ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II DI RUANG MERPATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KALISAT

ARTIKEL

Oleh:

LAELA AYU RAMADANI

NIM : 1401021040

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER

2017

ABSTRAK

Laela Ayu Ramadani, 2017, Asuhan Keperawatan pada "Tn.M" dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Merpati Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember

Dosen Pemimbing : Ns.Cahya Tri Bagus H, S.Kep., M.Kes

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Kasus Diabetes Mellitus Tipe II

Indonesia merupakan negara urutan ke 4 terbanyak jumlah penderita diabetes melitusnya Menurut WHO (*World Health Organization*) setelah AS, India,dan cina (PERKENI, 2014). Menurut estimasi *International Diabetes Federation* (IDF), terdapat 81 juta orang dengan DM di negara kawasan Asia Tenggara. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat dari 7,0% pada kelompok usia 20-79 tahun di tahun 2010 menjadi 8,4% pada tahun 2030 (WHO, 2014). Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2013, Diabetes Melitus merupakan penyakit tidak menular yang termasuk dalam 10 penyakit pasien rawat inap terbanyak kedua di jawa timur setelah hipertensi (Dinkes, 2014).

Kasus diabetes dilaporkan meningkat secara global dan menjadi perhatian di Negara Asia. Perkiraan secara global 366 juta individu yang terkena diabetes mellitus (Betteng, Pangemanan, & Mayulu, 2014). Penyakit tidak menular terus berlangsung dan menjadi masalah besar kesehatan masyarakat di dunia. Permasalahan yang kompleks bagi penderita DM memerlukan suatu tindakan yang tepat agar kualitas hidup penderita DM dapat meningkat atau mengurangi dampak negatif dari DM.

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Daerah Kalisat pada Tn. M yang berumur 52 tahun. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 14 Februari 2017 dan dilakukan selama 3 hari dan ditemukan data atau keluhan pada pasien yaitu luka yang tak

kunjung sembuh pada ibu jari kaki kanan, mual, nafsu makan menurun, dan nyeri pada luka dengan skala 5, dan bertambah apabila digunakan beraktifitas. Pasien juga sudah menderita diabetes mellitus selama 5 tahun. Pada pemeriksaan fisik ditemukan terdapat luka pada ibu jari kaki kanan dengan diameter ± 4cm, tidak ada pus, tidak terdapat nekrosis jaringan, kondisi luka basah, luka terlihat kemerahan namun kulit disekitarnya terlihat pucat dan mengelupas, serta terjadi pembengkakan, dan terdapat nyeri tekan pada luka, wajah menyeringai (skala 5), gula darah sewaktu 396 mg/dl, Lekosit : 15.910 (N : 4000-11.000 Cmm), Hematokrit : 32% (N : L 0,40-0,47 P 0,38-0,42), intake makan inadekuat, makanan dihabiskan ¾ porsi. Melihat data yang diperoleh, maka dapat diambil masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cidera biologis (infeksi), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan, resiko infeksi b.d penyakit kronis (diabetes mellitus). Setelah itu perawat menyusun perencanaan tindakan sesuai dengan masalah keperawatan seperti melakukan observasi nyeri, mengobservasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, memantau tanda-tanda vital, mengajarkan penggunaan teknik distraksi relaksasi, Lakukan perawatan luka, memberikan pendidikan kesehatan tentang penyebaran infeksi, Mengobservasi riwayat mual muntah, mengawasi masukan dan kebutuhan klien tiap hari, Kolaborasi pemberian analgetik, Kolaborasi pemberian antibiotik, Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit klien. Setelah perencanaan berhasil disusun, maka perawat melakukan tindakan sesuai perencanaan keperawatan yang bisa lakukan, Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari sampai pasiennya KRS. Perawat setiap hari melakukan evaluasi dengan bertujuan mampu menilai keberhasilan tindakan dan menyusun perencanaan tindakan keperawatan berikutnya. Pasien di pulang pada tanggal 16 februari 2017.

