

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIABETES MELITUS
TIPE 2 DI RUANG MERPATI RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT
JEMBER.**

Amilina

1601021015

(Program Studi D3 Keperawatn, Universitas Muhammadiyah Jember)

e-mail: amellina1507@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Diabetes melitus (DM) merupakan kelainan metabolik dengan etiologi multifaktorial. Penyakit ini ditandai dengan hiperglikemia kronis dan mempengaruhi metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Penyandang diabetes mellitus akan ditemukan dengan berbagai gejala seperti poliuria (banyak berkemih), polidipsia (banyak minum) dan polifagia (banyak makan) dengan penurunan berat badan. Diabetes melitus jangka waktu lama menimbulkan rangkaian gangguan metabolik yang menyebabkan kelainan patologis makrovaskuler dan mikrovaskuler (Azrimaidalisa, 2011)

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus tipe 2 meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam didapatkan 4 diagnosis keperawatan prioritas pada Ny. S. diagnosis keperawatan yang pertama nyeri kronis, kedua kerusakan integritas jaringan, ketiga, hambatan mobilitas fisik, dan yang keempat gangguan citra tubuh. Pada hari terakhir evaluasi didapatkan dua diagnosis keperawatan teratasi yaitu diagnosis hambatan mobilitas fisik dan gangguan citra tubuh dan dua diagnosis keperawatan belum teratasi yaitu kerusakan integritas kulit dan nyeri kronis.

Kesimpulan: Kerjasama antara tim kesehatan dan klien atau keluarga klien sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada klien,

komunikasi terapeutik dapat mendorong klien lebih kooperatif, peran keluarga sangat penting dalam merawat klien dengan diabetes mellitus

Kata kunci: Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal.



**(NURSING CARE FOR MRS. S WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN
THE MERPATI ROOM OF THE KALISAT JEMBER HOSPITAL)**

Amilina

1601021015

(Program Studi D3 Keperawatn, Universitas Muhammadiyah Jember)

e-mail: amellina1507@gmail.com

ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus is a metabolic disorder with a multifactorial etiology. This disease is characterized by chronic hyperglycemia and affects the metabolism of carbohydrates, proteins and fats. People with diabetes mellitus will be found with various symptoms such as polyuria, polydipsia, and polyphagia with weight loss. Long-term diabetes mellitus causes a series of metabolic disorders that cause macrovascular and microvascular pathological disorders (Azrimaidalisa. 2011).

Objectives: To find out nursing care in patients with type 2 diabetes mellitus includes assessment, diagnosis, intervention, implementation, and nursing evaluation.

Results: After nursing care for 3 times 24 hours, 4 priority nursing diagnosis were given to Mrs. S. First nursing diagnosis chronic pain, both damage to tissue integrity, third obstacle to physical mobility, and fourth to body image disturbance. On the last day of evaluation, two nursing diagnoses were resolved, namely a diagnosis of barriers to physical mobility and disturbances in body image and two nursing diagnoses that were not resolved, namely damage to skin integrity and chronic pain.

Conclusion: Collaboration between the health team and the client or family of the client is very necessary for the success of nursing care to the client, therapeutic communication can encourage the client to be more cooperative, the role of the family is very important in caring for clients with diabetes mellitus.

Key words: Diabetes mellitus is a condition of chronic hyperglycemia accompanied by various metabolic disorders due to hormonal disorders.

PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit degeneratif, yaitu penyakit akibat fungsi atau struktur dari jaringan atau organ tubuh yang secara progresif menurun dari waktu karena usia atau pilihan gaya hidup. Penyakit ini juga dikenal sebagai penyakit akibat dari pola hidup modern dimana orang lebih suka makan makanan siap saji, kurangnya aktifitas fisik karena lebih memanfaatkan teknologi seperti penggunaan kendaraan bermotor dibandingkan dengan berjalan kaki. Kurang melakukan aktivitas atau olahraga dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat, sehingga tubuh mengalami hiperglikemia (Phitri & Widiyaningsih. 2013)

Jumlah penderita diabetes melitus secara global terus meningkat setiap tahunnya menurut data yang dipublikasikan oleh *World Health Organization* (WHO) angka kejadian diabetes melitus di dunia berkembang dari 30 juta pada tahun 1985 menjadi 194 juta pada tahun 2006 pada tahun 2025 diperkirakan angka ini terus

meningkat mencapai 333 juta. Penderita diabetes melitus di Indonesia jumlahnya cukup fantastis, pada tahun 2006 ditemukan 14 juta diabetes melitus. WHO memperkirakan pada tahun 2030 nanti sekitar 21,3 juta orang Indonesia akan terkena penyakit diabetes melitus (Herlena Essy Phitri, 2013).

Diabetes melitus (kencing manis) adalah penyakit pada sistem ekskresi yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi normal karena kekurangan hormon insulin. Kelebihan glukosa darah akan dikeluarkan bersama urine. Diabetes melitus pada anak diatasi dengan penyuntikan insulin secara rutin. Diabetes melitus pada orang dewasa dapat diatasi dengan mengatur diet, olahraga dan pemberian obat-obatan penurunan kadar glukosa darah. Kedaan yang tidak tertolong bagian tubuh yang terkena gangren harus diamputasi (Irianto, 2014).

Berdasarkan hal-hal diatas, penulis tertarik mengetahui lebih lanjut tentang Diabetes mellitus tipe

2 dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diabetes mellitus tipe 2 di ruang Merpati Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember.

