

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN : NYERI AKUT PADA Ny.T DI RUANG BAROKAH
RSU PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif
Jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan**



**Disusun Oleh :
Alifatun Khasanah**

A01301717

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

2016

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan hasil ujian komprehensif telah diterima dan disetujui oleh pembimbing ujian akhir program Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 27 Juni 2016

Tempat : STIKES Muhammadiyah Gombong

Pembimbing



(Diah Astutiningrum M.Kep.,Ns)

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
RASA AMAN DAN NYAMAN PADA Ny.T DI RUANG BAROKAH
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Alifatun Khasanah

NIM. A01301717

Telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji

Pada tanggal 04 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Eka Riyanti M.Kep, Sp.Mat

(.....)

2. Diah Astutiningrum M.Kep.,Ns

(.....)

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Gombong



(Sawiji, S.Kep.Ns.,M.Sc)

Program Studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

KTI, Agustus 2016

Alifatun Khasanah¹, Diah Astutiningrum², M.Kep.,Ns.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN PADA Ny.T DI RUANG BAROKAH RSU PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Pengkajian: Ny.T, umur 64 tahun dengan diagnosa DM tipe II saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri di tumit kaki kanan, nyeri terus menerus, seperti rasa panas, skala 7, terdapat luka dikaki kanan. klien mengatakan tidak bisa tidur karena berisik, klien mengatakan belum mengerti makanan apa yang boleh dan tidak boleh dimakan.

Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (*ulkus diabetes mellitus*), gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang diit penyakit.

Intervensi: pantau nyeri secara komprehensif (PQRST), ajarkan metode nonfarmakologi seperti nafas dalam dan distraksi relaksasi, lakukan pengukuran tanda-tanda vital, kolaborasi pemberian analgesik, anjurkan klien untuk istirahat tepat waktu, anjurkan klien meningkatkan istirahat, beri pendidikan kesehatan tentang diit Diabetes Mellitus, dan penulis juga membuat inovasi tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dengan tehnik *foot hand massage*.

Impementasi: memantau nyeri secara komprehensif (PQRST), mengajarkan tehnik nafas dalam, kolaborasi pemberian analgesic, menganjurkan klien meningkatkan istirahat, memberikan pendidikan kesehatan tentang diit Diabetes Mellitus.

Evaluasi: dari 3 diagnosa keperawatan 1 diagnosa yang belum teratasi adalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

Kata Kunci: Nyeri akut, *ulkus diabetes mellitus*, *foot hand massage*.

1. Mahasiswa DIII Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Dosen DIII keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

Diploma III of Nursing Program

Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong

Nursing Care Report, August 2016

Alifatun Khasanah¹, Diah Astutiningrum², M.Kep.,Ns .

ABSTRACT

NURSING CARE OF FULLFILING SECURE AND COMFORT NEEDS TO Ms.T: ACUTE PAIN IN BAROKAH WARD OF MUHAMMADIYAH HOSPITAL OF GOMBONG

Assessment: Ny.T, aged 64 years with a diagnosis of type II diabetes when performed assessments of patients complained of pain in the heel of the right foot, continuous pain, such as heartburn, scale 7, there is a right foot wound. client said he could not sleep because noisy, the client says do not understand what food should not be eaten.

Nursing Diagnosis: Acute pain associated with a physical injury agents (diabetes mellitus ulcers), disruption of sleep patterns associated with environmental impediments, lack of knowledge related to the lack of information about diet disease.

Intervention: monitor pain comprehensively (PQRST), teach methods of nonpharmacological such as deep breathing and distraction relaxation, take the measurement of vital signs, collaboration analgesics, encourage clients to break on time, encourage clients improve break, give health education on diet Diabetes Mellitus , and the author also makes innovative action to reduce foot pain with techniques of hand massage.

Impementation: pain comprehensively monitor (PQRST), teaches deep breathing techniques, collaboration analgesic administration, encourage clients to improve break, provide health education on diet Diabetes Mellitus.

Evaluation: 1 of 3 diagnoses nursing diagnosis is still unresolved is the acute pain associated with physical injury agents.

Keywords: *Acute pain, diabetes mellitus ulcers, foot hand massage*

1. University Student Diploma III of Nursing, Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong
2. Lecsturer Diploma III of Nursing, Muhammadiyah Health Science Institute Of Gombong

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wr Wb

Dengan mengucap syukur *Alhamdulillah* kehadirhat Allah S.W.T. yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan ujian komprehensif ini dengan Judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Ny.T di Ruang Barokah RSUD PKU Muhammadiyah Gombong”.

Adapun maksud penulis membuat laporan ini adalah untuk melaporkan hasil ujian komprehensif dalam rangka ujian akhir tahap akhir jenjang pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

Terwujudnya laporan ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan yang baik ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada :

1. Alloh SWT yang telah memberikan Hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas dengan lancar.
2. Bapak M. Madkhan Anis S.Kep.Ns, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Bapak Sawiji S.Kep.Ns.,M.Sc, ketua prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
4. Ibu Diah Astutiningrum S.Kep.Ns selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan menyusun laporan karya tulis ilmiah dengan sabar.
5. Ibu Arnika Dwi Asti M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing dan mengarahkan kami.
6. Ibu Eka Riyanti M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji sidang.
7. Seluruh perawat ruang Barokah RSUD PKU Muhammadiyah Gombong.

8. Ayahanda tercinta Bapak Salimin Al Muhdi dan ibunda tercinta ibu Waridah selaku kedua orang tua, serta adikku Nining Mar'atus Sholihah dan Ahmad Sutriyono, terima kasih atas do'a, kasih sayang, dukungan baik dalam bentuk moral maupun material.
9. Teman-teman seperjuangan dan sahabatku Esti Dwi Fitriasih, Anna Nur Cahyaningsih, Desi Anisa Nurmala, Arin Dwi Ismawati, Alfi Mufidah, Ahkyen Nurhanifah, yang telah bersama-sama menjalani ini semua suka dan duka selama kurang lebih tiga tahun, semoga kita sukses bersama Aamiin.
10. Teman-teman DIII Keperawatan seperjuangan STIKES Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan do'a, semangat, bantuan tenaga dan pikiran kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Apabila dalam penulisan ilmiah ini masih ditemukan kekeliruan, penulis mengharap kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan dan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Gombong, 04 Agustus 2016

Alifatun Khasanah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Kebutuhan Dasar Aman Dan Nyaman	8
B. Konsep Nyeri	11
C. Teori Nyeri	12
D. Fisiologis Nyeri	13
E. Manajemen Nyeri	14
F. Konsep Dasar Inovasi <i>Foot Hand Massage</i>	18
BAB III RESUME KEPERAWATAN	20
A. Pengkajian	20
B. Analisa Data	23
C. Intervensi, Implementasi, Evaluasi	23
BAB IV PEMBAHASAN	30
A. Diagnosa Keperawatan	30
B. Analisis Inovasi Tindakan Keperawatan	40
BAB V PENUTUP	44

A. Kesimpulan	44
B. Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Ny.T Di Ruang Barokah RSUD Muhammadiyah Gombong

A. LATAR BELAKANG

Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi hormon insulin atau karena penggunaan yang tidak efektif dari produksi hormone insulin tersebut. Hal ini ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah. Saat sekarang ini, penyakit DM mengalami peningkatan prevalensi diseluruh dunia. DM terdiri dari dua tipe yaitu tipe pertama DM yang disebabkan keturunan dan tipe kedua disebabkan *life style* atau gaya hidup. Secara umum hampir 80 % prevalensi diabetes mellitus adalah DM tipe II, ini berarti gaya hidup atau *life style* yang tidak sehat menjadi pemicu utama meningkatnya prevalensi DM menurut Depkes (2009).

World Health rganization (WHO) memperkirakan saat ini lebih dari 220 juta orang diseluruh dunia menderita diabetes. Pada tahun 2004, sekitar 3,4 juta orang meninggal dunia akibat tingginya kadar gula darah. Lebih dari 80% kematian akibat diabetes terjadi di Negara dengan pendapatan rendah sampai menengah (WHO, 2011). WHO juga memprediksi penderita diabetes akan menjadi sekitar 366 juta orang diseluruh dunia pada tahun 2030 (Depkes, 2009).

Sedangkan perolehan data Badan Pusat Statistik (BPS) mengatakan Indonesia menempati urutan keempat kasus Diabetes Mellitus (DM) dengan jumlah pasien terbesar di dunia menurut survei

World Health Organization / WHO (2005). Angka prevalensi DM di Indonesia sekitar 8,6 % dari total penduduk dan diperkirakan pada tahun 1995 terdapat 4,5 juta pasien DM yang akan terus meningkat menjadi 12,4 juta pasien pada tahun 2025. sedangkan perolehan data Riskesdas tahun 2013 terjadi peningkatan prevalensi DM di 17 provinsi seluruh Indonesia dari 1,1% tahun 2007 meningkat menjadi 2,1% di tahun 2013 dari total penduduk sebanyak 250 juta. Dari data-data prevalensi kejadian diatas salah satunya adalah provinsi Jawa Tengah dengan jumlah penderita DM tertinggi sebanyak 509.319 jiwa di kota Semarang. (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011). Menurut data dari Depkes, jumlah pasien diabetes rawat inap dan rawat jalan dirumah sakit menempati urutan pertama dari seluruh penyakit endokrin (Supari, 2006).

Ulkus kaki diabetik (UKD) merupakan salah satu komplikasi kronik diabetes mellitus yang sering dijumpai dan ditakuti karena pengelolaannya sering mengecewakan dan berakhir dengan amputasi, bahkan kematian. Kaki diabetik ialah infeksi, ulserasi dan destruksi jaringan ikat dalam yang berhubungan dengan *neuropati* dan penyakit *vaskuler perifer* pada tungkai bawah hiperglikemia pada DM yang tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi kronis yaitu *neuropati perifer* dan *angiopati*. *neuropati perifer* dan *angiopati*, mengakibatkan trauma ringan yang dapat menimbulkan ulkus pada penderita DM. Ulkus DM mudah terinfeksi karena respon kekebalan tubuh pada penderita DM biasanya menurun. Ketidaktahuan keluarga dan pasien membuat ulkus bertambah parah dan menjadi gangrene yang terinfeksi (Decroli, 2008).

Salah satu gejala atau keluhan yang dirasakan oleh pasien yang menderita luka ulkus Diabetes Mellitus adalah nyeri, rasa nyeri tersebut paling terasa pada tungkai bawah dan kaki sebelah kanan dan kiri. Yang paling menyiksa dapat menyebabkan nyeri berdenyut terus

menerus. Biasanya timbul luka, luka timbul spontan sering disebabkan karena trauma misalnya tertusuk duri, lecet akibat pemakaian sandal yang sempit dan berbahan keras. Mulanya luka hanya kecil dan meluas dalam waktu yang tidak begitu lama. Luka akan menjadi borok dan menimbulkan bau yang disebut gas gangrene. (Anas, 2013).