Saran yang diberikan kepada mahasiswa perawat atau perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pasien, termasuk dalam melakukan komunikasi terapeutik kepada klien dan melakukan proses keperawatan dengan tepat, khususnya pada pasien DHF dan mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP).

A. PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus atau disebut sebagai penyakit gangguan metabolik yang menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah, akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah (hiperglikemi). Hal ini yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Infodatin, 2014).

Berdasarkan Laporan Tahunan pada tahun 2012, kasus penyakit terbanyak pasien rawat jalan di rumah sakit umum pemerintah dengan tipe B yang berjumlah 24 rumah sakit, kasus terbanyak masih tergolong penyakit degeneratif yakni Hipertensi (112.583 kasus) dan Diabetes Mellitus (102.399 kasus). Seperti halnya pada rumah sakit tipe B, dua besar penyakit terbanyak pasien rawat jalan pada rumah sakit tipe C adalah Hipertensi (42.212 kasus) dan Diabetes Mellitus (35.028 kasus) (Dinkes, 2014). Di Kabupaten Jember sendiri angka penderita DM memang belum ada data pasti namun dilaporkan, dari data yang dihimpun oleh RSD kalisat, ternyata jumlah penderita penyakit degeneratif atau penyakit non-infeksi, yang ditangani Instalasi Rawat Inap khususnya ruang merpati dalam 1 tahun terakhir sebanyak 67 orang. Sedangkan berdasarkan analisa data yang didapatkan peneliti pada tahun 2016, bahwa jumlah penderita DM dalam satu bulan terakhir yaitu pada bulan Januari sejumlah 10 orang dan pada bulan februari menurun menjadi 7 orang (RSD Kalisat, 2016).

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan pada TN.M dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Ruang Merpati di RSD Kalisat"

B. METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu cara untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam membuat suatu penelitian.

1. Pendekatan proses keperawatan Penelitian ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang tediri dari pengkajian, analisis data, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
2. Tempat dan waktu pelaksanaan pengambilan kasus

   Penelitian ini dilakukan di Ruang Merpati RSD Kalisat kabupaten Jember karena Rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit daerah milik pemerintah sehingga menjadi tempat rujukan dari beberapa puskesmas di wilayah Jember bagian timur. Selain itu, berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, angka kejadian DM cukup banyak khususnya diruang Merpati yaitu sebanyak 10 orang pada bulan terakhir. Waktu untuk penelitian dilaksanakan pada bulan Februari selama 3 hari.
3. Tekhnik pengambilan data

   Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan cara pemecahan masalah. Sedangkan teknik pengumpulan data yang di lakukan dengan :

   a. Wawancara

      Wawancara dilakukan dengan percakapan langsung dengan klien, keluarga dan perawat ruangan.

   b. Observasi

      Pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung dan sistematis.

   c. Studi Dokumentasi

      Pengumpulan data didapat dari pemeriksaan diagnostik, laboratorium, dan catatan kesehatan lainnya.

   d. Pemeriksaan Fisik

      Pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai kaki (head to toe) dengan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Pengkajian.

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian juga menentukan tahap berikutnya dalam mengidentifikasi masalah keperawatan (Rohmah & Walid, 2014). Pengkajian yang di lakukan pada kasus asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diabetes melitus di Rumah Sakit Daerah Kalisat sudah di lakukan pada tanggal 14 Februari 2017, pada hari ke 2 klien masuk rumah sakit (MRS). Dari hasil pengkajian di dapatkan data, salah satunya yaitu usia klien 52 th. Secara teoritis etiologi dari diabetes mellitus terutama DM tipe II memiliki beberapa faktor resiko yaitu usiaseseorang >45 tahun memiliki peningkatan resiko terhadap terjadinya DM dan intoleransi glukosa yang disebabkan oleh faktor degenerative yaitu menurunnya fungsi tubuh khususnya kemampuan dari sel beta dalam memproduksi insulin (Betteng, Pangemanan, & Mayulu, 2014). Setelah penulis melakukan pengkajian pada Tn. M ditemukan adanya kesesuaian dengan teori yaitu klasifikasi DM Tn. M termasuk ke dalam DM tipe II, dimana pada faktorusia diatas 45 th. Peneliti berpendapat bahwa usia memegang peranan penting karena pada umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara drastis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 th. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pancreas khususnya kemampuan dari sel beta dalam memproduksi insulin.