Berdasarkan fakta ini, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran nyata dan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan diabetes mellitus di ruang merpati Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian Asuhan Keperawatan pada klien diabetes melitus ini menggunakan:

a. Pendekatan Proses Keperawatan

Karya tulis ini menggunakan desain penulis deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Peneliti ingin menggambarkan perawatan pada klien dengan diabetes mellitus mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi di ruang Merpati Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember.

Pengambilan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik.

b. Studi Dokumenter

Penulisan kasus didapatkan dari dokumen-dokumen atau status klien di Ruang Merpati Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember.

c. Studi Kasus

Pengambilan data klien dengan mempelajari status klien dan melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya.

DATA FOKUS

PENGAJIAN-EVALUASI

A. Pengkajian

Tanggal pengkajian 05-07 Maret 2019, Tanggal Masuk Rumah Sakit Klien pada tanggal 04 Maret 2019. Nama klien Ny. S, Usia 45 tahun agama islam, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat dusun krajan kalisat Jember.

Keluhan Utama: Nyeri

Riwayat Penyakit Sekarang: Klien mengatakan nyeri pada perut selama 4 hari sejak tanggal 01 Maret 2019, nyeri dirasakan pada bagian kiri atas perut, nyeri yang dirasakan semakin memberat dan menjalar ke punggung disertai pusing yang berlebihan. Skala nyeri 8. Kemudian klien meminta kepada keluarga untuk mengantar periksa ke IGD RSD

Kalisat pada tanggal 04 Maret 2019 pukul 11.00 WIB. Setelah dilakukan tindakan di IGD klien dipindah di ruang rawat inap Merpati RSD Kalisat Jember. Pada tanggal 05 Maret 2019 klien tidak lagi mengeluh nyeri pada perut, klien merasakan nyeri pada kaki kanan bagian punggung kaki menjalar ke telapak kaki skala nyeri pada kaki 5, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri pada kaki kanan muncul sejak ±3 bulan yang lalu, awalnya muncul seperti luka bakar melepuh dan lama-kelamaan muncul luka pada punggung kaki ±1 bulan yang lalu, luas luka sekitar 1x1 cm, nyeri dirasakan hilang timbul. Terasa nyeri saat dibuat berjalan, atau diam terlalu lama kaki tersa seperti kesemutan.

Keadaan Lingkungan Yang Mempengaruhi Timbulnya Penyakit:

Lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya penyakit lebih mengarah pada pola hidup sehat klien, dimana klien mengatakan sebelum sakit klien sering mengkonsumsi makanan instan, manis-manisan tidak pernah olahraga dan menolak jika diperingati oleh anaknya.

Pola Konsep Diri: Klien mengalami masalah konsep diri yang pertama Gambaran diri: Klien mengatakan tidak senang dengan keadaan kakinya yang terdapat luka, sangat mengganggu sehingga membuat klien tidak bisa bekerja, yang kedua Harga diri: klien merasa malu dengan kondisinya saat ini.

Pemeriksaan Fisik: keadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis GCS: 4-5-6, Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36,6°C, Respirasi 20x/menit, BB sebelum sakit 55 kg setelah sakit 53 kg tinggi badan 162 cm. Ekstremitas atas: Terpasanga infus pada tangan kiri, tidak ada Edema, terdapat bekas injeksi pada lengan kiri atas, turgor 2 detik, CRT 2 detik, eritema palmaris negatif. Ekstremitas bawah: Terdapat luka pada kaki kanan diameter 1 x 1 cm dan terbungkus kassa. Kondisi luka klien:

warna dasar luka kemerahan, di daerah sekitar luka berwarna kemerahan, luas luka 1x1 cm, kondisi balutan bersih dan rapi, tidak terdapat pus, kaki kanan tampak lebih besar daripada kaki kiri. Kekuatan otot pada kaki kanan empat (mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan thanan sedang.

Pemeriksaan Diagnostik:

Tanggal: 04 Maret 2019/11.50 WIB. didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium: Glukosa acak : 382mg/dl (140mg/dl).

Terapi di Ruangan:

a. Oral

- 1) Glimepiride 1x2 mg p/o
- 2) Glidabet 1x 80 mg p/o
- 3) Candesartan 1 x 16 mg p/o
- 4) Amlodipine 1x 5 mg

b. Parenteral

- 1) Infus NaCl 0,9% 1500/24 jam
- 2) Injeksi pantoprazole 2x40 mg IV
- 3) Injeksi Ondansentron 3x 4 mg IV
- 4) Injeksi santagesik 3x 1 g IV
- 5) Injeksi Cebactam 1 x 1 g IV
- 6) Injeksi Levemir 3x6 ui/ sebelum

makan

ANALISA DATA

TGL/JAM	PENGELOMPOKAN DATA	MASALAH	KEMUNGKINAN PENYEBAB
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Data Subyektif: Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan bagian punggung kaki, skala nyeri 5. Nyeri kaki sudah dirasakan ±3 bulan yang lalu.</p> <p>Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien menghindari pergerakan yang menyebabkan nyeri. Wajah meringis kesakitan saat nyeri dirasakan. Menghindari aktifitas yang membuat nyeri semakin parah Saat ditekan bagian kaki kanan klien merasa kesakitan Glukosa darah puasa : 306 mg / dl (115 mg / dl), Glukosa darah 2 jam PP : 231 mg / dl (125 mg / dl) Terdapat luka pada kaki kanan bagian punggung kaki Warna dasar luka merah, warna area sekitar luka hitam kemerah-merahan. Leukosit : 15.500/ul TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 140/70 mmHg N: 90 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,6⁰ C 	Nyeri kronis	<p>Agen pencedera biologis (gangguan metabolic)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ulkus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Reaksi inflamasi</p>
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Data Subyektif: klien mengatakan kaki sebelah kanan terdapat luka dibagian punggung kaki.</p> <p>Data Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat luka diameter 1 x 1 cm di kaki kanan bagian punggung kaki Kondisi luka klien: warna dasar luka merah, di sekitar luka hitam kemerahan, luas luka 1x1 cm, kondisi balutan 	Kerusakan integritas jaringan	Kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan

	<p>bersih dan rapi,tidak terdapat pus di luka .</p> <p>c. Hasil lab gula darah puasa : 306 mg / dl.</p> <p>d. Area luka saat diraba terasa panas.</p> <p>e. Leukosit : 15.500/ul</p>		
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Data Subyektif: Klien mengatakan enggan untuk bergerak karena takut nyeri di kakinya bertambah</p> <p>Data obyektif:</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Mobilisasi di tempat tidur</p> <p>c. Klien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>d. Terdapat luka diameter 1x1 cm di kaki kanan bagian punggung kaki, terbungkus dengan perban rapi dan bersih</p> <p>TTV: TD: 140/70 mmHg N: 90 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,6°C</p> <p>e. Kekuatan otot: Ekstremitasatas: 5555/5555 Ekstremitasbawah:4444/5555</p>	Hambatan Mobilitas Fisik	Fisik tidak bugar (penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus)
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Data Subyektif: klien mengatakan sedih kehilangan jari kelinking pada kaki kiri akibat diamputasi ±1 tahun yang lalu, dan merasa malu dengan orang lain.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Tidak ada bagian tubuh pada jari klingkin pada kaki kiri</p> <p>b. Terdapat bekas jahitan pada kaki kiri</p> <p>c. Menyembunyikan bagian tubuh</p> <p>d. Klien tampak murung dan sedih</p> <p>e. Kontak mata negative</p>	Gangguan Citra Tubuh	Perubahan persepsi diri

TGL/JAM	DIAGNOSIS KEPERAWATAN/MASALAH KOLABORATIF	PARAF
05 Maret 2019/ 10.00	<p>Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada kaki sebelah sebelah kanan bagian punggung kaki, nyeri menjalar ke telapak kaki, skala nyeri 5. 2. Klien menghindari pergerakan yang menambah nyeri 3. Wajah meringis kesakitan saat nyeri dirasakan. 4. Menghindari aktifitas yang membuat nyeri semakin parah 5. Saat ditekan pada area kaki yang nyeri klien merasa kesakitan <p>TTV:</p> <p>TD: 140/70 mmHg N: 90 x/menit RR: 20 x/menit S: 36,6 °C</p>	
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka diameter 1 x 1 cm di kaki kanan bagian punggung kaki 2. Kondisi luka klien: warna dasar luka merah, di sekitar luka hitam kemerahan, luas luka 1x1 cm, kondisi balutan bersih dan rapi,tidak terdapat pus di luka. 3. Hasil lab gula darah puasa : 306 mg / dl. 4. Area luka saat diraba terasa panas. 5. Leukosit : 15.500/ul 	
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan fisik tidak bugar (penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus) ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum lemah 2. Mobilisasi di tempat tidur 3. ADL: <ul style="list-style-type: none"> Mandi: tergantung penuh Berpakaian: tergantung sebagian Toileting: tergantung sebagian Berhias: tergantung sebagian Makan minum: tergantung sebagian 4. Skala ketergantungan: tergantung sebagian 5. Terdapat luka diameter 1x1 cm di kaki kanan bagian punggung kaki, terbungkus dengan 	

	<p>perban rapi dan bersih</p> <p>6. TTV: TD: 140/70 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,6 0 C</p> <p>7. Kekuatan otot <u>5555</u> <u>5555</u> 4444 5555</p>	
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan persepsi diri ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada bagian tubuh pada jari klingking pada kaki kiri 2. Terdapat bekas jahitan pada kaki kiri 3. Menyembunyikan bagian tubuh 4. Klien tampak murung dan sedih 5. Klien merasa malu 	



Tgl/jam	Dignosis keperawatan/masalah keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Rencana tindakan	Rasional
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis (gangguan metabolisme yang menyebabkan ulkus pada kaki)	<p>Tujuan: Nyeri kronis klien dapat teratasi dalam waktu 3x 24 jam</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 1 2. Tidak mengeluh nyeri 3. Wajah rileks 4. Mampu melakukan teknik distraksi dan relaksasi 5. Tekanan Darah: sistole 100 – 130 mmHg 6. TD diastole 70 – 90 mmHg, N: 60 – 100 x/menit, RR 16 – 24 x/menit, S: 36,5 – 37,5 °C 7. Keluarga dank lien dapat menjelaskan tentang nyeri kronis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan edukasi perawatan nyeri kronis 2. Berikan manajemen nyeri kronis <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan pada klien cara melakukan tehnik distraksi dan relaksasi b. lakukan kompres hangat pada area nyeri, hindari luka. c. Ajarkan klien senam diabetes mellitus d. Kerjasama dengan keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien 3. Lakukan monitoring dan observasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Skala nyeri b. Keluhan nyeri, ekspresi wajah. c. Kemamuan klien melakukan distraksi relaksasi d. Ttv e. Pengetahuan keluarga 4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian injeksi 3x1 g secara IV. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi merupakan sarana transfer pengetahuan dan keterampilan: 2. Tatalaksana nyeri kronis yang adekuat digunakan untuk hasil yang maksimal <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien b. Memperlancar sirkulasi darah dan memberi rasa nyaman dan rileks c. Untuk memperlancar alirandarah ke kaki. d. Dukungan keluarga dapat meningkatkan semangat klien 3. Perkembangan klien diketahui dengan pemantauan yang continue <ol style="list-style-type: none"> a. Kemajuan klien secara dapat diketahui b. Pengetahuan keluarga dank lien perlu dievaluasi untuk memastikan efektifitas edukasi

