazone diberikan 3 gr dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% (dripp) cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Edotin 3x1 mg tablet dan Profilas 2x1 mg tablet. Hasil: obat masuk peroral. Pukul 09.25 WIB mengkaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-batan, dan suasana ramai. Hasil: klien kurang tidur karena pada malam hari terbangun untuk BAK, dan keadaan kamar ramai sehingga terganggu saat tidur.

Pukul 10.20 WIB Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur klien. Hasil: klien tampak kurang tidur karna BAK tiap malam.

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015.

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.00 WIB memberikan terapi Ceftriaxone 1x3 gr. Hasil: Ceftriazone diberikan 3 gr dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% (dripp) cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Edotin 3x1 mg tablet dan Profilas 2x1 mg tablet. Hasil: obat masuk peroral. Pukul 09.25 WIB mengkaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-batan, dan suasana ramai. Hasil: klien kurang tidur karena pada malam hari terbangun untuk BAK, dan keadaan kamar ramai sehingga terganggu saat tidur. Pukul 10.20 WIB Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur klien. Hasil: klien tampak kurang tidur karna BAK tiap malam.

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.00 WIB memberikan terapi Ceftriaxone 1x3 gr. Hasil: Ceftriazone diberikan 3 gr dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% (dripp) cairan menetes lancar. Dan memberikan obat oral Edotin 3x1 mg tablet dan Profilas 2x1 mg tablet. Hasil: obat masuk peroral. Pukul 09.25 WIB mengkaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-batan, dan suasana ramai. Hasil: klien tidur pada malam hari namun tetap terbangun untuk BAK.

Pukul 10.20 WIB Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur klien. Hasil: klien tampak lebih segar, dan dapat tidur nyenyak.

Evaluasi:

Hari/Tanggal : Senin, 25 Mei 2015

S : Klien mengatakan batuk, tidak ada sputum, Klien mengatakan kurang tidur karena saat malam hari klien terbangun untuk BAK.

O : Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK. Klien terlihat terganggu dengan batuk yang di rasakan.

A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P : Rencana keperawatan dilanjutkan.

1) Memberikan obat oral Edotin 3x1 mg tablet , Profilas 2x1 mg tablet dan antibiotik ceftriaxone 1x3 gram.

2) Mengkaji adanya faktor penyebab gangguan pola tidur yang lain seperti cemas, efek obat-batan, dan suasana ramai.

Hari/Tanggal : Selasa, 26 Mei 2015

S : klien mengatakan batuk, tidak ada sputum, Klien mengatakan kurang tidur karena saat malam hari klien terbangun untuk BAK.

O : Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK. Klien terlihat terganggu dengan batuk yang di rasakan.

A : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P : Rencana keperawatan dilanjutkan.

1) Memberikan terapi Ceftriaxone 1x3 gr , obat oral Edotin 3x1 mg dan Profilas 2x1 mg tablet.

2) Kaji tanda-tanda kurangnya pemenuhan kebutuhan tidur klien.

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

S: Klien mengatakan batuk, tidak ada sputum, Klien mengatakan tidur, namun tetap terbangun untuk BAK.

O: Klien terlihat segar dan tidur nyenyak. Batuk hilang timbul.

A: Masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian.

P: Rencana keperawatan dilanjutkan dan didelegasikan kepada perawat ruangan.

- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi.

Data Subjektif :

Klien mengatakan hanya mengetahui penyakit diabetes adalah penyakit gula,

Klien mengatakan tidak mengerti mengapa klien dapat terkena diabetes.

Data objektif :

Klien tampak banyak bertanya

Klien terlihat bingung dengan penyakit yang diderita

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengetahuan klien meningkat. Kriteria Hasil: Klien atau keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan, klien atau keluarga kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Intervensi:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit.
Rasional: mengetahui pengetahuan tentang penyakit yang sedang diderita.
- 2) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang. Rasional: memberi gambaran pola hidup dan gaya hidup yang sehat guna mencegah komplikasi yang terjadi apabila tidak berubah.
- 3) Jelaskan alasan dilaksanakannya tindakan atau terapi yang dilakukan kepada klien. Rasional: memberikan informasi penatalaksanaan medis yang dilakukan guna proses penyembuhan.
- 4) Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit yang di derita klien. Rasional : memberikan informasi yang tepat dan benar tentang penyakit yang diderita.