Menurut (Damayanti, 2015) Manifestasi klinis khas yang dapat muncul pada seluruh tipe diabetes meliputi trias poli yaitu poliuria, polidipsi dan poliphagi serta gejala-gejala lain yaitu kelemahan, kelelahan, perubahan penglihatan yang mendadak, perasaan gatal atau kekebasan pada tangan atau kaki, kulit kering, adanya lesi luka yang penyembuhannya lambat dan infeksi berulang. Pada Tn. M terdapat beberapa kesesuaian teori yaitu kesemutan pada tangan dan kaki.Sedangkan gejala yang muncul saat ini adalah adanya luka pada ibu jari kaki kanan dan penurunan berat badan.Hal ini sesuai dengan teori

yang disampaikan di buku (Damayanti, 2015) bahwa salah satu komplikasi dari DM adalah luka gangrene. Gangrene umumnya terjadi pada ekstremitas bawah sebagai organ terjauh dari jantung yang menerima suplai oksigen paling sedikit.

Keluhan utama Tn. M saat pengkajian yaitu nyeri pada luka di ibu jari kaki kanan.Pada pengkajian Tn. M sebelum di bawa kerumah sakit, Tn. M mengatakan± 15 hari yang lalu klien jatuh, sehingga ibu jari kaki kanan terasa panas dingin dan cenat-cenut seperti ditusuk-tusuk jarum kemudian terjadi luka dengan sendirinya, karena luka tersebut tidak kunjung sembuh, klien kemudian dibawa ke RSD Kalisat. Sebelumnya klien tidak pernah mengalami sakit seperti sekarang, keluarganyapun tidak ada yang mengalami penyakit seperti klien.Dalam buku yang disampaikan oleh (Damayanti, 2015) terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta yang terjadi pada Tn. M yaitu adanya rasa nyeri yang hebat pada kaki saat beraktivitas maupun istirahat. Hal ini merupakan salah satu tanda lazim terjadi pada saat penyembuhan luka yaitu inflamasi/peradangan. Penyembuhan luka pada pasien dengan DM bisa berangsur lama apabila kadar glukosa darah meningkat sehingga jika terjadi luka maka bakteri akan berkembang biak pada daerah luka tersebut jadi dapat memperlambat penyembuhan lukanya.

Data lain yang ditemukan pada klien yaitu lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya penyakit lebih mengarah pada sistem budaya klien, Dimana jika klien sakit, klien dan keluarga kurang tanggap terhadap penyakitnya, kurang memperhatikan, menunggu parah terlebih dahulu baru dibawa ke fasilitas kesehatan. Hal ini sesuai dengan tingkat pendidikan klien yang rendah yaitu SD sehingga informasi tentang kesehatan tidak dipahami dengan baik oleh klien dan juga keluarganya. Karena semakin rendah tingkat pendidikan klien maka semakin rendah pula tingkat pengetahuan klien khususnya tentang penyakit dan penanganan penyakit yang klien derita.