				4. Analgetik dapat menurunkan nyeri klien
05 Maret 2019/10.00 WIB	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan	<p>Tujuan: Kerusakan integritas jaringan klien dapat diatasi dalam waktu 3x24 jam</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Jangka panjang: Kerusakan integritas jaringan tidak meluas dan beransur membaik</p> <p>Jangka pendek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka mengering 2. Tidak ada pus 3. Keluarga dan klien mampu menjelaskan kembali perawatan integritas jaringan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan edukasi perawatan integritas jaringan 2. Lakukan manajemen integritas jaringan: <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan rawat luka 1x sehari b. Ajarkan pada klien cara merawat kerusakan integritas jaringan c. Latih klien untuk melakukan senam diabetes melitus 3. Lakukan monitoring dan evaluasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan b. Luka c. Pus d. Pengetahuan keluarga dan klien tentang perawatan integritas jaringan 4. Laksanakan hasil kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Tim gizi: pemberian makan yang bervariasi sesuai kebutuhan klien dengan diabetes mellitus b. Tim medis: pemberian salep gentamicin 0,1 % 1x oles tiap rawat luka dilakukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi membantu pengetahuan lebih adekuat 2. Perbaikan kerusakan integritas jaringan dilakukan dengan manajemen yang baik <ol style="list-style-type: none"> a. Perawatan luka dapat mempercepat proses penyembuhan dan terhindar terjadinya infeksi b. Pengetahuan keluarga dan klien dalam melakukan perawatan integritas jaringan dapat membantu perawatan saat di rumah sakit maupun di rumah c. Senam diabetes dilakukan supaya tidak terjadinya komplikasi yang sering terjadi pada kaki klien dengan diabetes mellitus seperti luka infeksi yang tidak sembuh dan menyebar. 3. Monitoring yang teratur digunakan sebagai dasar

				<p>menentukan perawatan berikutnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> Derajat kerusakan perlu dipantau setiap hari Tidak adanya pus menandakan luka tidak terinfeksi Evaluasi terhadap hasil edukasi Profesionalisme lebih tepat: Pemberian salep gentamicin sesuai untuk infeksi bakteri gram negative
05 Maret 2019/ 10.00 WIB	Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan fisik tidak bugar (gangguan metabolisme yang menyebabkan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus)	<p>Tujuan: Hambatan mobilitas fisik klien teratasi dalam waktu 3x24 jam.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu melakukan mobilitas di tempat tidur, duduk, dan berpindah Tidak ada sesak selama aktivitas TD sistole 100 – 130 mmHg TD diastole 70 – 90 mmHg 	<ol style="list-style-type: none"> Berikan edukasi tentang hambatan mobilitas fisik Lakukan manajemen mobilitas fisik <ol style="list-style-type: none"> Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta motivasi yang adekuat Jelaskan pentingnya aktivitas dalam memenuhi kebutuhan klien Bantu klien memilih posisi yang nyaman Ajarkan mobilisasi bertahap Lakukan monitoring dan 	<ol style="list-style-type: none"> Edukasi membantu pengetahuan lebih adekuat Tatalaksana mobilitas fisik yang adekuat digunakan untuk hasil yang maksimal. <ol style="list-style-type: none"> Meningkatkan rasa nyaman pada klien Supaya klien tidak putus asa dan melakukan aktivitas Membantu klien agar tidak terjatuh Untuk menghindari adanya dekubitus Perkembangan klien dapat

		<p>5. N: 60 – 100 x/menit</p> <p>6. RR 16 – 24 x/menit</p> <p>7. S: 36,5 – 37,5 °C</p>	<p>observasi:</p> <p>a. Kemampuan mobilitas</p> <p>b. Tidak ada sesak</p> <p>c. TTV</p>	<p>dilihat dengan pemantauan yang continue</p> <p>a. Kemajuan klien secara berkala dapat diketahui</p> <p>b. Pengetahuan keluarga perlu dievaluasi</p>
05 Maret 2019/10.00 WIB	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan persepsi diri	<p>Tujuan: gangguan citra tubuh klien teratasi dalam waktu 3x24 jam</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1. Klien dapat menerima keadaan tubuhnya</p> <p>2. Klien dapat beradaptasi dengan tubuhnya</p> <p>3. Kontak mata positif (+)</p>	<p>1. Berikan edukasi tentang perawatan citra tubuh</p> <p>2. Lakukan manajemen citra tubuh</p> <p>a. Terapkan komunikasi terapeutik dengan nada rendah saat berbicara dengan klien</p> <p>b. Beri aktivitas klien sesuai keinginannya, seperti ingin jalan-jalan area rumah sakit dll.</p> <p>c. Anjurkan kepada keluarga untuk selalu mendampingi klien dan memberi motivasi</p> <p>3. Lakukan monitoring dan evaluasi</p> <p>a. Perilaku penerimaan dan adaptasi terhadap keadaan tubuhnya</p> <p>b. Kontak mata saat diajak bicara</p>	<p>1. Edukasi sangat penting untuk membangun rasa positif diri</p> <p>2. Citra tubuh ditumbuhkan dengan manajemen yang baik</p> <p>a. Rasa takut pada klien diturunkan dengan komunikasi terapeutik</p> <p>b. Upaya relaksasi dan distraksi dari perasaan tidak berdaya dan lemah sehingga pasien dengan senang hati melakukan aktivitas karena sesuai dengan keinginannya dan tidak bertentangan dengan program perawatan.</p> <p>c. Keluarga adalah pusat asuhan klien.</p>