Pelaksanaan:

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

(Dilakukan oleh penulis) Pukul 08.15 WIB Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit. Hasil: klien mengetahui penyakit gula adalah penyakit diabetes. Pukul 12.45 WIB Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah

komplikasi di masa yang akan datang. Hasil: klien akan menjaga pola makan dan mengurangi merokok . Pukul 09.15 WIB menjelaskan alasan dilaksanakannya tindakan atau terapi yang dilakukan kepada klien. Hasil: klien mengetahui terapi dan obat-obatan yang diberikan saat dilakukan tindakan. 14.20 WIB melakukan penyuluhan kesehatan mengenai DM. Hasil : klien mampu menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan setelah di terangkan oleh perawat.

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Mei 2015

S: klien mengatakan Klien mengatakan hanya mengetahui penyakit diabetes adalah penyakit gula, dan gula darah tinggi karna makan makanan yang banyak mengandung karbohidrat. dan terapi insulin untuk mengontrol gula darah dalam tubuh agar tidak tinggi.

Klien mengatakan tidak mengerti mengapa klien dapat terkena diabetes.

O: Klien terlihat paham dan mampu menjelaskan penyakit DM

A: Masalah teratasi, tujuan tercapai

P: Rencana keperawatan dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang perbandingan atau kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus yang ditemukan pada Tn.K dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Mawar lantai V Rumah Sakit Puri Cinere Depok selama tiga hari asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 25 Mei 2015 sampai dengan 27 Mei 2015. Yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Penulis juga akan menganalisa faktor penghambat dan faktor pendukung serta alternatif pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan pada setiap tahapan asuhan keperawatan.

IV.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana pada tahap ini penulis telah mencoba mengkaji secara menyeluruh dengan bio, psiko, social, dan spiritual. Adapun pengkajian dari hasil wawancara penulis menemukan riwayat kesehatan pasien, penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat psikososial, kebiasaan sehari-hari sebelum dirawat. Waktu pengumpulan data penulis menemukan keluhan yang dirasakan oleh pasien adalah: Klien mengatakan, klien masih merasa mual dan tidak nafsu makan, klien mengatakan porsi makan tidak dihabiskan, klien mengatakan pusing dan batuk hilang timbul, klien mengatakan suka merasa haus, dan sering bolak-balik kamar mandi untuk BAK. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis, keadaan umum sakit sedang, klien terlihat lemas, klien dapat BAK 7-8 kali/hari, Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK, Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/m, suhu(S): 36.0°C. Pada tahap pengkajian teori dan kasus, penulis menemukan adanya kesenjangan. Pengkajian yang ditemukan tidak sesuai dengan teori yaitu klien masih merasa mual dan tidak nafsu makan, klien mengatakan porsi makan tidak dihabiskan, klien mengatakan pusing dan batuk hilang timbul. Sedangkan yang ada

pada teori tetapi tidak ada pada kasus adalah klien tidak mengalami polifagi, tidak mengalami gangrene dan infeksi pada bagian tubuh, pola nafas efektif tidak terganggu serta tidak mengalami kelelahan dan mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Sedangkan penyebab dari DM Tipe II yang ada pada kasus sesuai dengan teori yaitu gangguan peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin ini dikarenakan pasien tidak menjaga pola makan dan gaya hidup yang salah dan klien mengatakan suka merasa haus, sering bolak-balik kamar mandi untuk BAK

Hasil pemeriksaan fisik pada klien di dapatkan Berat badan klien saat sakit 55 Kg, berat badan sebelum sakit 56 Kg, klien dapat BAK 7-8 kali/hari, Mukosa bibir kering Klien terlihat kurang tidur karena sering BAK, terutama pada malam hari makan habis ½ porsi. Dan hasil pemeriksaan diagnostik yang sesuai dengan teori yaitu pemeriksaan laboratorium dan gula darah. Hasil laboratorium: Hasil Lab: Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl), Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,5 (normal 5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 200 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 210 mg/dl, Natrium 142 (normal 135-147mmol/L, Kalium 3,3 (normal: 3,5-5,5 mmol/L) Keton darah : 0,1 mmol/L (0,0-0,6). Pada pemeriksaan penunjang lainnya tidak dilakukan karena alasan tersebut cukup untuk menekankan diagnosa DM tipe II. Klien dirawat dirumah sakit sesuai dengan penatalaksanaan yang terdapat pada teori, klien mendapat terapi insulin apidra 3x4 unit karena pemeriksaan GDS 189 mg/dl, klien dianjurkan menjaga pola makan dan melaksanakan diet DM lunak 1300 kkal. Dalam pengkajian penulis tidak menemukan faktor penghambat. Faktor pendukung saat penulis melakukan pengkajian klien kooperatif, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan, catatan dan dokumentasi yang lengkap, komunikasi yang terapeutik dengan klien.