Data lain yang menunjang diagnosis keperawatan yaitu pada nutrisi dan metabolisme. Data yang didapatkan dari klien yaitu secara

antropometri BB saat ini 53kg. BB sebelum sakit 55kg, BB ideal 56kg, penurunan BB 3,6% dari BB sebelum sakit, Hb 11,3 g/dL, porsi makan habis ¾ porsi,intake lebih sedikit dari kebutuhan, klien juga mendapatkan diit rendah karbohidrat dan tinggi kalori dan protein. Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang melakukan wawancara untuk mendapatkan proporsi diabetes mellitus pada usia 15th ke atas.Bahwa salah satu gejala dan sering dialami penderita DM adalah penurunan berat badan, dan penurunan nafsu makan saat DM tersebut sudah kronis sedangkan pada fase akut ditemukan gejala polifagi (banyak makan). Syarat kebutuhan kalori untuk penderita DM harus sesuai untuk mencapai kadar glukosa dan mempertahankan BB normal. Komposisi energi adalah 60-70% dari karbohidrat, 10-15% dari protein, 20-25% dari lemak.Menurut (Damayanti, 2015) Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pada pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis makanan yang harus dihindari dan jumlah makanan sesuai kebutuhan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

Penatalaksanaan medis yang tepat terdapat pada teori adalah pengaturan diet, latihan/olahraga, monitoring kadar gula darah, pendidikan kesehatan, dan terapi farmakologi. Sedangkan pada Tn. M terdapat kesesuaian yaitu mendapatkan obat (injeksi insulin novorapid dan lavemir, infuse metronidazole, injeksi cebactam untuk mengurangi infeksi, obat-obatan sesuai symptom yaitu analgesic dan antiemetic) dan diit rendah karbohidrat, tinggi kalori dan protein. Penatalaksanaan medis yang tidak dilakukan pada kasus namun ada pada teori yaitu latihan olahraga, hal ini tidak dilakukan karena tidak terfasilitasinya prasarana lokasi untuk melakukan ruang gerak yang cukup luas dan selain itu kondisi klien juga belum mampu untuk beraktifitas berat.

Hasil pemeriksaan diagnostic klien ditemukan gula darah sewaktu yaitu 396 mg/dL dan kondisi tersebut disebut hiperglikemia.Hiperglikemi merupakan peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah. Seperti menurut kriteria diagnostik WHO pada sedikitnya 2 x pemeriksaan :Glukosa plasma sewaktu/random > 200 mg/cll (11,1mmol/L), Glukosa plasma puasa/nuchter > 140 mg/dl (7,8 mmol/L), Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial) > 200 mg/dl.Jika dalam 2 kali pemeriksaan lebih dari rentang yang disebutkan diatas maka bisa disebut sebagai hiperglikemi. Hiperglikemi ini terjadi karena asupan glukosa yang seharusnya menjadi bahan energi untuk masuk ke dalam tubuh dengan bantuan insulin tidak bisa berlangsung dengan baik sehingga glukosa menumpuk di dalam darah. Peneliti berpendapat bahwa kadar glukosa yang tinggi pada Tn. M karena terjadinya resistensi insulin dalam tubuh sehingga mengakibatkan pengurangan penggunaan glukosa oleh sel tubuh dan akhirnya konsentrasi glukosa dalam darah pun ikut meningkat.

2. Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2014).

Diagnosa keperawatan menurut NANDA NIC-NOC dikutip dalam (N.A.H, 2016), diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada kasus diabetes melitus yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani. Resiko syok. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene). Resiko infeksi. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah ke

perifer, proses penyakit (DM). Resiko ketidakseimbangan elektrolit. Keletihan.

Pada kasus peneliti menemukan tiga diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas yaitu nyeri yang berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi) ditandai dengan adanya luka di ibu jari kaki kanan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan ditandai dengan penurunan nafsu makan, Resiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (Diabetes Melitus).

Sedangkan diagnosis keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu Resiko syok tetapi penulis tidak memunculkan diagnosis keperawatan tersebut karena tidak ditemukan data-data yang menunjang seperti kulit tampak pucat, keluar keringat berlebih, nyeri dada pusing ataupun hilang kesadaran.

Pada kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene) tidak diambil karena luka pada pasien tidak sampai rusak ke jaringannya yang ditandai dengan tidak terdapatnya nekrosis jaringan pada luka.

Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit (DM) tidak penulis munculkan karena tidak ditemukan data seperti denyut nadi yang lemah, perubahan kulit pucat serta perubahan suhu. Pada diagnosis keletihan tidak diambil karena pasien masih mampu mempertahankan aktivitas seperti biasanya dengan mandiri.

3. Intervensi Keperawatan.

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2014).

Pada tahap ini peneliti membuat rencana tindakan keperawatan. Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil. Terdapat 4 tipe dalam membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi Observasi, Nursing treatment/terapeutik, Penyuluhan/Health education/pendidikan kesehatan, dan kolaborasi/Medical treatment (Rohmah & Walid, 2014). Penulisan rencana tindakan yang operasional yaitu dengan menggunakan kata perintah.

Perencanaan untuk diagnosis nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi) Yaitu : Lakukan observasi nyeri komprehensif yang meliputi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus). Pantau tanda-tanda vital. Beri penjelasan kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan klien saat ini. Ajarakan penggunaan teknik non farmakologi (teknik relaksasi dan distraksi). Kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosis keperawatan yang kedua yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kurang asupan makanan ditandai dengan penurunan nafsu makan. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan adalah : Catat kemampuan / ketidak mampuan menelan, riwayat mual muntah atau diare. Awasi masukan dan kebutuhan klien tiap hari. Berikan suasana yang nyaman dan bersih serta motivasi pada klien tentang kebutuhan diit. Anjurkan makan sedikit tapi sering. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit klien.

Sedangkan rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan pada diagnosis ketiga yaitu Resiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (Diabetes Melitus) adalah : Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulent, urine warna merah keruh atau berkabut. Kaji dan Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasien sendiri.Berikan pendidikan kesehatan tentang penyebaran infeksi.Lakukan perawatan luka(ganti balut setiap hari) dengan menjaga tehnik septic dan

aseptic.Berikan perawatan kulit dengan teratur.Kolaborasi pemberian antibiotik.

4. **Implementasi Keperawatan**.

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru(Rohmah & Walid, 2014).Tahap ini merupakan lanjutan dari tahap perencanaan, pelaksanaan yang di aplikasikan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Adapun pelaksanaan yang tertulis pada Tn. M untuk ketiga diagnosis keperawatan dapat terlaksana dengan baik tanpa hambatan apapun.Faktor pendukung yang penulis temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada klien yaitu adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan perawat ruangan serta partisipasi dari keluarga klien dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan dengan baik.

5. **Evaluasi Keperawatan.**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2014).

Tahap evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan selain itu tahap ini juga merupakan tahap penilaian dalam memberikan asuhan keperawatan. Peneliti menggunakan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif, dalam hal ini evaluasi formatif dicantumkan dalam catatan keperawatan berupa respon klien dan evaluasi sumatif untuk menilai apakah tujuan dapat tercapai atau tidak, yaitu dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning).

Faktor pendukung yang ditemukan pada saat peneliti melakukan asuhan keperawatan adalah : klien dan keluarga yang kooperatif, tersedia

catatan keperawatan media yang lengkap, tersedianya format pengkajian, mendapatkan arahan dari pembimbing lahan serta dari pihak institusi, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan. Oleh karena itu evaluasi sangat dibutuhkan setelah kita melakukan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan pelaksanaan.

Evaluasi dari ketiga diagnosis keperawatan diatas yaitu hampir semua masalah mampu teratasi sehingga intervensi ada yang dihentikan dan dilanjutkan dengan observasi.

D. KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kesimpulan

a. Asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diabetes mellitus telah dilaksanakan di ruang merpati RSD kalisat jember tanggal14 februari 2017 sampai 16 februari 2017 dengan baik.

b. Pengkajian keperawatan yang ditemukan yaitu data tentang usia klien 52th, dan gaya hidup klien yang jarang olahraga sesuai dengan teori DM tipe II. Data lain yang juga ditemukan yaitu adanya nyeri akut yang terjadi pada luka di ibu jari kaki klien, perubahan berat badan karena intake yang kurang, dan resiko tinggi infeksi karena luka yang terjadi di kaki mengalami pembengkakan dan kemerahan.

c. Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan maka ditemukan diagnosis keperawatan yang terbentuk dari data subjektif dan objektif serta etiologi dikumpulkan dan dianalisis yaitu nyeri akut b.d agen cidera biologis (infeksi), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makan, dan resiko infeksi b.d penyakit kronis (diabetes mellitus).

d. Tahap perencanaan disusun sesuai dengan masalah keperawatan. Dalam memprioritaskan masalah keperawatan dilihat dari kebutuhan dan kondisi klien pada saat pengkajian. Dalam perencanaan ini penulis Lakukan observasi nyeri komprehensif, Pantau tanda-tanda vital, Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi, Kolaborasi pemberian analgetik, Catat kemampuan/ketidak-mampuan menelan, riwayat mual

muntah atau diare, Awasi masukan dan kebutuhan klien tiap hari, Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit klien, Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, Berikan pendidikan kesehatan tentang penyebaran infeksi, Lakukan perawatan luka, Kolaborasi pemberian antibiotic.

e. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang penulis lakukan pada Tn. M untuk ketiga diagnosis keperawatan telah menyesuaikan dengan rencana keperawatan yang sudah dibuat dan dapat terlaksana dengan baik tanpa hambatan apapun, seperti Mengobservasi nyeri, Memberikan injeksi cebactam 1gr, injeksi pantoprazol 40mg, injeksi santagesik 2ml, mengganti infus dengan metronidazole 500mg. Memantau TTV, Mengebservasi kondisi balutan luka, Melakukan perawatan luka (ganti balut) dengan menggunakan tehnik aseptic dan memberikan salep gentamisin, Menjelaskan pada pasien salah satu cara mencegah infeksi dengan cuci tangan, Mencatat kemampuan/ ketidakmampuan menelan, riwayat mual atau muntah atau diare, Mengawasi masukan dan kebutuhan klien tiap hari, Mengevaluasi masukan makanan diit.

f. Evaluasi dari ketiga diagnosis keperawatan yaitu hampir semua masalah mampu teratasi pada hari ketiga sehingga intervensi ada yang dihentikan.

2. Saran

a. Bagi Klien Dan Keluarga

1) Diharapkan klien mau memotivasi dirinya sendiri untuk pola hidup yang lebih baik, misalnya mengatur pola makan, olahraga yang cukup dan teratur, dan menjaga berat badan ideal. Anjurkan klien untuk selalu cek status kesehatan atau memantau kadar gula darah ke tempat pelayanan kesehatan terdekat.

2) Diharapkan keluarga memberikan support yang positif bagi klien demi peningkatan status kesehatan klien dan diharapkan keluarga ikut waspada terhadap resiko pada keluarga klien sendiri.

b. Bagi Mahasiswa.

1) Diharapkan agar mahasiswa lebih meningkatkan ilmu pengetahuan tentang penyakit khususnya melalui sumber buku dan literature lain. Serta lebih mempersiapkan diri baik dari segi teori, skill, maupun mental dalam menghadapi klien agar dapat memberikan konstribusi yang maksimal bagi peningkatan status kesehatan klien. Sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi klien.

c. Bagi Rumah Sakit,

1) Bagi rumah sakit agar tetap mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan klien sesuai dengan tindakan keperawatan yang sudah ada.

2) Diharapkan untuk semua petugas kesehatan terutama perawat ruangan agar dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang proses penyakit, perawatan, diit dan pencegahan dengan melibatkan keluarga klien dalam menanggulangi keparahan dan komplikasi. Sehingga untuk klien yang telah sembuh dari perawatannya agar tidak terulang lagi.