MASALAH KEP/KOLABORATIF	TGL/JAM	TINDAKAN	PA RAF
<p>Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis (akibat gangguan metabolisme yang menyebabkan ulkus pada kaki)</p>	<p>05 Maret 2019/ 10.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi penjelasan kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan klien saat ini R/ Klien mulai memahami nyeri yang dirasakan karena gejala penyakit 2. Mengobservasi keluhan nyeri, memerhatikan lokasi dan karakteristik, termasuk intensitas (skala 0 – 10) R/ Nyeri dirasakan di kaki sebelah kanan bagian punggung kaki menjalar ketelapak kaki, skala nyeri 5, nyeri berkurang dengan berbaring, nyeri dirasakan saat dibuat beraktivitas atau berjalan 3. Memantau tanda-tanda vital R/ TD : 140/70 mmHg N: 90 x/menit RR: 2 x/menit S: 36,6 °C 4. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi R/ Klien mampu melakukan teknik relaksasi dengan napas dalam, distraksi dengan berdzikir 5. Memberikan injeksi santagesik 1g secara IV 	
<p>Kerusakan integritas jaringan</p>	<p>05 Maret 2019/ 10.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan rawat luka R/klien kooperatif saat dilakukan rawat luka 2. Memberikan edukasi perawatan integritas jaringan kepada keluarga dan klien R/ Klien dan keluarga memahami yang dijelaskan oleh perawat 3. Melatih klien untuk melakukan senam diabetes mellitus setiap 3x 1 minggu. R/ klien belum mampu melakukan senam diabetes dikarenakan nyeri pada kaki. 4. Lakukan pemeriksaan TTV : Tekanan darah:140/70 mmhg, nadi: 90x/menit, Suhu: 36,6°C, Respirasi Rate: 20x/menit 	

		5. Memberikan Injeksi Insulin 16 Unit insulin setiap klien mau makan.	
Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan fisik tidak bugar (gangguan metabolisme yang menyebabkan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus)	05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi respon klien terhadap aktivitas, adanya dispnea, peningkatan kelemahan/kelelahan dan perubahan tanda vital selama aktivitas R/ Klien dapat duduk di tempat tidur, dispnea (-), masih tampak lemah, TD 140/70 mmHg, Nadi 90 x/menit, RR 20 x/menit. 2. Memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta motivasi yang adekuat R/ Lingkungan tenang dan klien kooperatif, mau melakukan saran dari perawat 3. Menjelaskan pentingnya aktivitas dalam memenuhi kebutuhan klien R/ Klien mengerti dengan penjelasan perawat dan mau melakukan saran perawat 4. Membantu klien memilih posisi yang nyaman R/ Klien lebih rileks dengan posisi semi fowler 5. Mengajarkan mobilisasi bertahap R/ Klien dapat duduk di tempat tidur, tidak bisa berjalan. 	
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan persepsi diri	05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan edukasi tentang perawatan citra tubuh R/klien memahami apa yang dijelaskan oleh perawat 2. Melakukan manajemen citra tubuh: <ol style="list-style-type: none"> a. Menerapkan komunikasi terapeutik b. Memberikan aktivitas klien sesuai keinginan c. Menganjurkan kepada keluarga untuk selalu mendampingi dan memotifasi klien R/ Klien tampak lebih percaya diri dan senang 3. Melakukan monitoring dan evaluasi perilaku penerimaan dan adaptasi terhadap keadaan tubuhnya, kontak 	

		<p>mata saat diajak berbicara. R/ klien tampak menerima keadaanya yang sekarang, dan berbicara dengan kontak mata yang positif</p> <p>4. Memantau tanda-tanda vital R/ TD : 140/90 mmHg, Nadi: 89x/menit, S: 36,6°C, Respirasi rate: 20x/menit</p>	
<p>Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis (akibat gangguan metabolisme yang menyebabkan ulkus pada kaki)</p>	<p>06 Maret 2019/ 07.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan edukasi perawatan nyeri R/ klien kooperatif mendengarkan apa yang perawat jelaskan Mengajarkan pada klien cara melakukan tehnik distraksi dan relaksasi R/ klien kooperatif melakukan tehnik distraksi dan relaksasi secara mandiri Mengulangi kembali senam diabetes yang diajarkan sebelumnya R/ klien sudah dapat melakukan senam diabetes mellitus secara mandiri. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien R/keluarga klien kooperatif melakukan apa yang dianjurkan perawat. Melakukan monitoring dan observasi skala nyeri, TTV R/ Skala nyeri 4, Tekanan darah 130/80 mmhg, Nadi: 89x/mneit, RR: 22x/menit, suhu: 36,8° Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian injeksi santagesik 1 g secara IV. 	
<p>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan</p>	<p>06 Maret 2019/ 07.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengulang edukasi perawatan integritas jaringan. R/klien memahami dan mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat Melakukan rawat luka. R/ luka bersih, tidak ada pus dan bau, warna dasar luka kemerahan. Melakukan monitoring dan evaluasi pengertian keluarga dan klien tentang perawatan kerusakan integritas jaringan. R/keluarga dan klien dapat menjelaskan cara melakukan 	