Dampak serta komplikasi yang mungkin terjadi apabila rasa nyeri pada klien tidak teratasi dengan baik dapat mengganggu kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, mengganggu istirahat, dapat menurunkan nafsu makan, serta yang paling fatal dapat mengakibatkan kematian (Potter & Perry, 2006).

Nyeri ialah pengalaman sensori dan perasaan emosional tidak menyenangkan yang disertai kerusakan jaringan secara potensial dan aktual. Nyeri merupakan suatu kondisi dimana lebih dari sekedar sensasi yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Potter & Perry (2006) mengatakan Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkatan tertentu. Nyeri merupakan alasan yang umum mengapa orang mencari perawatan kesehatan karena, nyeri mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding penyakit yang lain. Menurut Brunner & Suddarth (2008) Nyeri terjadi bersama dengan banyak proses penyakit atau bersamaan dengan berbagai pengobatan.

Nyeri merupakan sumber penyebab rasa tidak nyaman pasien yang merupakan faktor utama penghambat kemampuan mekanisme koping individu dan healing proses untuk pulih dari suatu penyakit. Kolcaba (2012) mendefinisikan kenyamanan sebagai suatu keadaan yang harus terpenuhi sebagai kebutuhan dasar manusia. Sehingga diharapkan perawat dapat memberi asuhan keperawatan kepada klien diberbagai keadaan dan situasi untuk menghilangkan nyeri dan dapat meningkatkan kenyamanan.

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak

menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang.

Menurut Maryunani (2013) Macam-macam Nyeri berkaitan dengan berbagai macam luka : nyeri pada trauma pembedahan dimana hanya terjadi dalam durasi terbatas waktu yang diperlukan untuk perbaikan alamiah terhadap jaringan-jaringan yang rusak lebih singkat, Nyeri pada Ulkus kronik, seperti luka kanker durasi tidak ada batasnya.

Manajemen nyeri meliputi pemberian terapi analgesik dan terapi non farmakologis berupa intervensi perilaku kognitif seperti teknik distraksi relaksasi, terapi musik, *imaginary* dan *biofeedback* (Potter & Perry, 2006)

Intervensi perilaku positif dalam mengontrol nyeri dimaksudkan untuk melengkapi atau mendukung pemberian terapi analgesik agar pengendalian nyeri menjadi efektif (Smeltzer et al., 2008; Black & Hawk, 2006). Manajemen nyeri atau *pain management* adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau *pain relief*. Manajemen nyeri ini menggunakan pendekatan multidisiplin yang didalamnya termasuk pendekatan farmakologikal (termasuk *pain modifiers*), non farmakologikal dan psikologikal. Manajemen nyeri non farmakologikal merupakan upaya-upaya mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan menggunakan pendekatan non farmakologis. Upaya-upaya tersebut antara lain reaksi, distraksi, massage, *guided imaginary* dan lain sebagainya.

Salah satu perawatan manajemen nyeri nonfarmakologi terbaru yang sedang menjadi trend dalam dunia keperawatan adalah teknik massase, salah satu tehnik massase ini bernama *foot hand massage*, dimana tehnik ini dilakukan dengan cara melakukan massase pada bagian tubuh yaitu kaki dan tangan yang dilakukan selama 4 kali 20 menit dalam 2 hari, tehnik ini bertujuan untuk mengurangi intensitas

nyeri yang dirasakan oleh klien, tehnik ini sangat efektif dan dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri, di dukung dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Hariyanto (2015), penelitian yang dilakukan yaitu pengurangan nyeri pada pasien AMI (Akut Miokard infark) yang mengalami nyeri dari intensitas berat dan sedang dengan tehnik *foot hand massage* , hasilnya pasien yang mengalami nyeri dan dilakukan *foot hand massage* selama 4 kali 20 menit dalam 2 hari bersama pengobatan standart berpengaruh terhadap intensitas nyeri, pada kelompok perlakuan 94% menurun menjadi skala ringan.

Dari data-data tersebut penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong serta penerapan tindakan inovasi keperawatan *foot hand massage*, diharapkan supaya dapat membantu menurunkan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien, sehingga akan mempercepat peningkatan waktu istirahat dan membantu penyembuhan pasien. Selain itu, penulis juga mengharapkan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga tentang diit pada pasien dengan diabetes mellitus, sehingga saat pasien dirumah, pasien dan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik dan maksimal bagi pasien.

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan rasa Aman dan Nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mendeskripsikan pengkajian kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan analisa data kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- e. Mahasiswa mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.
- g. Mahasiswa mampu mendeskripsikan analisis inovasi tindakan keperawatan kebutuhan rasa aman dan nyaman “Nyeri Akut” pada Ny.T di Ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong.

C. MANFAAT PENULISAN

Dari laporan hasil ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang terkait, antara lain :

1. Manfaat Keilmuan

Dapat memberikan referensi, serta menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman pada pasien ulkus diabetes mellitus.

2. Manfaat Aplikatif

- a. Hasil laporan ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang tindakan keperawatan apa yang tepat untuk kita lakukan pada klien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman.
- b. Hasil laporan ini diharapkan akan memberikan masukan kepada rumah sakit, agar dapat memberikan tindakan keperawatan yang tepat terhadap pasien yang mengalami gangguan pemenuhan rasa aman dan nyaman.
- c. Hasil laporan ini diharapkan akan menjadi masukan bagi akademis dalam rangka merumuskan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kondisi klien yang mengalami gangguan pemenuhan rasa aman dan nyaman.
- d. Hasil laporan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat supaya masyarakat mampu melakukan perawatan di rumah terhadap pasien yang mengalami gangguan pemenuhan rasa aman dan nyaman.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfirdaus, I. (2012). *Terapi Pijat Untuk Kesehatan Kecerdasan Otak dan Kekuatan Daya Ingat*. Yogyakarta: Buku Biru.
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Jakarta: Ar-Ruzz.
- Asadizaker, M., Fathizadeh, S., Goharpai, S., & Fayzi, S. (2011). *The effect of foot and hand massage on postoperative cardiac surgery pain*. International Journal of Nursing and Midwifery, 03, 165-169.
- Asmadi. (2007). *Peran Fungsi Perawat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Brunner & S. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Clancy, J. M. (2006). *Physiologi and Anatomy: a Homeostatic Approach*. London: Edward Arnold.
- Decroli, E. D. (2008). *Profil Ulkus Diabetik Pada Penderita Rawat Inap Di Bagian Penyakit dalam RSUP DR. M. Djamil Padang. (Artikel Penelitian)*. bagian ilmu penyakit dalam fakultas kedokteran Universitas Andalas Padang. indonesia.
- Hariyanto, A., Hadisaputro, S., & Supriyadi. (2015). *Efektivitas Foot Hand Massage Terhadap Respon Fisiologis dan Intensitas Nyeri Pada Pasien Infark Miokard Akut: Studi Di Ruang ICCU RSUD.DR. ISKAK Tulungagung*. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK), 02, 113-122.
- Herdman, T.H, K. (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Clasification, 2015-2017*. (10nd ed). Oxford: Wiley Blackwell.
- Hidayat, A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisis Data* . Jakarta: Salemba Medika.
- Kolcaba, K, T. D. (2012). *Comfort Theory a Unifying Framework to enhance the practice environment*. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 11.

- Kozeir, B, E. (2009). *Techniques in Clinical Nursing (5th ed)*. Meiliya, E., dkk (alih bahasa). Jakarta: EGC.
- Marilyn E, Doengoes. (2009). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Maryunani, A. (2013). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Sebagai Bentuk Tindakan Keperawatan Mandiri*. In Media.
- Mubarak &, C. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Novarenta, A. (2013). *Guided Imagery Untuk Mengurangi Rasa Nyeri Saat Menstruasi*. 01, 02. diakses 02 Agustus 2016
- Nurdin, S. (2013). *Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur di Ruang Irnina A BLU RSUP Prof DR. R. D Kandou Manado*, 01.
- Pasongli, S., Rantung, S., & Pesak, E. (2014). *Efektifitas Counterpressure Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Normal di Rumah Sakit Advent Manado*. 02
- Pinandita, I, E. B. (2012). *Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Laparotomi*. 8, 1. dsiakses 21 Juli 2016
- Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik, Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Prasetyo, S. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Depkes RI. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta.
- Smeltzer. S.C., B. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Stillwell. (2008). *Pedoman Keperawatan Kritis. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, A. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.
- Supari, S. (2005). *Diabetes Mellitus Masalah Kesehatan Masyarakat yang Serius*. diakses 22 Juni 2016, from www.depkes.go.id
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Trisnowiyanto, B. (2012). *Instrumen pemeriksaan Fisioterapi dan Penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

WHO. (2011). *Diabetes Mellitus*. diakses 24 Juli 2016, from http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/



01/2
1 Juni 2016

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T DENGAN
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES MELLITUS
DI RUANG BAROKAH
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

DI SUSUN OLEH
ALIFATUN KHASANAH
A01301717

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Nama Pengkaji : Alifotun khasanah
Tanggal pengkajian : Senin, 30 Mei 2016
Ruangan / RS : Barokah / RSU pku Muhammadiyah Gombong.
A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama : Ny. T
Umur : 64 tahun
Jenis kelamin : perempuan
Alamat : Sidoharum
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : tidak sekolah
Pekerjaan : tidak bekerja
Status perkawinan : cerai mati
Tanggal Masuk : 26 Mei 2016
Diagnosa - Medik : DM Tipe II
NO RM : 311700

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. N
Umur : 45 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : kesugihan
Pendidikan : SD
Hubungan dengan klien : Anak kandung.

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama : nyeri di tumit kaki kanan. nyeri memberat ketika kaki digerakkan, nyeri dirasakan terus-menerus, seperti panas (krembol-krembol), skala nyeri 7.

