ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. M DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 (DM) DENGAN FAKTOR PENYULIT BRONKOPNEUMONIA DI RUANG CEMPAKA RS MITRA KELUARGA BEKASI BARAT

Disusun Oleh:

Nurul Hanifah

201701049

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA
2020

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. M DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 (DM) DENGAN FAKTOR PENYULIT BRONKOPNEUMONIA DI RUANG CEMPAKA RS MITRA KELUARGA BEKASI BARAT

Disusun Oleh:

Nurul Hanifah

201701049

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MITRA KELUARGA
2020

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Nurul Hanifah

Nim : 201701049

Institusi : STIKes Mitra Keluarga Prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan faktor penyulit Bronkopneumonia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang dilakukan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas pembuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 01 Juni 2020

Yang membuat pernyataan

(Nurul Hanifah)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan faktor penyulit Bronkopneumonia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang telah disusun oleh Nurul Hanifah (201701049) ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 01 Juni 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga

(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep. MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan faktor penyulit Bronkopneumonia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang telah disusun oleh Nurul Hanifah (201701049) ini telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji 1

(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

Penguji II

(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Nama : **Nurul Hanifah**
NIM : **201701049**
Program Studi : **DIII Keperawatan**
Judul Karya Tulis Ilmiah :**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Faktor Penyulit Bronkopneumonia Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.**
Halaman : **xi + 77 Halaman + 1 Tabel + 4 Lampiran**
Nama Pembimbing : **R. Yeni Mauliawati**

ABSTRAK

Latar belakang : Penyakit Tidak Menular (PTM), termasuk Diabetes, saat ini telah menjadi ancaman serius kesehatan global. Dikutip dar**i** data WHO 2016, 70% dari total kematian di dunia lebih dari setengah beban penyakit. 90-95% dari kasus diabetes adalah diabetes tipe 2 yang sebagian besar dapat dicegah karena disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat.

Tujuan : Memperoleh gambaran kasus yang nyata dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Faktor Penyulit Bronkopneumonia.

Metode penulisan : Karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan adanya data-data dari pasien, keluarga dan medical record dan tim medis lainnya yang didapati.

Hasil : Diagnosa keperawatan dari pengkajian didapatkan 4 diagnosa yaitu penyebaran infeksi paru-paru, resiko kekurangan volume cairan, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan kurang pengetahuan. Diagnosa keperawatan prioritas pada pasien tersebut adalah penyebaran infeksi. Intervensi yang dibuat untuk diagnosa prioritas tersebut antara lain monitor suhu tubuh, auskultasi bunyi napas, anjurkan pasien batuk efektif, berikan posisi semi fowler, beri terapi O2 nasal kanul 5 lpm, beri terapi obat-obatan antibiotik sesuai prgram. Evaluasi keperawatan dari 4 diagnosa tercapai sebagian pada diagnosa pertama, pada diagnosa kdeua dan ketiga belum tercapai, dan diagnosa ke empat sudah tercapai.

Kesimpulan dan saran : Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus harus memperhatikan diagnosa keperawatan penyebaran infeksi paru-paru agar infeksi tidak semakin memperburuk keadaan pasien dan tidak terjadi komplikasi. Saran untuk perawat diharapkan dapat mengkaji pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 dengan faktor penyulit bronkopneumonia salah satu intervensi yang bisa dilakukan adalah melakukan posisi semi fowler dan menganjurkan pasien batuk efektif, tindakan ini cukup efektif dan tidak menimbulkan traumatik pada pasien.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan**,**Diabetes Mellitus Tipe 2, Bronkopneumonia.

Daftar pustaka : 11 referensi (2010-2016)

Student's Name : **Nurul Hanifah**
NIM : **201701049**
Study Program : **Nursing Diploma**
Judul Scientiic Writting : **Nursing care in patients Tn. M with type 2 diabetes mellitus with complications of bronchopneumonia in the room of the west Bekasi Mitra Keluarga hospital.**
Pages : **xi + 77 Pages + 1 Table + 4 A**
Preceptor's Name : **R. Yeni Mauliawati**

ABSTRACT

Background : Non-communicable diseases, including diabetes, have now become a serious threat to global health. Quoted from the 2016 WHO data, 70 % of total deaths in the world are more than half the burden of disease. 90-95% of diabetes cases are type 2 diabetes which is largely preventable because it is caused by an unhealthy lifestyle.

General purpose : Obtain a real case description in conducting nursing care in type 2 diabetes mellitus with of complications of bronchopneumonia.

Method : This scientific paper uses a descriptive method that is the exixtence of data from patients, family, medical records, and other medical teams found.

Result : Nursing diagnoses from the assessment obtained 4 diagnoses, namely the spread of lung infections, the risk of lack of fluid volume, changes in nutrition less than the body's needs, and lack of kwonledge. The priority nursing diagnosis in these patients is the spread of infection. Interventions made for priority diagnoses include monitoring body temperature, auscultating breath sounds, advising the patient to cough effectively, giving a semi fowler position, administering 5 lpm nasal cannula O2 therapy, and administering medication according to doctror's instruction.