		<p>perawatan kerusakan integritas jaringan jaringan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian makan yang sesuai kebutuhan klien dengan diabetes mellitus R/ klien makan habis hanya $\frac{3}{4}$, terasa mual. 5. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian salep gentamicin 0,1% 1x oles tiap melakukan rawat luka. 	
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan fisik tidak bugar (gangguan metabolisme yang menyebabkan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus)	06 Maret 2019/ 07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan edukasi tentang hambatan mobilitas fisik R/klien kooperatif dan memahami penjelasan dari perawat 2. Memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta motivasi yang adekuat R/klien kooperatif melakukan perintah perawat 3. Menjelaskan pentingnya aktivitas dalam memenuhi kebutuhan klien R/ klien kooperatif mendengarkan dan melaksanakan apa yang dijelaskan perawat 4. Mengajarkan mobilisasi bertahap R/ klien melakukan mobilisasi secara bertahap 5. Melakukan monitoring dan observasi kemampuan mobilitas dan TTV R/ tekanan darah: 130/80mmHg, Nadi: 89x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 36,8°C 	
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan persepsi diri	06 Maret 2019/ 07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil edukasi tentang perawatan integritas jaringan R/ klien dapat menjelaskan tentang kerusakan integritas jaringan 2. Menerapkan komunikasi terapeutik R/ klien tampak lebih tenang dan memahami apa yang diucapkan perawat 3. Memberikan aktivitas sesuai keinginan klien R/ Klien berjalan-jalan di area 	

		<p>rumah saki dengan bantuan ditatih oleh anaknya.</p> <p>4. Menganjurkan pada keluarga untuk selalu memberikan motivasi untuk klien R/ keluarga kooperatif dan menjalankan apa yang diucapkan perawat</p>	
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencendera biologis (akibat gangguan metabolisme yang menyebabkan ulkus pada kaki)</p>	<p>07 Maret 2019/ 07.30 WIB</p>	<p>1. Melakukan edukasi perawatan nyeri R/ klien kooperatif mendengarkan apa yang perawat jelaskan</p> <p>2. Mengajarkan pada klien cara melakukan tehnik distraksi dan relaksasi R/ klien kooperatif melakukan tehnik distraksi dan relaksasi secara mandiri</p> <p>3. Mengulangi kembali senam diabetes yang diajarkan sebelumnya R/ klien sudah dapat melakukan senam diabetes mellitus secara mandiri.</p> <p>4. Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien R/keluarga klien kooperatif melakukan apa yang dianjurkan perawat.</p> <p>5. Melakukan monitoring dan observasi skala nyeri, TTV R/ Skala nyeri 3, Tekanan darah 130/70 mmhg, Nadi: 85x/mneit, RR: 20x/menit, suhu: 36,7^o</p> <p>6. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian injeksi santagesik 1 g secara IV.</p>	
<p>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan</p>	<p>07 Maret 2019/07.30 WIB</p>	<p>1. Mengulang edukasi perawatan integritas jaringan. R/klien memahami dan mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat</p> <p>2. Melakukan rawat luka. R/ luka bersih, tidak ada pus dan bau, warna dasar luka kemerahan.</p> <p>3. Melakukan monitoring dan evaluasi pengertian keluarga dan klien tentang perawatan kerusakan integritas jaringan. R/keluarga dan klien dapat</p>	

		<p>menjelaskan cara melakukan perawatan kerusakan integritas jaringan jaringan</p> <ol style="list-style-type: none"> Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian makan yang sesuai kebutuhan klien dengan diabetes mellitus R/ klien makan habis hanya $\frac{3}{4}$, terasa mual. Melaksanakan hasil kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian salep gentamicin 0,1% 1x oles tiap melakukan rawat luka. 	
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan fisik tidak bugar (gangguan metabolisme yang menyebabkan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus)	07 Maret 2019/ 07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan edukasi tentang mobilitas fisik R/klien kooperatif dan memahami penjelasan dari perawat Meberikan lingkungan yang tenang dan nyaman serta motivasi yang adekuat R/klien kooperatif melakukan perintah perawat Menjelaskan pentingnya aktivitas dalam memenuhi kebutuhan klien R/ klien kooperatif mendengarkan dan melaksanakan apa yang dijelaskan perawat Mengajarkan mobilisasi bertahap R/ klien melakukan mobilisasi secara bertahap Melakukan monitoring dan observasi kemampuan mobilitas dan TTV R/ tekanan darah: 130/70mmHg, Nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,7°C 	
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan persepsi diri	07 Maret 2019/07.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi hasil edukasi tentang perawatan integritas jaringan R/ klien dapat menjelaskan tentang kerusakan integritas jaringan Menerapkan komunikasi terapeutik R/ klien tampak lebih tenang dan memahami apa yang diucapkan perawat Memberikan aktivitas sesuai keinginan klien R/ Klien berjalan-jalan di area 	

		<p>rumah saki dengan bantuan ditatih oleh anaknya.</p> <p>4. Mengajukan pada keluarga untuk selalu memberikan motivasi untuk klien</p> <p>R/ keluarga kooperatif dan menjalankan apa yang diucapkan perawat</p>	
--	--	---	--



MASALAH KEP/KOLABORATIF	TGL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN	PA RAF
Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis	05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan kaki sebelah kanan bagian punggung kaki terasa nyeri dan kesemutan, skala nyeri 5</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ekspresi wajah klien menahan rasa nyeri b. Klien menghindari pergerakan yang menambah nyeri. c. Klien menjauhi tangan perawat yang hendak memegang area nyeri. d. Klien dapat melakukan tehnik distraksi dan relaksasi e. Tanda-tanda vital <p>TD 140/70 mmHg N 90 x/menit RR 20 x/menit S 36,6⁰ C</p> <p>A: Nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	
Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan	05 Maret 2019/ 10.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan kaki sebelah kanan terdapat luka seluas 1x1 cm sejak 1 bulan yang lalu.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum: lemah b. Warna dasar luka kemerahan, area sekitar luka merah kehitaman c. Balutan pada kaki bersih, tidak ada pus atau cairan pada luka dan tidak bau d. Area luka saat diraba terasa panas e. Hasil lab gula darah puasa : 306 mg/dl f. Leukosit : 15.500/ul <p>A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	