2. Riwayat penyakit sekarang : Klien datang ke RSU pku Muhammadiyah Gombong pada tanggal 26 Mei 2016, pukul 14:23 WIB masuk IED dengan keluhan nyeri di kaki kanan, nyeri terus menerus, seperti rasa panas, skala 8, ada luka di pedis dexfra, bau (+), di IED dilakukan cek GDS. hasilnya 400 gr/dl, pemeriksaan Fisik di IED. TTU: TD: 110/60 mmHg, N=80x/m, S=38°C

RR: 23x/m, sudah diberikan terapi infus Nall 20 Tpm, ranitidin 50mg, keferolac 30mg, Gentamycin 80 mg. setelah dilakukan observasi dan kondisi klien stabil, klien dipindahkan ke Bangsal Barokah. Saat dilakukan pengkajian pada Senin, 30 Mei 2016, klien mengeluh nyeri ditumit kaki kanan, Nyeri memberat ketika kaki digerakkan. Nyeri dirasakan terus menerus, seperti panas (kremed-kremed), skala 7, klien tampak lemah dan menangis kesakitan, terdapat luka di kaki, bau(f), ada pus, luka kefer. GDS pukul 08:40: 111 gr/dl, ttv: TD: 120/60 mmHg, RS: 22x/m, S: 36.5°C, RR: 24x/m.

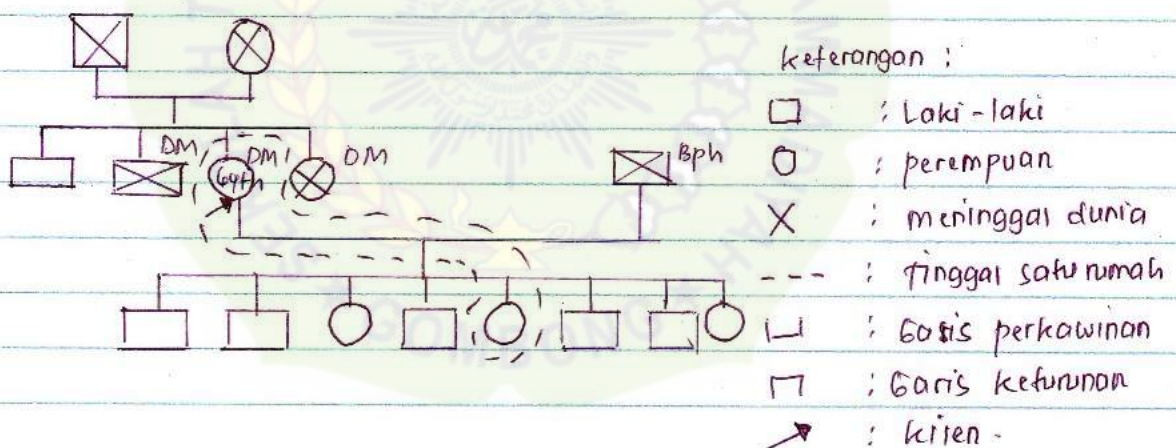
3. Riwayat penyakit Dahulu.

Klien mengatakan pernah sakit magh. riwayat penyakit DM ± 5 tahun. Sebelumnya klien dirawat di rumah sakit yang sama karena terkena magh.

4. Riwayat penyakit keluarga.

Keluarga klien mengatakan kakak dan adik klien meninggal karena sakit Diabetes mellitus, keluarga mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit asma, jantung, hipertensi, hepatitis, TBC.

5. Genogram.



C. Pengkajian Pola Fungsional Virginia Henderson.

1. Pola Napas

Sebelum sakit : klien bernapas tidak memakai alat bantu pernapasan tidak ada suara nafas tambahan.

Saat dikaji : klien bernapas dengan normal, tidak memakai alat bantu pernapasan, RR: 24x/m.

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan sesukanya kadang 1 hari lebih dari 4x, suka makan tengah malam, makan yang manis-manis, sering minum teh manis 2-3x/hari, minum air putih 4-6 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan makan 3x sehari, selalu menghabiskan porsi yang diberikan RS, minum hanya 2-3 gelas / hari.

3. pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien BAB 1x sehari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, berbau khas, BAK 5-6 kali sehari, malam hari 1x sekitar pukul 02.00, warna kuning, bau khas.

Saat dikaji : klien BAB 1x sehari, dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas. dan BAK 4x sehari, warna kekuningan, bau khas.

4. pola Istirahat tidur

Sebelum Sakit : klien mengatakan biasa tidur mulai jam 20.00 WIB dan bangun jam 04.00 WIB, tidak ada gangguan tidur, klien jarang tidur siang.

Saat dikaji : klien mengatakan susah tidur karena mendengar suara bising, klien tidak bisa tidur karena cahayanya terang, tidur malam paling hanya 3 jam mulai jam 23.00 WIB bangun pukul 02.00 WIB dan tidak bisa tidur lagi, klien tampak lemah, leih, lesu, tampak mengantuk.

5. pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit aktivitas dilakukan secara mandiri

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas sendiri seperti biasa, jika melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

6. pola Berpakaian

Sebelum Sakit : klien dapat memilih dan memakai pakaian secara mandiri

Saat dikaji : klien mengenakan pakaian seadanya yang dibawakan oleh keluarga dan saat mengenakan pakaian dibantu oleh keluarganya.

7. pola Suhu tubuh

Sebelum Sakit : pasien biasa mengenakan selimut dan jait apabila merasa dingin dan menyesuaikan pakaian dengan suhu dan lingkungan sekitar.

Saat dikaji : klien tidak mengenakan selimut hanya mengenakan jait, klien menyesuaikan dengan suhu di ruangan RS.

8. personal Hygiene

Sebelum sakit : klien biasa mandi 2x sehari dengan menggunakan Sabun dan gosok gigi saat mandi menggunakan pasta gigi dan sikat gigi.

Saat dikaji : klien hanya diseka oleh keluarganya 1x sehari, menggunakan air hangat.

9. Pola Aman dan Nyaman.

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak merasa sakit, merasa aman tinggal bersama anak dan cucunya.

Saat dikaji : klien mengeluh nyeri di tumit kaki kanan, nyeri memburat ketika kaki digerakkan. Nyeri dirasakan terus menerus, seperti panas (kremes-kremes), skala 7, klien tampak lemah, dan meringis kesakitan. mengatakan tidak menghindari bahaya.

10. Pola Komunikasi

Sebelum sakit : klien dapat berkomunikasi lancar dengan bahasa Jawa dan mengerti bahasa Indonesia.

Saat dikaji : klien dapat berkomunikasi lancar saat dikaji.

11. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak bekerja hanya membantu melakukan aktivitas dalam rumah anaknya.

Saat dikaji : klien hanya berbaring di tempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas karena luka pada kaki.

12. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien jarang berrekreasi dengan keluarga hanya sering berkumpul dan menonton tv di rumah.

Saat dikaji : klien hanya berbaring di tempat tidur karena lemah dan merasakan nyeri.

13. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan selalu salat subuh, dan selalu berdoa.

Saat dikaji : klien tidak pernah melakukan salat subuh, selalu berdoa supaya cepat diberi kesembuhan.

14. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan belum mengetahui penyakit yang diderita, sebelum klien jatuh dan memiliki luka yang tidak kunjung sembuh.

Saat dikaji : klien tampak sedih, klien mengatakan mengetahui dan mengerti sedikit-sedikit mengenai penyakitnya dari dokter dan perawat namun masih bingung tentang makanan apa yang harus dimakan. klien ingin makan buah namun tidak boleh oleh anaknya.

D. pemeriksaan fisik

1. keadaan umum : Lemah
2. kesadaran : Compos mentis (GCS: E4V5M6)
3. Tanda-tanda vital : TD : 120/60 mmHg
N : 82x/m
S : 36,5°C
RR : 24x/m.

4. pemeriksaan Head to toe

- a. kepala : mesocephal, simetris, tidak ada benjolan, bersih, rambut sudah beruban.
- b. mata : pupil isokor 3mm ka/kr, konjungtiva anemis, sklera anikterik, penglihatan baik, tampak sayup.
- c. hidung : Bentuk simetris, tidak ada polip, bersih, tidak terpasang kanul oksigen.
- d. telinga : terdapat sedikit serumen, fungsi pendengaran baik.
- e. mulut : mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, banyak gigi yang tanggal (compung).
- f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada distensi jug.
- g. Thorax :
jantung : I : Ictus cordis tidak tampak
pal : teraba ictus cordis di 2 cm Lmxs
per : pekak
A : S1 S2 Reguler.
paru-paru : I : pengembangan dada simetris
pal : tidak ada krepitus kanan = kiri
per : sonor
A : vesikuler.
- h. Abdomen : I : patar, tidak asites
A : peristaltik usus 8x/menit.
pal : tidak ada nyeri tekan.
per : tympani.
- i. ekstremitas atas : terpasang Infus NaCl 0,9% pada tangan kanan, vena radialis, tidak ada udem, tidak ada luka, kekuatan otot 5/5.
- j. ekstremitas bawah : terdapat luka di kaki kanan, bau, tidak ada udem, kekuatan otot 5/5 ka/kr. Nyeri tekan pada tumit kanan.
- k. Genitalia : tidak terpasang kateter, menggunakan pampers.

E. pemeriksaan penunjang.

a. pemeriksaan laboratorium.

a) tanggal 26-5-2016.

Gula darah sewaktu = 400 gr/dl.

Normal : 70.0 105.0

b) tanggal 27-5-2016 pukul 17.30 WIB

Gula darah sewaktu = 120 gr/dl

N= 70.0 105.0

c) tanggal 27-5-2016 pukul 17.27

Gula darah sewaktu = 91.0 gr/dl

N= 70.0 105.0

d) tanggal 28-5-2016 pukul 11.43.

Guladarah sewaktu : 79 gr/dl

N= 70.0 105.0

e) tanggal 26-5-2016

NO	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Hematologi		
2	Darah Lengkap		
3	CBC		
4	Lekosit	H 12.33 $10^{13}/\mu\text{L}$	4.80 - 10.80
5	Eritrosit	L 1.94 $10^{16}/\mu\text{L}$	4.20 - 5.40
6	Haemoglobin	L 5.2 g/dL	12.0 - 16.0
7	Hematokrit	L 16 %	37 - 43
8	MCV	82.0 fL	78.0 - 99.0
9	MCH	L 26.8 pg	27.0 - 31.0
10	MCHC	L 32.7 g/dL	33.0 - 37.0
11	trombosit	H 761 $10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
12	Hitung jenis		
13	Basofil	0.2 %	0.0 - 1.0
14	Eosinofil	L 0.3 %	2.0 - 4.0
15	Neutrofil	H 73.8 %	50.0 - 70.0
16	Limfosit	L 16.5 %	25.0 - 40.0
17	Monosit	H 9.2 %	2.0 - 8.0
18	Golongan darah	B %	
19	kimia klinik		
20	GDS	390.0 mg/dl	70.0 - 105.0
21	Urea	17.0 mg/dl	15.0 - 39.0
22	Creatinin	0.8 mg/dl	0.6 - 1.1
23	Natrium darah	L 100 mEq/L	135 - 147
24	Kalsium darah	4.31 mEq/L	3.50 - 5.50
25	Imunologi		
26	HbS Ag	Negatif	Negatif

f) tanggal 29-5-2016

No	Jenis pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
1	Hematologi			
2	CBC			
3	Leukosit	H 11.19	$10^3/\mu L$	4.80 - 10.80
4	Eritrosit	L 3.98	$10^6/\mu L$	4.20 - 5.40
5	Hemoglobin	L 11.5	g/dl	12.0 - 16.0
6	Hematokrit	L 34	%	37 - 43
7	MCV	84.9	fL	79.0 - 99.0
8	MCH	28.9	pg	27.0 - 31.0
9	MCHC	34.0	g/dl	33.0 - 37.0
10	trombosit	H 545	$10^3/\mu L$	150 - 450

g) tanggal 29-5-2016 puasa 12:48

SDS: 93.0 mg/dl

N: 70.0 105.0

h) tanggal 30-5-2016 puasa 8:40

SDS: 111 g/dl

N: 70.0 105.0

SDS: 118 g/dl

puasa 19:41

i) tanggal 1/6/2016

SDS: 134 gr/dl

ts: 24. WIB

Leukosit: 9.62 $10^3/\mu L$

Hb: 10.6 gr/dl.

b. Hasil pemeriksaan Rontgen.