Conclusion and recommendation : Nursing care in patients with diabetes mellitus must pay attention to the nursing diagnosis of the spread of lung infections so that the infection does not worsen the patient's condition and complications do not occur. Suggestions for nurses are expected to be able to study in fokus on patients with diabetes mellitus and conduct in depth assessments especially on patient risk factors.

Keywords : Diabetes Mellitus, nursing care.

Bibliography : 11 references (2010-2016)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat yang melimpah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan faktor penyulit Bronkopneumonia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat".

Penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan dalam menyusun makalah ini, baik yang datang dari luar maupun dari diri penulis. Namun atas bantuan dan motivasi dari banyak pihak, penulis dapat menyelesaikan makalah ini. Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. R. Yeni Mauliawati, S.Kep.,M.Kep., selaku penguji II, dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan saran, serta memotivasi penulis dalam menyelesaikan makalah ini.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga.
3. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep., selaku penguji 1.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Prodi DII Keperawatan.
5. Seluruh dosen dan staf STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan makalah ini.
6. Kepala ruangan, CM, dan staf perawat ruang, petugas rekam medik Rumah Sakit Mitra Keluarga yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan kepewatan kepada pasien.
7. Orang tua, terutama untuk Ibu saya tercinta, kakak, dan sahabat saya yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan makalah ini.
8. Tn. M dan Keluarga selaku pasien yang telah diberikan asuhan keperawatan, sehingga penulis dapat melakukan pembuatan makalah ini.

9. Sahabat-sahabat tersayang, Lailita Nur Sabrina, Novita Dwi Andini, Nepy, Hesty Apriyani, Wulan Dwi Safitri, Fildzah Farhana, Widya Nuzul Azizah, Shania Karista Anggraeni dan yang telah memberikan semangat, doa serta kebahagiaan selama di kampus.
10. Terima kasih kepada teman-teman KMB Safina Almaeda dan Andika Dwi Putra dan yang telah memberikan motivasi, dukungan dan bantuannya.
11. Rekan-rekan mahasiswa/I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga khususnya kelas IIIA yang saling mendukung dalam pembuatan makalah ini dan seluruh pihak yang terlibat dalam mendukung dan mendoakan penulis dalam pembuatan makalah ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa makalah ini masih jauh dari yang sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritikan dari pembaca untuk perbaikkan makalah ini. Semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS ii
LEMBAR PERSETUJUAN iii
LEMBAR PENGESAHAN iv
ABSTRAK v
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR LAMPIRAN xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
1. Tujuan umum 3
2. Tujuan Khusus 3
C. Metode Penulisan 4
D. Ruang Lingkup 4
E. Sistematika Penulisan 4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 6
A. Definisi Diabetes Mellitus 6
B. Etiologi 7
C. Patofisiologi 8
D. Manifestasi klinis 9
E. Komplikasi 10
F. Penatalaksanaan Medis 11
A. Konsep penyakit Bronkopneumonia 13
1. Pengertian Bronkopneumonia 13
2. Etiologi Bronkopneumonia 13
3. Patofisiologi 14
G. Pengkajian Asuhan Keperawatan 14
H. Diagnosa Keperawatan 17

I. Perencanaan Keperawatan 18
J. Pelaksanaan Keperawatan 26
K. Evaluasi Keperawatan 26
BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengkajian Keperawatan 28
B. Diagnosa Keperawatan 42
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan 43
BAB IV PEMBAHASAN 67
1. Pengkajian Keperawatan 67
2. Diagnosa Keperawatan 68
3. Perencanaan Keperawatan 69
4. Pelaksanaan Keperawatan 71
5. Evaluasi Keperawatan 72
BAB V PENUTUP 75
A. Kesimpulan 75
B. Saran 76
DAFTAR PUSTAKA 77

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

Lampiran 2 : SAP

Lampiran 3 : Materi Diabetes Mellitus

Lampiran 4 : Leaflet

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes mellitus adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang oleh karena gangguan keseimbangan karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan kekurangan insulin secara absolut maupun relative. Sehingga menyebabkan terjadinya hiperglikemia dan glukosusria.

Diabetes mellitus adalah penyakit metabolisme yang merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas normal yaitu lebih dari 200 mg/dl. Penyakit ini disebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif.

Menurut (Depkes, 2010) penyakit Diabetes Mellitus tipe dua bisa dilakukan pencegahan dengan mengetahui faktor risiko. Faktor risiko penyakit DM terbagi menjadi faktor yang berisiko tetapi dapat dirubah oleh manusia, dalam hal ini dapat berupa pola makan, pola kebiasaan sehari-hari, seperti makan, pola istirahat, pola aktifitas dan pengelolaan stres.

Menurut (IDF, 2014) Prevalensi diabetes mellitus terus meningkat setiap tahunnya. Internasional Diabetes Federation 2014 mengatakan bahwa 382 juta penduduk dunia menderita diabetes mellitus. Pada tahun 2014 IDF mengatakan jumlah penderita DM didunia sebanyak 415 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat 642 juta jiwa di tahun 2040. Pada tahun yang sama juga ditemukan fakta bahwa 1 dari 11 orang dewasa di dunia menderita DM dan setiap 6 detik satu orang meninggal karena DM.