IV.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien dengan DM tipe II pada teori doengoes, 2000 ditemukan enam diagnosa keperawatan. Dan di kasus terdapat tiga diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak tidak

terdapat pada kasus yaitu Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kadar glukosa yang tinggi dan pola nafas tidak efektif kemungkinan berhubungan dengan asidosis metabolik tiga diagnosa keperawatan ini tidak diambil karena klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan tidak menunjukkan kelahan yang berarti, dan tidak terdapat resiko infeksi karena klien tidak memiliki luka serta gangrene dan klien tidak mengalami pola nafas yang tidak efektif. Sedangkan diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas dan masalah utama ada pada kasus dan terdapat pada teori.

Pada diagnosa keperawatan penulis tidak menemukan adanya hambatan, pada diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang ada sebagai respon klien terhadap penyakitnya dan berdasarkan prioritas masalah. Faktor pendukung dalam menentukan diagnosa yaitu klien kooperatif dalam membantu berjalannya proses pengkajian, arahan dari para pembimbing serta referensi buku-buku yang dapat membantu penulis dalam menegakkan diagnosa.

IV.3 Perencanaan Keperawatan

Menurut teori langkah-langkah perencanaan meliputi: menentukan prioritas masalah, menetapkan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan menyusun rencana tindakan. Masalah keperawatan yang penulis prioritaskan pada kasus sama dengan yang terdapat pada teori, dimana penyusunan prioritas masalah ini berdasarkan masalah yang mengancam jiwa klien dan hierarki Maslow.

Pada kasus masalah keperawatan yang penulis prioritaskan pertama adalah Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Defisiensi insulin, anoreksia. Masalah ini muncul karena pada saat pengkajian fisik pada klien di dapatkan Berat badan klien saat sakit 55 Kg, berat badan sebelum sakit 56 Kg, makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, (IMT): 22.03, Klien mengatakan pusing dan lemas. rencana yang dilakukan adalah kaji nutrisi dan kebiasaan makan, berikan makanan hangat, cair yang mengandung nutrisi, anjurkan klien makan sedikit tapi sering dan memberikan terapi sesuai dengan indikasi. Prioritas masalah yang kedua yaitu kekurangan volume cairan berhubungan dengan poliuria. Klien mengatakan BAK sering, Klien mengatakan BAK 7-8 kali/hari,

klien mengatakan sering merasa haus. Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) tekanan darah (TD): 140/90 mmHg, nadi(N): 82x/m, suhu(S): 36.0°C, respiratori rate (RR): 22x/m. tindakan yang dilakukan pantau tanda-tanda vital, pantau masukan dan pengeluaran cairan, kaji nadi perifer, membran mukosa dan turgor kulit. prioritas masalah yang ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk terus menerus, nokturia. Klien mengatakan batuk, klien mengatakan batuk tidak terdapat sputum, klien terlihat terganggu akan batuk yang dirasakan, klien tampak kurang istirahat dan tidur karena BAK setiap malam. Tindakan yang dilakukan kaji adanya faktor yang mengganggu pola tidur, berikan antibiotik yang sesuai. Dan prioritas masalah yang keempat kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi. Klien mengatakan hanya mengetahui penyakit diabetes adalah penyakit gula, Klien mengatakan tidak mengerti mengapa klien dapat terkena diabetes, klien tampak banyak bertanya Klien tampak bingung dengan penyakit yang di derita klien. tindakan yang dilakukan kaji tingkat pengetahuan, melakukan penkes.

Pada penetapan tujuan ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus dalam teori tidak adanya batasan waktu dalam mengatasi masalah yang ada, sedangkan pada kasus penulis menetapkan batasan waktu yaitu 3x24 jam untuk mengukur pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang diberikan, karena penulis ingin mengetahui sejauh mana kemajuan kesehatan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Perencanaan tindakan pada kasus disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien. rencana keperawatan disusun secara sistematis dan operasional berdasarkan teori yang ada agar rencana yang dibuat dapat didelegasikan oleh perawat ruangan. Pada tahap perencanaan penulis menemukan adanya hambatan yaitu dalam menentukan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah klien. faktor pendukung yang memudahkan penulis dalam menjalankan perencanaan yaitu klien kooperatif dan mau bekerja sama serta bantuan dari perawat ruangan.