Hasil pemeriksaan

Ro - Cruris Dextra AP/lateral

Nama: NY.T

Alamat: Sidoharum

Pasien dengan pemeriksaan klinis: selulitis.

Deskripsi: tidak tampak soft tissue swelling.

Bambaran:

discontinuitas (-)

osteopit (-)

penyempitan joint space (-)

lesi litik dan sklerotik (-)

Kesan: # tidak tampak fraktur pada systema tulang cruris Dextra yang tervisualisasi.

belum tampak bambaran osteomyelitis pada os tibia-fibula dextra.

c. Terapi.

1. Ranitidine 50 mg / 12 jam
2. keforolac 30 mg / 8 jam
3. Ceftriaxon 1 gr / 12 jam
4. Gentamycin 80 mg / 12 jam
5. Insuline 4 - 4 - 4 tunda
6. pCT 3 x 500 mg
7. Clindamycin 2 x 300 mg.

F. ANALISA DATA

NO Dx	DATA Fokus	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : klien mengatakan nyeri pada tumit kaki kanan, nyeri memberat ketika kaki digerakkan, nyeri terus menerus, seperti panas (keremod-keremod), skala 7. DO : a. klien tampak lemah b. klien tampak meringis kesakitan c. ada luka di kaki kanan d. TD : 120/60 mmHg. N : 82x/m. S : 36.5°C, RR : 24x/m.	Nyeri Akut	agens cedera fisik
2	DS : klien mengatakan susah tidur karena mendengar suara bising, klien tidak bisa tidur karena cahayanya terang, tidur malam hanya 3 jam mulai jam 23.00 bangun jam 02.00 WIB dan tidak bisa tidur lagi. DO : klien tampak letih, lesu, lemah, tampak mengantuk, mata sayup.	Gangguan pola tidur	Halangan lingkungan (bising, pajanan cahaya).
3	DS : klien mengatakan masih bingung tentang makanan apa yang harus dimakan, klien ingin makan buah namun tidak boleh oleh anaknya. DO : klien tampak letih, klien minta supaya perawat menjelaskan.	kurang pengetahuan	kurangnya informasi tentang diet penyakitnya

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan Halangan lingkungan (bising, pajanan cahaya).
- kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang diet penyakitnya.

16.00	1	memberikan terapi inj ceftriaxon 1gr	S = - O: Terapi inj. ceftriaxon 1gr masuk lewat iv bolus.
22.00	1	memotivasi klien untuk istirahat	S: klien mengatakan belum mengantuk. O: klien tampak tidur.
	1	Mengingatkan klien untuk belajar melakukan teknik napas dalam	S: klien mengatakan minta diajari lagi O: tampak kooperatif
31/5/2016			
05.00	1,2,3	Memonitor TTU	TD: 120/70 mmHg, N: 85x/m S: 36.5°C, RR: 16x/m.
07.30	1	mengkaji keadaan nyeri	S: klien mengatakan nyeri berurung skala 5. O: tampak menahan sakit.
08.00	1	Melakukan perawatan luka di dengan teknik aseptik	S: klien mengatakan nyeri pada suntik, kram-kram, skala 5. O: tampak menangis kesakitan, luka tampak basah, bau, tidak ada pus (nanah).
08.30	1	memberikan terapi inj ranitidine 50mg	S = - O: Terapi inj. ranitidin 50mg masuk lewat iv bolus
09.00	2.	Mengkaji hal-hal yang menyebabkan susah tidur	S: klien mengatakan susah tidur karena berisik O: tampak mengantuk.
11.00	1,2,3	memonitor TTU	TD: 110/70 mmHg, N: 80x/m S: 37°C, RR: 14x/m
12.00	2	Menganjurkan klien istirahat	S = - O: klien tampak tidur.
13.00	1	memberikan inj. keftrolac 30mg dan inj. ceftriaxon 1gr	S = - O: inj. keftrolac 30mg dan ranitidin masuk iv bolus
16.00		persiapan operasi inform consent	S: klien mengatakan setuju dilakukan operasi amputasi O: keluarga klien menandatangani inform consent

H. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama: My.T

Puang: Barokah

HARI /TGL	NO DX	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI															
Senin, 30 Mei 2016	1	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>ekspresi wajah</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>Skala nyeri</td><td>4</td><td>3</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>Nyaman</td><td>3</td><td>2</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	ekspresi wajah	3	2	Skala nyeri	4	3	Gelisah	3	2	Nyaman	3	2	1. lakukan pengkajian Nyeri (p, R, S, T) 2. Observasi ketidaknyamanan non verbal. 3. Anjurkan untuk istirahat 4. Ajarkan teknik napas dalam, 5. Ajarkan teknik distraksi pelaksana 6. posisikan klien nyaman mungkin 7. monitor TTV. 8. lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik 9. kolaborasi pemberian antibiotik dan analgesik
Indikator	IR	ER																
ekspresi wajah	3	2																
Skala nyeri	4	3																
Gelisah	3	2																
Nyaman	3	2																
Senin, 30 Mei 2016	2	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Mata tidak sayup</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>Ekspresi wajah rileks</td><td>3</td><td>2</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	Mata tidak sayup	3	2	Ekspresi wajah rileks	3	2	1. kaji faktor yang menyebabkan kurang tidur. 2. pantau pola tidur. 3. jelaskan pentingnya tidur yang adekuat. 4. Benkan lingkungan yang terang dan nyaman. 5. Monitor tanda-tanda vital.						
Indikator	IR	ER																
Mata tidak sayup	3	2																
Ekspresi wajah rileks	3	2																
Senin, 30 Mei 2016	3	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam masalah kurang pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria Hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>klien dan keluarga mampu menerima dan memahami informasi yang disampaikan</td><td>3</td><td>1</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	klien dan keluarga mampu menerima dan memahami informasi yang disampaikan	3	1	1. kaji seberapa pengetahuan klien tentang penyakitnya. 2. berikan pendidikan kesehatan mengenai penyakitnya 3. monitor TTV.									
Indikator	IR	ER																
klien dan keluarga mampu menerima dan memahami informasi yang disampaikan	3	1																

I. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.

Tanggal	NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PAPAF
30/5/2016	1,2, 3	mengobservasi TTU	TD: 110/60mmHg, N: 80x/m S = 36,7°C, RR: 22x/m	
08.30	1	melakukan pengujian nyeri secara komprehensif (p, Q, R, S, T)	p = klien mengatakan nyeri di funit kiri kanan, Q = Nyeri terasa panas (kremod-kremod). R = Nyeri tidak menyebar S = skala nyeri 7 T = Nyeri terus menerus.	
08.35	1	memberikan injeksi panitidin 90mg	S = - O = terapi inj. panitidin 90mg masuk iribus.	
09.00	2	Mengaji penyebab susah tidur.	S = klien mengatakan susah tidur karena suara bising, dan cahaya terang. O = klien tampak lemah, letih, lesu, mata tampak sayup.	
09.15	1	Mengajarkan teknik napas dalam	S = klien mengatakan nyeri berkurang dari 7 menjadi 6 O = klien tampak relaks.	
10.00	3	Menguji tingkat pengetahuan klien	S = klien mengatakan masih bingung tentang makanan yang harus dimakan. O = klien tampak bingung, dan bertanya-tanya kepada perawat	
11.00	1	memberikan posisi nyaman mungkin	S = klien merasa nyaman dengan posisinya O = tampak posisi semi fowler.	
	1	Mengajarkan teknik distraksi relaksasi	S = klien mengatakan belum bisa melakukan sendiri O = tampak kooperatif.	
12.00	1,2, 3	memonitor TTU	TD: 120/60mmHg, N: 82x/m. S = 36,5°C, RR: 24x/m	
13.00	1	memberikan [N] keparolac 30mg	S = - O = [N] keparolac 30mg masuk iribus	

		mengganti baju klien dengan baju findakan	S = - O = klien tampak memakai baju findakan.
		memakai topi operasi pada klien	S = - O = klien memakai topi
16.30		menganjurkan klien ke kamar operasi	S = - O = klien dioperasi
18.00		klien dipindahkan ke ruang ok ke ICU	S = - O = klien berada di ruang ICU kul: lemah, GCS = E4V5M6 (composmentis), terpasang O ₂ 4L binasal kanul.
20.00		memberikan terapi injeksi gentamycin 80mg ranitidin 50mg ceftriaxon 1gr	S = - O = inj. gentamycin 80mg inj. ranitidin 50mg, ceftri axon 1gr masuk lewat IV barus.
		memonitor TTV	S = - O = TD = 145/66 mmHg, MAP: 112 N = 66 x/m, S = 35.3°C, RR = 12 x/m, SpO ₂ = 100%
1/6/2016			
08.00	I ₁₂ , S	memonitor TTV	S = - O = TD = 120/60 mmHg, N = 66 x/m S = 36.1°C, RR = 16 x/m, SpO ₂ = 100%
08.15	I	mengevaluasi nyeri (P, Q, R, S, T)	S = klien mengatakan nyeri di tumit kaki kanan, seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul skala nyeri 4, klien mengatakan ingin mengang kat kakinya namun berat O = klien tampak menangis kesak itan.
09.15	I	memberikan inj. keforlax 30mg dan panitidin 50mg	S = - O = Terapi inj. keforlax 30mg dan panitidin 50mg masuk lewat IV barus.