<p>Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus</p>	<p>05 Maret 2019/ 10.00 WIB</p>	<p>S: Klien mengatakan badannya masih terasa lemas, dan mengatakan enggan untuk bergerak karena takut nyeri pada kaki bertambah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum: lemah b. Mobilisasi diatas tempat tidur c. ADL: Mandi: dibantu sebagian Berpakaian: dibantu sebagian Toileting: dibantu sebagian Berhias: dibantu sebagian Makan/minum: dibantu sebagian Tingkat ketergantungan: dibantu sebagian. d. Terdapat luka pada kaki kanan diameter 1x1 cm e. Ttv: Tekanan darah: 140/70 mmHg Nadi: 90x/menit Respirasi: 20x/menit Suhu: 36,6°C f. Kekuatan otot: Ekstremitas atas: 5555/5555 Ekstremitaa bawah: 4444/5555 <p>A: Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan persepsi diri</p>	<p>05Maret 2019/ 10.00 WIB</p>	<p>S: Klien mengatakan malu pada kondisinya saat ini, tidak lagi percaya diri saat dilingkungan masyarakat</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien menyembunyikan bagian tubuh yang sakit b. Klien tampak muruh dan sedih c. Tidak ada kontak mata saat diajak berbicara 	

		<ul style="list-style-type: none"> d. Tidak ada bagian tubuh pada jari kelinking kaki kiri e. Terdapat bekas jahitan pada kaki kiri f. Ttv: <p>TD 140/70 mmHg N 90 x/menit RR 22 x/menit S 36,6 °C</p> <p>A: Gangguan citra tubuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	
Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis	06 Maret 2019/07.30 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang sedikit dengan skala nyeri 4</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien masih tampak kelihatan menahan rasa nyeri b. Klien tidak menghindari saat area nyeri disentuh c. Klien dapat melakukan tehnik distraksi dan relaksasi d. Ttv: <p>Tekanan darah: 130/80 mmHg Nadi: 89x/menit Suhu: 36,8°C Respirasi: 22x/menit</p> <p>A: Nyeri kronis klien belum beradaptasi dengan nyeri</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 3,4</p>	
Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan	06 Maret 2019/10.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan luka pada kakinya membaik tidak seperti awal kali masuk rumah sakit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Warna dasar luka kemerahan, area sekitar luka merah kehitaman b. Balutan pada kaki bersih, tidak ada pus atau cairan pada luka dan tidak berbau c. Area luka saat diraba terasa panas 	

		<p>hangat</p> <p>d. Hasil lab gula darah puasa : 293mg/dl</p> <p>A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4</p>	
Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kemampuan mobilisasi sekunder akibat luka diabetes mellitus	06 Maret 2019/07.30 WIB	<p>S: Klien mengatakan jika dirinya sudah dapat melakukan aktivitas ditempat tidur dan dapat berjalan pelan dengan bantuan</p> <p>O:</p> <p>a. Keadaan umum: baik</p> <p>b. Klien dapat mobilisasi ditempat tidur</p> <p>c. Klien tampak berjalan ke kamar mandi dengan bantuan</p> <p>d. ADL: Mandi: mandiri Toileting: mandiri Berhias: mandiri Makan/minum: mandiri Berjalan: dibantu sebagian Tingkat ketergantungan: mandiri</p> <p>e. Kekuatan otot: Ekstremitas atas: 5555/5555 Ekstremitas bawah: 4444/5555</p> <p>f. Ttv: Tekanan darah: 130/80/mmHg Nadi: 89x/menit Suhu: 36,8⁰ C Respirasi: 22x/menit</p> <p>A: Intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan persepsi diri	06 Maret 2019/07.30 WIB	<p>S: Klien mengatakan sudah menyadari bahwa apa yang terjadi pada dirinya adalah kehendak Allah, dan klien akan belajar mulai menerima kondisinya saat</p>	

		<p>ini.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien sudah tidak tampak murung atau sedih Saat diajak bicara klien menatap mata perawat Klien tidak menutupi bagian dari tubuhnya Klien tidak membatasi diri <p>A: Gangguan citra tubuh teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
Nyeri kronis yang berhubungan dengan agen pencedera biologis	07 Maret 2019/10.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri mulai berkurang dengan skala nyeri 3</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak mulai beradaptasi dengan nyeri Ekspresi wajah sedikit menahan adanya nyeri Klien dapat melakukan tehnik distraksi dan relaksasi Klien mulai melakukan pergerakan seperti berjalan Ttv: Tekanan darah: 130/70 mmHg Nadi: 85x/menit Suhu: 36,7°C Respirasi: 20x/menit <p>A: Nyeri kronis teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 3,4</p>	
Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan	07 Maret 2019/07.30 WIB	<p>S: klien mengatakan luka pada kakinya mulai membaik dan bengkak pada kaki berkurang.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum: baik Warna dasar luka merah, warna area luka merah kehitaman, diameter luka 1x1 cm Tidak ada cairan atau pus, tidak 	

		<p>berbau</p> <p>d. Balutan luka bersih dan rapi</p> <p>e. Oedema pada kaki mulai berkurang</p> <p>f. Saat diraba diarea luka hangat</p> <p>A: Kerusakan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2,3,4</p>	
--	--	--	--



Kesimpulan:

1. Pengkajian pada tanggal 05 sampai 07 Maret 2019 ditemukan adanya data-data yang menunjukkan bahwa klien Ny. S menderita penyakit Diabetes Melitus dengan adanya luka di kaki sebelah kanan bagian punggung kaki. Pengkajian ini meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, informasi perawat atau keluarga, catatan medis, catatan keperawatan. Selanjutnya dilakukan analisa data dan ditemukan empat diagnosa keperawatan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera biologis, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme, intoleransi aktivitas berhubungan dengan fisik tidak bugar akibat luka pada ekstremitas kanan bawah, gangguan citra tubuh berhubungan dengan penurunan persepsi.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. S disesuaikan dengan tinjauan pustaka yang ada pada BAB II. Tetapi tidak semua intervensi diberikan kepada Ny. S, hanya beberapa intervensi yang sesuai kebutuhan Ny. S. Contohnya yaitu; lakukan perawatan luka, anjurkan klien untuk jalan-jalan sekitar ruanagn rumah sakit, jelaskan pentingnya melakukan aktivitas.
4. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun pada tinjauan pustaka BAB II. Penulis hanya melakukan beberapa implementasi sesuai kebutuhan Ny. S tindakan yang dilakukan seperti: melakukan perawatan luka, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital sign, menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas.
5. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. S sebanyak tiga kali berturut-turut . evaluasi dilakukan sejak tanggal 05 sampai 07 Maret 2019. Menentukan evaluasi menggunakan SOAP, didapatkan hasil evaluasi dua diagnosa keperawatan teratasi dan 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian

Saran:

1. Masyarakat (Orang Tua)

Disarankan agar masyarakat meningkatkan kesadarannya untuk segera datang kepada tenaga kesehatan jika ada anggota keluarga yang sakit, dan jika dengan penyakit diabetes mellitus dalam hal ini penting bagi keluarga dan klien untuk mendapatkan perawatan yang baik yang didapatkan dari rumah sakit. Masyarakat atau keluarga supaya menjaga pola hidup sehat dengan menjaga lingkungan, pola makan, dan olahraga yang rutin agar terhindar dari penyakit-penyakit seperti salah satunya diabetes mellitus.

2. Perawat dan petugas kesehatan

Disarankan untuk perawat memberikan pelayanan yang sesuai dengan rencana asuhan keperawatan dan bagi keluarga harus diberikan pendidikan kesehatan yaitu tentang mengenali tanda dan gejala diabetes mellitus, tentang nutrisi dan pola makan yang boleh dikonsumsi dan perawatan luka jika dengan diabetes mellitus dengan ulkus pada kaki.

3. Institusi pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik)

Disarankan pada pelayanan rumah sakit, puskesmas dan klinik agar dapat memberikan kebijakan menyediakan alat-alat untuk rawat luka pada setiap ruang rawat inap, dan juga poster diabetes mellitus untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang penyakit diabetes mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia et.al, (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II. p. 18.
- Arifin & Putri, 2013. *Makalah Anatomi Fisiologi Manusia "Sistem Endokrin"*. Bandung: Sekolah Tinggi Farmasi Bandung
- Azrimaidaliza, (2011). Asupan Zat Gizi dan Penyakit Diabetes Mellitus Vol. 6, No. 1. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Derek, M I et.al, (2017). Hubungan Tingkat Stres Dengan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado Vol. 5 No. 1. *eJournal Keperawatan*
- Fahra, N. W. (2017). Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RS Bina Sehat Jember. *Nurseline Journal*, 63
- Faradhita et.al, (2014). Hubungan Asupan Magnesium dan Kadar Glukosa Darah Puasa Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus Tipe 2. *Indonesia Journal of Human Nutrition*, 72
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *J majority*.
- Handayani, LT. (2016). Studi Meta Analisis Perawatan Luka Kaki Diabetes Dengan Modern Dressing Vol. 6 No. 2. *The Indonesian Journal Of Health Science*.
- Herdman. (2018). Nanda-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Heriyannis, H. (2012). Diabetes Mellitus Tipe 1. *eJournal Keperawatan*
- Irianto, K. (2014). *Anatomi dan Fisiologi*. Bandung: ALFABETA.
- Khairani. (2012). Pengetahuan Diabetes Melitus Dan Upaya Pencegahan Pada Lansia Di Lam Bheu Aceh Besar Vol. 3 No. 3. *Idea Nursing Journal*
- Nugroho, T. (2011). *Asuhan Keperawatan*. yogyakarta: Nuha Medika.
- Pearce, E. C. (2012). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka.
- Putra dan berawi. (2015). Empat Pilar Penatalaksanaan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Vol. 4 No. 9. *Majority*

- Kemenkes RI. (2014, November 14). Situasi dan Analisis Diabetes. *Infodatin Pusat dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, p. 1.
- Rohmah & Walid. (2017). *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jember: Universitas Muhammadiyah Jember.
- Ruben et.al, (2016). Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Perubahan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Enemawira Vol. 4. No. 1. *eJournal Keperawatan*
- Simatupang, R. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Leaflet Tentang Diet Dm Terhadap Pengetahuan Pasien DM Di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Vol. 1, No. 2. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 165.
- Sumangkut, Sartika, et al. (2013). Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Penyakit Diabetes Melitus Tipe-2 Di Poli Interna Blu.RSUP.Prof. Dr. R. D. Kandou Vol. 1 No. 1. *eJournal Keperawatan*
- Umar, Rahmawati, et al. (2017). Hubungan Stres Dengan Citra Tubuh Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado 2016 Vol. 5 No. 1. *eJournal Keperawatan*