IV.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis mengacu pada perencanaan yang telah disusun dalam rencana keperawatan. Pada tahap ini

penulis melakukan tindakan berdasarkan prioritas masalah yang di tetapkan. Pada tahap pelaksanaan, tidak semua rencana tindakan dapat dilaksanakan oleh penulis maka dari itu penulis bekerja sama dengan perawat ruangan. Selain itu perawat juga setiap perawat yang melakukan tindakan, mencatat diagnosa yang di intervensi, waktu pelaksanaan tindakan dan menanda tangani catatan perawat sebagai aspek legal.

Untuk diagnosa yang menjadi prioritas pertama yaitu : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Defisiensi insulin, anoreksia tindakan perawat yang penulis lakukan yaitu memberikan terapi Omeprazole 2x 40 mg, ondansentron 3x4 mg dan memberikan obat oral Fucoidan 1x1 mg tablet dan obat oral Dazine 2x5 mg tablet. mengkaji pola makan klien. Pemberian terapi insulin 3x4 unit sesuai dengan yang diberikan. Menemani klien makan dan mengobservasi makanan yang dimakan. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering. Menganjurkan klien untuk mematuhi diet yang telah diprogramkan. Melibatkan keluarga dalam perencanaan makan klien sesuai dengan dengan yang di programkan. Tindakan seluruhnya dapat dilakukan oleh penulis secara teori.

Untuk diagnosa yang kedua yaitu : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan poliuria, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mencatat atau menanyakan keluhan yang dialami klien. Mengobservasi turgor kulit dan membran mukosa. Mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital klien. Memantau masukan dan pengeluaran cairan. Menanyakan kepada pasien/orang terdekat tentang lama dan frekwensi urin. Tindakan seluruhnya dapat dilakukan oleh penulis secara teori.

Untuk diagnosa yang ketiga yaitu : Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk terus menerus, nokturia, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu memberikan terapi Ceftriaxone 1x3 gr dilarutkan dalam 100 ml Nacl 0,9% (drupp) dan obat oral Edotin 3x1 mg tablet dan profilas 2x1 mg tablet. Mengkaji frekuensi dan kedalaman pernapasan. Meninggikan bagian kepala tempat tidur (posisi semi fowler) untuk memudahkan bernafas. Tindakan seluruhnya dapat dilakukan oleh penulis secara teori.

Untuk diagnosa yang keempat yaitu : Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan sumber informasi, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang proses penyakit. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang. Menjelaskan alasan dilaksanakannya tindakan atau terapi yang dilakukan kepada klien. Melakukan penyuluhan kesehatan mengenai Diabetes mellitus.

Adapun faktor penghambat yang penulis lakukan adalah adanya keterbatasan waktu yang dimiliki oleh penulis dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian terhadap tindakan yang telah dilakukan serta respon klien terhadap tindakan yang dilakukan karena penulis hanya memiliki waktu dinas pagi, sehingga pemecahan masalah yang tepat yaitu dengan mendelegasikan ke perawat ruangan untuk melanjutkan rencana tindakan yang telah disusun. Faktor pendukung yaitu klien dapat bekerja sama dan kooperatif dalam pelaksanaan rencana tindakan keperawatan.

IV.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini penulis menilai sejauh mana tujuan dapat tercapai dan masalah dapat teratasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Catatan dilaksanakan dengan evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif sesuai dengan respon klien dan evaluasi sumatif mengacu pada tujuan yaitu berupa (SOAP), evaluasi ini di dokumentasikan tindakan keperawatan, maka langkah terakhir adalah evaluasi terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien.

Dari empat diagnosa yang ditemukan pada klien, satu masalah keperawatan klien teratasi dan tujuan tercapai, dan tiga masalah keperawatan klien belum teratasi namun tujuan sudah ada yang tercapai ini dikarenakan kondisi klien mengalami kemajuan secara bertahap dan perbaikan serta intervensi untuk klien masih dilanjutkan untuk itu diharapkan perawat ruangan untuk tetap melanjutkan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun.

Dalam evaluasi penulis menemukan hambatan adalah adanya keterbatasan waktu yang dimiliki penulis dalam melakukan evaluasi proses pendokumentasian

terhadap tindakan belum dilakukan secara optimal serta respon klien terhadap tindakan yang dilakukan karena penulis hanya memiliki waktu dinas pagi. Sehingga pemecahan masalah yang tepat yaitu dengan mendelegasikan ke perawat ruangan untuk dapat melakukan evaluasi terhadap setiap diagnosa keperawatan yang ditemukan. Faktor pendukung yaitu klien dapat bekerja sama dan kooperatif dengan penulis sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan.