10.00	1	melakukan masase pada kaki klien	s= klien mengatakan nyeri berkurang o= klien tampak relaks, bisa tidur
11.30	3	memberikan pendidikan kesehatan tentang diet DM	s= klien dan keluarga mampu menjawab pertanyaan yang diberikan. o= klien dan keluarga tampak kooperatif
12.00	2	menganjurkan klien untuk istirahat	s= klien mengatakan mengantuk o= klien tampak tidur. mata tidak sayup. klien bisa tidur

J. EVALUASI KEPERAWATAN

HARI / TGL	NO DX	SOAP	Parap
30 Mei 2016	1	S = klien mengatakan nyeri berkurang dari 7 menjadi 6. Nyeri tumit kaki kanan, terasa terus menerus, terasa panas (kremod-kremod), O = klien tampak leleh, menngis kesakitan. TD = 120/60 mmHg, N = 82 x/m, S = 36.5°C, RR = 24 x/m, sudah dilakukan perawatan luka, luka kotor, basah, bau. A = masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. P = Lanjutkan intervensi. a. ajarkan teknik napas dalam b. ajarkan teknik distraksi relaksasi. c. monitor TTV d. kolaborasi pemberian analgesik e. persiapan operasi (cek darah lengkap. Mengganti baju tindakan, inform consent, mengganti fopi).	
	2.	S = klien mengatakan susah tidur karena suara bising, cahaya terang. O = mata tampak sayup, tampak mengantuk, tampak lemah, leleh, lesu. A = masalah keperawatan Gangguan pola tidur belum teratasi. P = Lanjutkan intervensi. anjurkan klien meningkatkan istirahat.	
	3.	S = klien dan keluarga mengatakan belum tahu tentang diet BM klien meminta perawat untuk menjelaskan kepada keluarga O = klien tampak sering bertanya. A = masalah kurang pengetahuan belum teratasi. P = Lanjutkan intervensi. berikan penjelasan tentang diet BM	
31 Mei 2016	I	S = klien mengatakan nyeri di kaki kanan, skala 5, hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk. B = mau dilakukan amputasi, klien tampak menngis kesakitan, sudah dilakukan perawatan luka, luka basah, bau, tidak ada pus. TD = 120/60 mmHg, MAP = 112, N = 66 x/m, S = 35.3°C, RR = 12 x/m. SpO₂ = 100%, operasi selesai pukul 18.00 dipindah ICU A = masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. P = Ajarkan teknik napas dalam, distraksi relaksasi, anjurkan mengurangi aktivitas yang dapat memperberat nyeri, kolaborasi pemberian obat analgesik	

2. S = klien mengatakan sudah bisa tidur, namun belum baik, masih suka terbangun malam hari karena berisik.

D = klien tampak letih,

A = masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P = anjurkan klien untuk meningkatkan istirahat.

3. S = klien mengatakan besok mau diberikan pendidikan kesehatan.

D = klien tampak antusias

A = masalah kurang pengetahuan belum teratasi

P = Beri pendidikan kesehatan tentang drif DM

1 Juni 2016

1. S = klien mengatakan nyeri berurung, nyeri di kaki kanan, seperti di tusuk-tusuk, hilang timbul, gatal3, klien mengatakan ingin menggerakkan kakinya namun terasa berat.

D = klien tampak relaks,

A = masalah nyeri akut belum teratasi

P = ajarkan teknik distraksi relaksasi, kolaborasi pemberian analgesik.

2. S = klien mengatakan sudah bisa tidur.

D = klien tampak segar, saat didatangi perawat klien sedang tidur, mata tidak sayup

A = masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi

P = -

3. S = klien dan keluarga mengerti dan memahami makanan apa yang boleh ataupun tidak boleh dimakan.

D = klien tampak kooperatif, klien dan keluarga mampu menjawab pertanyaan yang diberikan

A = masalah keperawatan kurang pengetahuan teratasi

P = -

BAB I

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetic dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat (Price dan Wilson, 2009).

Diabetes melitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai keluhan metabolic akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada berbagai organ dan system tubuh seperti mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah, dan lain-lain (Mansjoer, 2008).

Diabetes melitus adalah sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Brunner dan Suddarth, 2002).

Diabetes mellitus adalah sindrom yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara tuntutan dan suplai insulin (H. Rumahorbo, 2007).

B. Etiologi

Penyebab diabetes mellitus sampai sekarang belum diketahui dengan pasti tetapi umumnya diketahui karena kekurangan insulin adalah penyebab utama dan faktor herediter memegang peranan penting.

a. Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)

Sering terjadi pada usia sebelum 30 tahun. Biasanya juga disebut Juvenile Diabetes, yang gangguan ini ditandai dengan adanya hiperglikemia (meningkatnya kadar gula darah).

Faktor genetik dan lingkungan merupakan faktor pencetus IDDM. Oleh karena itu insiden lebih tinggi atau adanya infeksi virus (dari lingkungan) misalnya coxsackievirus B dan streptococcus sehingga pengaruh lingkungan dipercaya mempunyai peranan dalam terjadinya DM.

Virus atau mikroorganisme akan menyerang pulau – pulau langerhans pankreas, yang membuat kehilangan produksi insulin. Dapat pula akibat respon autoimmune, dimana antibody sendiri akan menyerang sel beta pankreas. Faktor herediter, juga dipercaya memainkan peran munculnya penyakit ini (Brunner & Suddart, 2002)

b. Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)

Virus dan kuman leukosit antigen tidak nampak memainkan peran terjadinya NIDDM. Faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Riset melaporkan bahwa obesitas salah satu faktor determinan terjadinya NIDDM sekitar 80% klien NIDDM adalah kegemukan. Overweight membutuhkan banyak insulin untuk metabolisme. Terjadinya hiperglikemia disaat pankreas tidak cukup menghasilkan insulin sesuai kebutuhan tubuh atau saat jumlah reseptor insulin menurun atau mengalami gangguan. Faktor resiko dapat dijumpai pada

klien dengan riwayat keluarga menderita DM adalah resiko yang besar.

Pencegahan utama NIDDM adalah mempertahankan berat badan ideal. Pencegahan sekunder berupa program penurunan berat badan, olah raga dan diet. Oleh karena DM tidak selalu dapat dicegah maka sebaiknya sudah dideteksi pada tahap awal tanda-tanda/gejala yang ditemukan adalah kegemukan, perasaan haus yang berlebihan, lapar, diuresis dan kehilangan berat badan, bayi lahir lebih dari berat badan normal, memiliki riwayat keluarga DM, usia diatas 40 tahun, bila ditemukan peningkatan gula darah (Brunner & Suddart, 2002)

C. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi Pankreas

Pankreas terletak melintang dibagian atas abdomen dibelakang gaster didalam ruang retroperitoneal. Disebelah kiri ekor pankreas mencapai hilus limpa diarah kronio – dorsal dan bagian atas kiri kaput pankreas dihubungkan dengan corpus pankreas oleh leher pankreas yaitu bagian pankreas yang lebarnya biasanya tidak lebih dari 4 cm, arteri dan vena mesentrika superior berada dileher pankreas bagian kiri bawah kaput pankreas ini disebut processus uncinatus pankreas. Pankreas terdiri dari dua jaringan utama yaitu :

- 1) Asinus, yang mengekskresikan pencernaan ke dalam duodenum.

2) Pulau Langerhans, yang tidak mempunyai alat untuk mengeluarkan getahnya namun sebaliknya mensekresi insulin dan glukagon langsung kedalam darah.

Pankreas manusia mempunyai 1 – 2 juta pulau langerhans, setiap pulau langerhans hanya berdiameter 0,3 mm dan tersusun mengelilingi pembuluh darah kapiler.

Pulau langerhans mengandung tiga jenis sel utama, yakni sel-alfa, beta dan delta. Sel beta yang mencakup kira-kira 60 % dari semua sel terletak terutama ditengah setiap pulau dan mensekresikan insulin. Granula sel B merupakan bungkusan insulin dalam sitoplasma sel. Tiap bungkusan bervariasi antara spesies satu dengan yang lain. Dalam sel B , molekul insulin membentuk polimer yang juga kompleks dengan seng.

Perbedaan dalam bentuk bungkusan ini mungkin karena perbedaan dalam ukuran polimer atau agregat seng dari insulin. Insulin disintesis di dalam retikulum endoplasma sel B, kemudian diangkut ke aparatus golgi, tempat ia dibungkus didalam granula yang diikat membran. Granula ini bergerak ke dinding sel oleh suatu proses yang tampaknya sel ini yang mengeluarkan insulin ke daerah luar dengan eksositosis. Kemudian insulin melintasi membran basalis sel B serta kapiler berdekatan dan endotel fenestrata kapiler untuk mencapai aliran darah (Ganong, 2005).

Sel alfa yang mencakup kira-kira 25 % dari seluruh sel mensekresikan glukagon. Sel delta yang merupakan 10 % dari seluruh sel mensekresikan somatostatin (Pearce, 2009)

b. Fisiologi Pankreas

Kelenjar pankreas dalam mengatur metabolisme glukosa dalam tubuh berupa hormon-hormon yang disekresikan oleh sel – sel dipulau langerhans. Hormon-hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai hormon yang merendahkan kadar glukosa darah yaitu insulin dan hormon yang dapat meningkatkan glukosa darah yaitu glukagon.

Fisiologi Insulin :

Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel dipulau langerhans menyebabkan timbulnya pengaturan secara langsung sekresi beberapa jenis hormone lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon, somatostatin menghambat sekresi glukagon dan insulin.

Insulin dilepaskan pada suatu kadar batas oleh sel-sel beta pulau langerhans. Rangsangan utama pelepasan insulin diatas kadar basal adalah peningkatan kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah puasa dalam keadaan normal adalah 80-90 mg/dl. Insulin bekerja dengan cara berkaitan dengan reseptor insulin dan setelah berikatan, insulin bekerja melalui perantara kedua untuk

menyebabkan peningkatan transportasi glukosa kedalam sel dan dapat segera digunakan untuk menghasilkan energi atau dapat disimpan didalam hati (Guyton & Hall, 2009)

D. Patofisiologi

a) DM Tipe I

Pada Diabetes tipe I terdapat ketidak mampuan pankreas menghasilkan insulin karena hancurnya sel-sel beta pulau langerhans. Dalam hal ini menimbulkan hiperglikemia puasa dan hiperglikemia post prandial.

Dengan tingginya konsentrasi glukosa dalam darah, maka akan muncul glukosuria (glukosa dalam darah) dan ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan (diuresis osmotik) sehingga pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak sehingga terjadi penurunan berat badan akan muncul gejala peningkatan selera makan (polifagia). Akibat yang lain yaitu terjadinya proses glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis tanpa hambatan sehingga efeknya berupa pemecahan lemak dan terjadi peningkatan keton

yang dapat mengganggu keseimbangan asam basa dan mengarah terjadinya ketoasidosis (Corwin, 2000)

b) DM Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor kurang dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa.

Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II (Corwin, 2000)

E. Manifestasi Klinik

a. Poliuria

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolaritas menyebabkan cairan intrasel berdifusi ke dalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal

meningkat sebagai akibat dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria).

b. Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport ke dalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.

e. Malaise atau kelemahan (Brunner & Suddart, 2002)

F. Komplikasi

Diabetes Mellitus bila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan komplikasi pada berbagai organ tubuh seperti mata, ginjal, jantung, pembuluh darah kaki, saraf, dan lain-lain (corwin, 2000)

G. Tes Diagnostik

- a. Adanya glukosa dalam urine. Dapat diperiksa dengan cara benedict (reduksi) yang tidak khas untuk glukosa, karena dapat positif pada diabetes.
- b. Diagnostik lebih pasti adalah dengan memeriksa kadar glukosa dalam darah dengan cara Hegedron Jensen (reduksi).
 - 1) Gula darah puasa tinggi < 140 mg/dl.
 - 2) Test toleransi glukosa (TTG) 2 jam pertama < 200 mg/dl.
 - 3) Osmolitas serum 300 m osm/kg.
 - 4) Urine = glukosa positif, keton positif, aseton positif atau negative (Bare & suzanne, 2008)

H. Penatalaksanaan Medik

Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai penyakit dan diperlukan kerjasama semua pihak ditingkat pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai usaha dan akan diuraikan sebagai berikut :

- a. *Perencanaan Makanan.*

Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein dan lemak yang sesuai dengan kecukupan gizi baik yaitu :

- 1) Karbohidrat sebanyak 60 – 70 %
- 2) Protein sebanyak 10 – 15 %
- 3) Lemak sebanyak 20 – 25 %

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani. Untuk kepentingan klinik praktis, penentuan jumlah kalori dipakai rumus Broca yaitu Berat Badan Ideal = $(TB-100)-10\%$, sehingga didapatkan =

- 1) Berat badan kurang = $< 90\%$ dari BB Ideal
- 2) Berat badan normal = $90-110\%$ dari BB Ideal
- 3) Berat badan lebih = $110-120\%$ dari BB Ideal
- 4) Gemuk = $> 120\%$ dari BB Ideal.

Jumlah kalori yang diperlukan dihitung dari BB Ideal dikali kelebihan kalori basal yaitu untuk laki-laki 30 kkal/kg BB, dan wanita 25 kkal/kg BB, kemudian ditambah untuk kebutuhan kalori aktivitas (10-30% untuk pekerja berat). Koreksi status gizi (gemuk dikurangi, kurus ditambah) dan kalori untuk menghadapi stress akut sesuai dengan kebutuhan.

Makanan sejumlah kalori terhitung dengan komposisi tersebut diatas dibagi dalam beberapa porsi yaitu :

- 1) Makanan pagi sebanyak 20%
- 2) Makanan siang sebanyak 30%
- 3) Makanan sore sebanyak 25%
- 4) 2-3 porsi makanan ringan sebanyak 10-15 % diantaranya.

b. Latihan Jasmani

Dianjurkan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit yang disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi penyakit penyerta.

Sebagai contoh olah raga ringan adalah berjalan kaki biasa selama 30 menit, olahraga sedang berjalan cepat selama 20 menit dan olah raga berat jogging.

a. Obat Hipoglikemik

1. Sulfonilurea

Obat golongan sulfonilurea bekerja dengan cara :

- a. Menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan.
- b. Menurunkan ambang sekresi insulin.
- c. Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa.

Obat golongan ini biasanya diberikan pada pasien dengan BB normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang beratnya sedikit lebih.

Klorpropamid kurang dianjurkan pada keadaan insufisiensi renal dan orangtua karena resiko hipoglikemia yang berkepanjangan, demikian juga gibenklamid. Glukuidon juga dipakai untuk pasien dengan gangguan fungsi hati atau ginjal.

2. Biguanid

Preparat yang ada dan aman dipakai yaitu metformin.

Sebagai obat tunggal dianjurkan pada pasien gemuk (imt 30) untuk pasien yang berat lebih (imt 27-30) dapat juga dikombinasikan dengan golongan sulfonilurea

3. Insulin

Indikasi pengobatan dengan insulin adalah :

- a) Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk kedalam ketoasidosis.
- b) DM dengan kehamilan/ DM gestasional yang tidak terkendali dengan diet (perencanaan makanan).
- c) DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosif maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah pasien. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak

tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin.

- d) Penyuluhan untuk merencanakan pengelolaan sangat penting untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Edukator bagi pasien diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologik kualifas hidup yang lebih baik. Edukasi merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan diabetes (Bare & Suzanne, 2002)

B. KONSEP KEPERAWATAN

1. Pengkajian (Doengoes, 2001)

a. Aktivitas / istirahat.

Tanda :

- a) Lemah, letih, susah, bergerak / susah berjalan, kram otot, tonus otot menurun.
- b) Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/daya aktivitas.
- c) Letargi / disorientasi, koma.

b. Sirkulasi

Tanda :

- a) Adanya riwayat hipertensi : infark miokard akut, kesemutan pada ekstremitas dan tachicardia.
- b) Perubahan tekanan darah postural : hipertensi, nadi yang menurun / tidak ada.
- c) Disritmia, krekel : DVJ

c. Neurosensori

Gejala :

Pusing / pening, gangguan penglihatan, disorientasi : mengantuk, lifargi, stuport / koma (tahap lanjut). Sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan, gangguan memori (baru, masa lalu) : kacau mental, refleks fendo dalam (RTD) menurun (koma), aktifitas kejang.

d. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Abdomen yang tegang / nyeri (sedang berat), wajah meringis dengan palpitasi : tampak sangat berhati – hati.

e. Keamanan

Gejala :

- 1) Kulit kering, gatal : ulkus kulit, demam diaporesis.
- 2) Menurunnya kekuatan immune / rentang gerak, parastesia / paralysis otot termasuk otot – otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam).

- 3) Urine encer, pucat, kuning, poliuria (dapat berkembang menjadi oliguria / anuria jika terjadi hipotolemia berat).
- 4) Abdomen keras, bising usus lemah dan menurun : hiperaktif (diare).

f. Pemeriksaan Diagnostik

Gejala :

- 1) Glukosa darah : meningkat 100 – 200 mg/dl atau lebih.
- 2) Aseton plasma : positif secara menyolok.
- 3) Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat.
- 4) Osmolaritas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 m osm/l.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Defisit volume cairan berhubungan dengan hiperglikemia, diare, muntah, poliuria, evaporasi.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral : anoreksia, abdominal pain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka.
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/ gangguan sirkulasi.
- e. Resiko gangguan persepsi sensoris : penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa/insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.
- f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi, perubahan kimia darah, insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi, infeksi, hipermetabolik.
- g. Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).
- h. Penurunan rawat diri berhubungan dengan kelemahan.
- i. Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi
(Doengoes, 2001)

4. Perencanaan / Intervensi

a. NDX : Defisit volume cairan berhubungan dengan hiperglikemia, diare, muntah, poliuria, evaporasi

Tujuan :

Klien akan mendemonstrasikan hidrasi adekuat, dengan kriteria :

- 1) Nadi perifer dapat teraba, turgor kulit baik.
- 2) Vital sign dalam batas normal, haluaran urine lancer.
- 3) Kadar elektrolit dalam batas normal

Intervensi :

Intervensi	Rasional
1. Kaji pengeluaran urine	1. Membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total, tanda dan gejala mungkin sudah ada pada beberapa waktu sebelumnya, adanya proses infeksi mengakibatkan demam dan keadaan hipermetabolik yang meningkatkan kehilangan cairan
2. Pantau tanda-tanda vital	2. Perubahan tanda-tanda vital dapat diakibatkan oleh rasa nyeri dan merupakan indikator untuk menilai keadaan perkembangan penyakit.

3. Monitor pola napas	3. Paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan menghasilkan alkalosis respiratorik, ketoasidosis pernapasan yang berbau aseton berhubungan dengan pemecahan asam aseton dan asetat
4. Observasi frekuensi dan kualitas pernapasan	4. Koreksi hiperglikemia dan asidosis akan mempengaruhi pola dan frekuensi pernapasan. Pernapasan dangkal, cepat, dan sianosis merupakan indikasi dari kelelahan pernapasan, hilangnya kemampuan untuk melakukan kompensasi pada asidosis.
5. Timbang berat badan	5. Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti fungsi ginjal dan keefektifan dari terapi yang diberikan. 6. Tipe dan jenis cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon

6. Pemberian cairan sesuai dengan indikasi	
--	--

- b. NDX: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral: anoreksia, abdominal pain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka.

Tujuan :

Klien akan mengkonsumsi secara tepat jumlah kebutuhan kalori atau nutrisi yang di programkan dengan kriteria :

- 1) Peningkatan berat badan.
- 2) Pemeriksaan albumin dan globulin dalam batas normal.
- 3) Turgor kulit baik, mengkonsumsi makanan sesuai program.

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Timbang berat badan.	1. Penurunan berat badan menunjukkan tidak ada kuatnya nutrisi klien.
2. Auskultasi bowel sound.	2. Hiperglikemia dan

3. Berikan makanan lunak / cair.	ketidakseimbangan cairan dan elektrolit menyebabkan penurunan motilifas usus. Apabila penurunan motilitas usus berlangsung lama sebagai akibat neuropati syaraf otonom yang berhubungan dengan sistem pencernaan. 3. Pemberian makanan oral dan lunak berfungsi untuk meresforasi fungsi usus dan diberikan pada klien dgn tingkat kesadaran baik.
4. Observasi tanda hipoglikemia misalnya : penurunan tingkat kesadaran, permukaan teraba dingin, denyut nadi cepat, lapar, kecemasan dan nyeri kepala. 5. Berikan Insulin.	4. Metabolisme KH akan menurunkan kadarglukosa dan bila saat itu diberikan insulin akan menyebabkan hipoglikemia. 5. Akan mempercepat pengangkutan glukosa

	kedalam sel.
--	--------------

c. NDX : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.

Tujuan : Klien akan mempertahankan integritas kulit tetap utuh dan terhindar

dari infeksi dengan kriteria :

- 1) Tidak ada tanda – tanda infeksi.
- 2) Tidak ada luka.
- 3) Tidak ditemukan adanya perubahan warna kulit.