BAB V

PENUTUP

V.1 Kesimpulan

Setelah penulis menguraikan beberapa hal yang berhubungan dengan Asuhan keperawatan pada Tn. K dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere. Selama tiga hari asuhan keperawatan mulai tanggal 25 Mei 2015 sampai dengan 27 Mei 2015, penulis memperoleh gambaran secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan Diabetes mellitus tipe II di Ruang Mawar Lantai V Rumah Sakit Puri Cinere, serta memecahkan masalah yang timbul dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Pada bab ini penulis akan memberikan kesimpulan dari hasil pembahasan yang telah dilakukan antara teori dan kasus. Untuk selanjutnya penulis akan memberikan masukan berupa saran yang nantinya dapat bermanfaat bagi rumah sakit, perawat klien beserta keluarga.

a. Pengkajian

Pengkajian yaitu tahap pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Data yang di dapat yaitu klien terkena DM tipe II karena mengalami riwayat obesitas. Tanda dan gejala yang ditemukan yaitu mual, tidak nafsu makan sedangkan pada teori pada penderita DM selalu merasa lapar (polifagi) namun pada kasus tidak ditemukan adanya polifagi. Data yang lain yaitu pusing, Berat badan menurun , batuk, BAK 7-8 kali sehari, klien merasa haus, hal ini terdapat pada teori. Pemeriksaan yang dilakukan yaitu cek GDS dan hasil thorax foto pada tanggal 23 Mei 2015: Cor (CTR>50%), aortaelongasi dilatasi, Pulmo corakan bronchovaskuler ramai tampak infiltrate perihiller/paracardial bilateral, hilus tidak melebar, sinus baik dan diafragma mendatar, tulang dan jaringan lunak dinding dada dalam batas normal, kesan: cardiomegali DD/HHD, aorta dilatasi elongasi, corakan bronchitis dan infiltrat paru. Dan hasil laboratorium : Hb: 13,9 (normal 14,0-17,0 g/dl), Ht: 40 (normal 42-52 %), leukosit 12,5 (normal

5,0-10,0 ribu/ul), trombosit 200 (normal 150-400 ribu/ul), eritrosit 4,85 (normal 4,5-5,5 juta/ul), SGOT 16 (normal <38 u/l), SGPT 16 (normal <41 u/l), ureum 30 (normal <40mg/dL). Cek GDS : 210 mg/dl, Natrium 142 (normal 135-147mmol/L, Kalium 3,3 (normal: 3,5-5,5 mmol/L) Keton darah : 0,1 mmol/L (0,0-0,6). Cek GDS 189 mg/dl.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang merupakan prioritas utama masalah keperawatan pada klien adalah gangguan pemenuhan nutrisi berhubungan dengan defisiensi insulin, anoreksia. Diagnosa lain Kekurangan volume cairan berhubungan dengan poliuria. Gangguan pola tidur berhubungan dengan batuk terus menerus, nokturia dan yang terakhir kurangnya pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi

c. Rencana keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan SMART (spesifik, measurable, achievable, reliable, timeable) yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien dimana dalam penyusunannya penulis melibatkan perawat ruangan dan klien. Perencanaan tindakan keperawatan dirumuskan dengan memperlihatkan situasi dan kondisi klien. Karena bagaimanapun juga, rencana tindakan keperawatan ini dibuat dengan melibatkan klien, keluarga atau kerabat terdekat.

Keluarga atau kerabat turut serta dalam melaksanakan perencanaan keperawatan agar dapat berjalan sesuai yang diharapkan semua pihak karena dengan adanya dukungan dan support mampu membawa klien ke proses penyembuhan dan dalam kondisi normal kembali. Rencana tindakan harus sesuai dengan tujuan awal. Rencana tindakan ini disusun secara sistematis ditambah kolaborasi dengan berbagai pihak Laboratorium, Instalasi Gizi, Dokter dan juga perawat lainnya.