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Observasi tanda – tanda infeksi	1. Kemerahan, edema, luka drainase, cairan dari luka menunjukkan adanya infeksi.
2. Ajarkan klien untuk mencuci tangan dengan baik, untuk mempertahankan kebersihan tangan pada saat melakukan prosedur.	2. Mencegah cross contamination.
3. Pertahankan kebersihan kulit.	3. Gangguan sirkulasi perifer dapat terjadi bila menempatkan pasien pada kondisi resiko iritasi kulit.
4. Dorong klien mengkonsumsi diet secara adekuat dan intake cairan 3000 ml/hari.	4. Peningkatan pengeluaran urine akan mencegah statis dan mempertahankan PH urine yang

	dapat mencegah terjadinya perkembangan bakteri.
5. Antibiotik bila ada indikasi	5. Mencegah terjadinya perkembangan bakteri.

- d. NDX : Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/
gangguan sirkulasi

Tujuan :

Klien akan menunjukkan tidak adanya tanda “infeksi, dengan kriteria :

- Luka sembuh
- Tidak ada edema sekitar luka.
- Tidak terdapat pus, luka cepat mengering.

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji keadaan kulit yang rusak	1. Mengetahui keadaan peradangan untuk membantu dalam menanggulangi atau dapat dilakukan pencegahan.
2. Bersihkan luka dengan teknik septic dan antiseptic	2. Mencegah terjadinya infeksi sekunder pada anggota tubuh yang lain.
3. Kompres luka dengan larutan Nacl	3. Selain untuk membersihkan luka

	dan juga untuk mempercepat pertumbuhan jaringan
4. Anjurkan pada klien agar menjaga predisposisi terjadinya lesi.	4. Kelembaban dan kulit kotor sebagai predisposisi terjadinya lesi.
5. Pemberian obat antibiotic.	5. Antibiotik untuk membunuh kuman.

- e. NDX : Resiko gangguan persepsi sensoris : penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbangan glukosa/insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.

Tujuan :

Klien akan mempertahankan fungsi penglihatan

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji derajat dan tipe kerusakan	1. Mengidentifikasi derajat kerusakan penglihatan
2. Latih klien untuk membaca.	2. Mempertahankan aktivitas visual klien.
3. Orientasi klien dengan lingkungan.	3. Mengurangi cedera akibat disorientasi
4. Gunakan alat bantu penglihatan.	4. Melatih aktifitas visual secara bertahap.
5. Panggil klien dengan nama,	

orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya tempat, orang dan waktu.	5. Menurunkan kebingungan dan membantu untuk mempertahankan kontak dengan realita.
6. Pelihara aktifitas rutin.	6. Membantu memelihara panen tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya.
7. Lindungi klien dari cedera.	7. Pasien mengalami disorientasi merupakan awal kemungkinan timbulnya cedera, terutama macam hari dan perlu pencegahan sesuai indikasi.

- f. NDX : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi, perubahan kimia darah, insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi, infeksi, hipermetabolik

Tujuan :

Klien akan menunjukkan perbaikan kemampuan aktivitas dengan kriteria :

- mengungkapkan peningkatan energi
- mampu melakukan aktivitas rutin biasanya
- menunjukkan aktivitas yang adekuat

d. melaporkan aktivitas yang dapat dilakukan

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Diskusikan dengan klien kebutuhan akan aktivitas	1. Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah
2. Berikan aktivitas alternative	2. Mencegah kelelahan yang berlebihan
3. Pantau tanda tanda vital	3. Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis
4. Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat dan sebagainya	4. Pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi pada setiap kegiatan
5. Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang dapat ditoleransi	5. Meningkatkan kepercayaan diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien

- g. NDX: Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).

Tujuan :

Klien akan menunjukkan nyeri berkurang / teratasi dengan kriteria :

- a. Klien tidak mengeluh nyeri
- b. Ekspresi wajah ceria

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji tingkat nyeri	1. Nyeri disebabkan oleh penurunan perfusi jaringan atau karena peningkatan asam laktat sebagai akibat deficit insulin
2. Observasi tanda-tanda vital	2. Pasien dengan nyeri biasanya akan dimanifestasikan dengan peningkatan vital sign terutama perubahan denyut nadi dan pernafasan
3. Ajarkan klien teknik relaksasi	3. Nafas dalam dapat meningkatkan oksigenasi jaringan
4. Ajarkan klien teknik Gate Control	4. Memblokir rangsangan nyeri pada serabut saraf
5. Pemberian analgetik	5. Analgetik bekerja langsung pada

	reseptor nyeri dan memblokir rangsangan nyeri sehingga respon nyeri dapat diminimalkan
--	--

h. NDX. Penurunan rawat diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan :

Klien akan mendemonstrasikan penurunan rawat diri, dengan kriteria :

- a. Kuku pendek dan bersih
- b. Kebutuhan dapat dioenuhi secara bertahap
- c. Mandi sendiri tanpa bantuan

Intervensi :

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kemampuan klien dalam pemenuhan rawat diri	1. Mengidentifikasi tingkat toleransi aktivitas klien
2. Berikan aktivitas secara bertahap	2. Melatih tingkat kemampuan rawat diri secara bertahap
3. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari	3. Meningkatkan rasa nyaman klien dan memperbaiki sirkulasi ke perifer
4. Bantu klien (memotong kuku)	4. Kuku panjang dapat digunakan untuk menggaruk

- i. NDx.: Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

Tujuan :

Klien akan melaporkan pemahaman tentang penyakitnya dengan kriteria :

Mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya

Intervensi :

Intervensi	Rasional
1. Pilih berbagai strategi belajar	1. Penggunaan cara yang berbeda tentang mengakses informasi, meningkatkan penerapan pada individu yang belajar
2. Diskusikan tentang rencana diet	2. Kesadaran tentang pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan/mentaati program, serat dapat memperlambat absorpsi glukosa yang akan menurunkan fluktuasi kadar gula dalam darah
3. Diskusikan tentang faktor-faktor yang memegang	3. Diskusikan faktor-faktor yang memegang peranan dalam kontrol DM yang dapat menurunkan

peranan dalam kontrol DM	berulangnya kejadian ketoasidosis.
--------------------------	------------------------------------

5. Implementasi

Merupakan tahap dimana rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan.

6. Evaluasi

Merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien diabetes mellitus dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bare & Suzanne, 2008, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Volume 2, (Edisi 8), EGC, Jakarta
- Carpenito, 2009, *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan*, (Edisi 2), EGC, Jakarta
- Corwin, J. Elizabeth, 2007, *Patofisiologi*, EGC, Jakarta
- Doenges, E. Marilyn dan MF. Moorhouse, 2009, *Rencana Asuhan Keperawatan*, (Edisi III), EGC, Jakarta.

FKUI, 2009, *Patologi*, FKUI, Jakarta

Ganong, 2007, *Fisiologi Kedokteran*, EGC, Jakarta

Gibson, John, 2003, *Anatomi dan Fisiologi Modern untuk Perawat*, EGC, Jakarta

Guyton dan Hall, 2007, *Fisiologi Kedokteran*, (Edisi 9), EGC, Jakarta

Hinchliff, 2009, *Kamus Keperawatan*, EGC, Jakarta

Price, S. A dan Wilson, L. M, 2005, *Patofisiologi*, EGC, Jakarta

Sherwood, 2007, *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem*, (edisi 21), EGC, Jakarta

Sobotta, 2003, *Atlas Anatomi*, (Edisi 21), EGC, Jakarta



LAPORAN PENDAHULUAN
DIABETES MELLITUS



DISUSUN OLEH :
ALIFATUN KHASANAH
A01301717

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016



SATUAN ACARA PENYULUHAN



DISUSUN OLEH :

Alifatun Khasanah

A01301717

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2016

SAP
(Satuan Acara Penyuluhan)
Diabetes Mellitus

Pokok bahasan : Diit
Sub pokok bahasan : Diit pada klien DM
Waktu : 15 menit
Tanggal : 1 Juni 2016
Tempat : Ruang Barokah Km 12.C/ RS PKU
Muhammadiyah Gombong

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit diharapkan klien dan keluarga mampu memahami diit yang harus dilakukan oleh klien dan keluarga.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberi penyuluhan selama 15 menit diharapkan klien dan keluarga dapat :

- a. Menyebutkan pengertian diabetes mellitus
- b. Menyebutkan penyebab diabetes mellitus
- c. Menyebutkan tanda dan gejala diabetes mellitus
- d. Menyebutkan diit yang penting bagi penderita diabetes mellitus
- e. Menyebutkan penatalaksanaan diabetes mellitus
- f. Menyebutkan pencegahan diabetes mellitus

C. Materi Penyuluhan

- a. Pengertian diabetes mellitus
- b. Tanda dan gejala diabetes mellitus
- c. Diit penderita diabetes mellitus

d. Penatalaksanaan diabetes mellitus

e. Pencegahan diabetes mellitus

D. Kegiatan Pembelajaran

a. Metode: ceramah dan diskusi

b. Langkah-langkah kegiatan :

1. Kegiatan pra pembelajaran

a) Mempersiapkan materi, media dan tempat

b) Kontrak waktu

2. Kegiatan membuka pembelajaran

a) Memberi salam

b) Perkenalan

c) Menyampaikan pokok bahasan

d) Menjelaskan tujuan

e) Apersepsi

3. Kegiatan Inti

a) Penyuluhan menyampaikan materi

b) Sasaran menyimak materi

c) Sasaran mengajukan pertanyaan

d) Penyuluh menjawab pertanyaan

4. Penutup

a) Melakukan post test atau memberi pertanyaan lisan

b) Menyimpulkan materi

c) Memberi salam

E. Media dan Sumber

Media : Leaflet dan Lembar balik

F. Setting Tempat

Keterangan :



: Klien



: Perawat

G. Evaluasi

Prosedur : Post test

Jenis test : pertanyaan secara lisan

Butir-butir pertanyaan :

1. Sebutkan pengertian diabetes mellitus
2. Sebutkan tanda dan gejala diabetes mellitus
3. Sebutkan diet penderita diabetes mellitus
4. Sebutkan penatalaksanaan diabetes mellitus
5. Sebutkan pencegahan diabetes mellitus
6. Sebutkan penyebab diabetes mellitus

DIABETES MELLITUS



DISUSUN OLEH:
ALIFATUN KHASANAH
A01301717

DIII KEPERAWATAN

STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

2016

APA ITU DIABETES ??

Suatu keadaan tingginya kadar gula darah karena tubuh tidak memakai insulin sebagaimana mestinya.

PENYEBAB ?

- Keturunan
- Fungsi sel berkurang
- Perubahan karena lanjut usia
- Kurang aktivitas fisik
- Berat badan berlebih
- Makanan yang berlemak dan kurang serat

TANDA DAN GEJALA DIABETES

- Berat badan turun
- Infeksi jamur dan bakteri pada kulit
- Gangguan persyarafan: kesemutan, kelemahan otot
- Nafsu makan meningkat
- Kram
- Gatal-gatal

PERAWATAN DIABETES MELLITUS

- Perencanaan makanan yang tepat meliputi: jumlah, jadwal makan, jenis makanan yang dimakan, komposisi gizi.
- Olah raga teratur



- Minum obat dengan teratur sesuai petunjuk dokter
- Sering mengikuti penyuluhan tentang diabetes mellitus
- Melakukan upaya pencegahan seperti: perawatan kaki dan kuku, perawatan sepatu dan kaos kaki
- Perawatan gigi dan mulut

KAPAN DIKATAKAN TERKENA DIABETES ?

- Keluhan dari gejala khas ditemukan,

- kadar gula darah 2 jam PP lebih dari 180 mg/dl,
- kadar gula darah puasa lebih dari 120 mg/dl.

ASUPAN DIIT BAGI PENDERITA DIABETES MELLITUS

- Hindari biscuit, cake, produk lain sebagai cemilan
- Minum air dalam jumlah banyak pada waktu makan
- Makan dengan waktu yang teratur
- Hindari makanan manis dan gorengan
- Tingkatkan asupan cairan

- Minum air putih atau minuman bebas gula saat haus
- Makanlah daging, telur, kacang-kacangan dalam porsi kecil.

SEMOGA BERMANFAAT



DIABETES MELLITUS

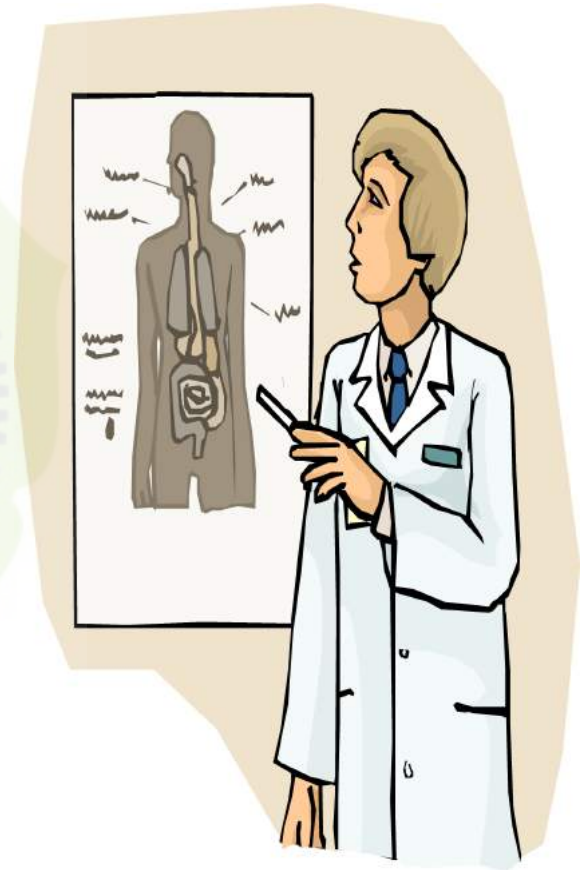


ALIFATUN KHASANAH
A01301717

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
2016

Apa itu Diabetes Melitus (DM)..??

- Suatu keadaan tingginya kadar gula darah karena tubuh tidak memakai insulin sebagaimana mestinya.



APA PENYEBABNYA...??

- Keturunan
- Fungsi sel pankreas berkurang
- Perubahan karena lanjut usia
- Aktifitas fisik yang kurang
- Berat Badan yang berlebih
- Faktor Makanan

Sering mengonsumsi makanan yang berlemak dan kurang serat.



APA TANDA DAN GEJALA PENYAKIT Diabetes Melitus pada lansia :

- Berat badan turun
- Infeksi jamur dan bakteri pada kulit
- Gangguan persyarafan : kesemutan, kelemahan otot, impoten
- Nafsu makan meningkat



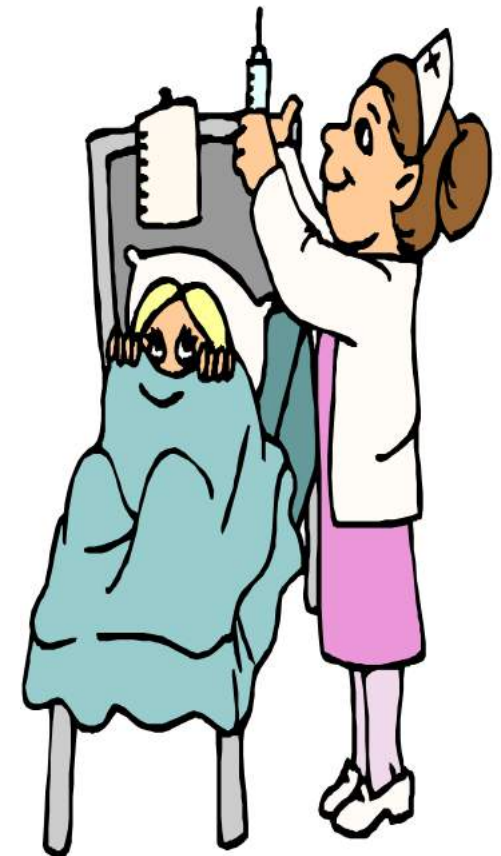
Gejala lanjut:



- Gatal-gatal
- Kesemutan
- Kulit terasa panas
- Mata kabur
- Kram
- Mudah mengantuk
- Kemampuan seksual menurun

KAPAN SESEORANG DIKATAKAN MENDERITA PENYAKIT DIABETES MELITUS ??

- Keluhan dari gejala khas ditemukan
- Kadar gula darah 2 jam PP lebih dari 180 mg/dl
- Kadar gula darah puasa lebih dari 120 mg/dl



BAGAIMANA PERAWATANNYA?

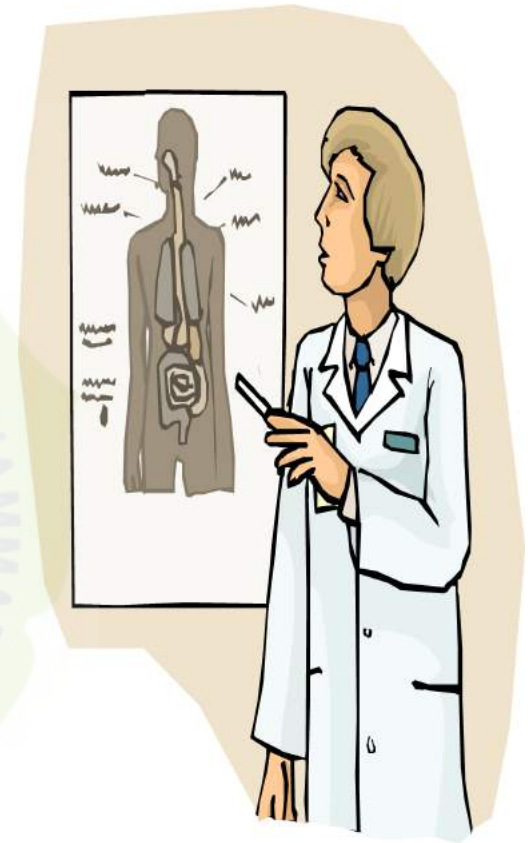
1. Perencanaan makan yang tepat, mencakup :

- Jumlah
- Jadwal makan
- Jenis makanan yang dimakan
- Komposisi gizinya

2. Olahraga yang teratur



3. Makan obat-obatan dengan teratur sesuai dengan petunjuk dokter
4. Sering mengikuti penyuluhan-penyuluhan tentang diabetes melitus
5. Melakukan upaya pencegahan, seperti
 - Perawatan kaki dan kuku
 - Perawatan sepatu dan kaus kaki
 - Perawatan gigi dan mulut



ASUPAN DIET BAGI PENDERITA DIABETES

- Hindari biskuit, cake, produk lain sebagai cemilan
- Minum air dalam jumlah banyak pada waktu makan
- Makan dengan waktu yang teratur
- Hindari makanan manis dan gorengan
- Tingkatkan asupan sayuran
- Minum air putih atau minuman bebas gula setiap kali haus
- Makanlah daging, telur, dan kacang-kacangan dalam porsi kecil

TERIMA KASIH.....!!

SEMOGA BERMANFAAT

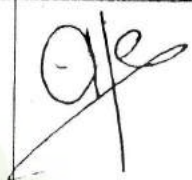
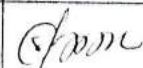
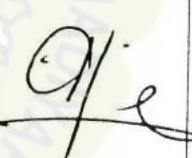
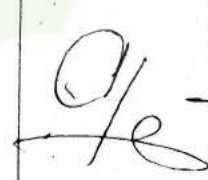
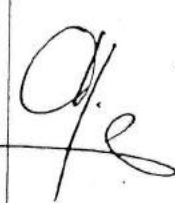
1.



LEMBAR BIMBINGAN KTI

NAMA : Alifatun Khasanah

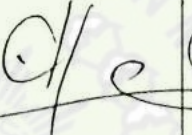
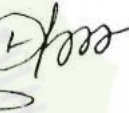
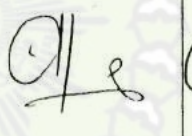
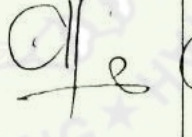
NIM : A01301717

NO	Hari/Tanggal	BAB	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1		I	Latar Belakang		
2	Selasa, 19 Juli 2016	II, III	tambahkan Tinde kep fg & Ung & LB Lanjutkan Bab pembah- hasan Perbaiki penulisan		
3	Jum'at, 21 Juli 2016	IV, V	penjelasan tentang induksi perbaiki pembahasan		
4	Senin, 25 Juli 2016		lanjutkan ke kesimp & Saran serta abstrak		

LEMBAR BIMBINGAN KTI

NAMA : Alifatun Khasanah

NIM : A01301717

NO	Hari/Tanggal	BAB	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
5	Selasa. 26 Juni 2016	V	penutup: Kesim pulan dan Saran		
6	Rabu. 27 Juni 2016		Abstrak Acc		
7	Selasa. 2 Agustus 2016		Konsu ppt		
8	Rabu. 3 Agustus 2016		Acc ppt		
9	Kamis. 4 Agustus 2016		Perbaiki inovasi		
10	Senin. 15 Agustus 2016		Acc KTI		