d. Penatalaksanaan

Agar mencapai tujuan yang diharapkan dapat tercapai maka penatalaksanaan keperawatan sangat dibutuhkan dalam kerja sama dengan perawat lain, tim kesehatan lain serta klien dan keluarga atau

kerabat. Agar rencana-rencana keperawatan yang telah disusun dapat dilaksanakan secara berkesinambungan sesuai dengan tujuan pada asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh penulis adalah observasi tanda-tanda vital klien (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), menganjurkan makan sedikit tapi sering, motivasi klien untuk mengabisakan makan satu porsi. Monitor respon fisik klien (perubahan tanda vital). Observasi kelancaran tetesan infuse, terapi dan obat sesuai dengan indikasi, melakukan penkes, dan menganjurkan klien untuk mengatur pola gaya hidup sehat. Tidak semua rencana keperawatan dilakukan oleh penulis secara keseluruhan karena keterbatasan waktu dan rencana keperawatan yang belum di implementasikan, maka sebagian besar tindakan keperawatan dilakukan dengan perawat senior yang bertugas di ruang Mawar di Rumah Sakit Puri Cinere.

e. Evaluasi

Untuk evaluasi pada klien Tn. K dapat dikatakan sebagian berhasil karena klien sudah menunjukkan tanda adanya peningkatan derajat kesehatan ke arah yang lebih baik. Antara lain mual sudah berkurang, mulai nafsu makan, pusing berkurang, makan sudah habis 1 porsi, batuk mulai hilang, pola tidur sudah kembali normal.

V.2 Saran

Setelah penulis melaksanakan Asuhan keperawatan Pada Tn.K dengan gangguan sistem endokrin dengan penyakit Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Mawar Lantai V Ruamh Sakit Puri Cinere Depok, maka selanjutnya penulis akan menyampaikan saran yang penulis tunjukkan kepada mahasiswa, perawat ruangan, klien dan keluarga, sebagai berikut :

a. Untuk Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar lebih meningkatkan lagi ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien, serta memberikan asuhan keperawatan pada

pasien dengan penyakit DM Tipe II. Dan pertimbangkan antara teori dengan keadaan serta keluhan klien.

b. Untuk Institusi

- 1) Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dengan lebih banyak membaca baik itu dari media cetak maupun dari media yang lainnya agar dapat mengikuti perkembangan dari penyakit DM Tipe II.
- 2) Diharapkan dapat melatih dan meningkatkan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan.
- 3) Diharapkan dapat meningkatkan hubungan kerja yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya.
- 4) Diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, menentukan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan melaksanakan evaluasi lebih baik lagi.
- 5) Diharapkan agar lebih meningkatkan mutu bimbingan yang diberikan dalam pelaksanaan praktek klinik keperawatan. Perbanyak buku terbitan tahun 2005 keatas, dan diberikan pelayanan yang memuaskan bagi para mahasiswa.

c. Untuk Institusi Rumah Sakit

- 1) Bagi institusi rumah sakit agar lebih mempertahankan atau lebih meningkatkan saran dan prasarana yang menunjang keberhasilan asuhan keperawatan,.
- 2) Diharapkan untuk mengembangkan program-program yang lebih efektif, dimana dapat menopang perubahan perilaku masyarakat terutama pasien khususnya dalam kesehatan, pengawasan lingkungan, dan meningkatkan saran dan prasarana yang menunjang keberhasilan asuhan keperawatan guna mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- 3) Diharapkan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan lebih ditingkatkan untuk setiap tindakan keperawatan yang lebih dilakukan, beserta respon klien terhadap tindakan tersebut agar dapat

mengetahui dan dapat dengan lebih mudah memantau perkembangan kesehatan klien serta dapat dilakukan evaluasi secara akurat.

Demikian kesimpulan dan saran yang dapat penulis berikan. Penulis berharap semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya untuk penulis dan umumnya bagi para pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, J M 2014, *Keperawatan Medikal bedah*, Salemba Medika, Jakarta.
- Doengoes 2000, *Rencana Asuhan Keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien, Vol 8*, EGC, Jakarta
- Mansjoer, A 2003, *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1 Edisi 3*, FKUI, Jakarta.
- Martin 2001, *Standar Perawatan pasien: Perencanaan Kolaboratif & Intervensi keperawatan Edisi 7*, EGC, Jakarta.
- Mubaraq 2015, *Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur tetap dalam Praktik Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Riyadi, S 2008, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin & Endokrin pada Pankreas*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Setiadi 2012, *Konsep dan penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan: teori dan praktik*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Smeltzer, CSH 2002, *Keperawatan Medikal Bedah Suddarth and Brunner*, edisi 8, vol 2, EGC, Jakarta.