Berdasarkan data yang diambil dari *medical record* Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dalam periode 13 April 2019 sampai dengan 10 Februari 2020 tercatat jumlah pasien dengan rawat inap seluruhnya adalah berjumlah 15.148. Ditemukan sebanyak 253 pasien penyakit Diabetes Mellitus dengan presentase (1,67%). Sebanyak 47 penderita dengan penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan presentase (18,5%) dari total keseluruhan penderita Diabetes Mellitus. Sebanyak 32 pasien laki-laki (68%) dan 15 pasien perempuan (31%) dari total keseluruhan penderita Diabetes Mellitus Tipe 2.

Angka kejadian Diabetes Mellitus seperti data yang diuraikan di atas dapat meningkat apabila penanganan Diabetes Mellitus tidak dilakukan secara cepat dan tepat. Penyakit Diabetes Mellitus dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik makrovaskuler maupun mikrovaskuler (Black, 2014). Dampak dari Diabetes Mellitus terhadap kualitas sumber daya manusia dan peningkatan biaya kesehatan cukup besar, sehingga sangat diperlukan program pengendalian Diabetes Mellitus Tipe 2.

Pada hal ini mengingat bahaya dari komplikasi Diabetes Mellitus ini. Maka peran perawat sangat dibutuhkan dalam merawat pasien. Salah satu peran perawat terhadap pasien dengan Diabetes Mellitus adalah sebagai edukator, promotor, advokat, konselor, care giver yang membantu proses penyembuhan pasien. Sebagai edukator yang beredukasi untuk mengontrol gula darah, mengenali tanda dan gejala Diabetes Mellitus, menjelaskan makanan/diit yang tepat pada penderita. Peran perawat dalam aspek promotif yang memberitahu informasi mengenai penyakit cara pencegahan Diabetes Mellitus berulang dan penatalaksanaannya. Aspek promotif dan aspek preventif perawat menjelaskan pengobatan terkontrol Diabetes Mellitus dapat mencegah terjadinya komplikasi, menganjurkan untuk menghindari makan yang manis dan berlemak. Aspek kuratif dengan menganjurkan pasien untuk mengontrol penyebab Diabetes Mellitus dan mengkonsumsi obat yang telah di berikan dokter sesuai dengan program

medis dan aspek rehabilitative dengan membantu memulihkan pasien agar mampu melakukan aktifitas secara optimal serta bertahap.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk menyusun dalam karya tulis ilmiah mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan faktor penyulit bronkopneumonia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien tersebut.

2. Tujuan Khusus

a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
b. Mahasiswa mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2.
d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2.
e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2.
f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori praktik.
g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi alternatif pemecahan masalah.
h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan makalah ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan cara mengumpulkan data, menganalisa dan menarik kesimpulan yang disajikan dalam bentuk narasi. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data melalui Studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan menggunakan pemeriksaan fisik pada pasien, obeservasi, wawancara dengan pasien dan keluarga pasien dan menerapkan asuhan keperawatan. Studi kepustakaan yaitu dengan cara memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun keperawatan dengan menggunakan media cetak yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah sistem endokrin khususnya penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 dan juga menggunakan media elektronik yaitu internet.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penulisan makalah ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Penulis menguraikan secara ringkas pembagian bahasan makalah ini untuk memberikan gambaran yang lebih jelas. Makalah ini terdiri dari lima BAB yang di susun secara sistematis, yaitu BAB I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II tinjauan teori yang terdiri atas pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV pembahasan mengenai perbandingan teori

dan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V penutup yang terdiri dari Kesimpulan dan Saran. Daftar pustaka, dan lampiran.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Diabetes Mellitus

Menurut (Black, 2014) Diabetes mellitus adalah penyakit kronik progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah pada hiperglikemia (kadar gula darah tinggi).

Menurut (Gallow, 2010) Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan dampak dari ketidakseimbangan insulin dalam tubuh akibat obesitas, gaya hidup, dan pola makan. Konsumsi karbohidrat yang berlebih menyebabkan ketidakseimbangan ikatan insulin dan karbohidrat dalam darah.

1. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut (Black, 2014) :

a. Diabetes mellitus tipe 1 (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) : IDDM biasanya mengarah ke defisiensi insulin absolut yang disebabkan oleh sel beta pankreas.
b. Diabetes mellitus tipe 2 (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus) : NIDDM

   Disebabkan oleh resistensi insulin yang menyebabkan kerusakan progresif pada sekresi hormon insulin.
c. Diabetes mellitus gestasional

   Terdiagnosa pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan biasanya bisa permanen. Setelah melahirkan akan kembali dalam keadaan normal.
d. Diabetes mellitus tipe lain, seperti diabetes neonatal, adanya penyakit cystic fibrosis, pengaruh obat atau pasca transplantasi.

B. Etiologi

Menurut (Hasdianah, 2012) menyatakan bahwa etiologi penyakit Diabetes mellitus adalah :

1) Kelainan genetik atau faktor keturunan

   Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab Diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus.

2) Usia

   Usia seseorang setelah > 40 tahun akan mengalami penurunan fisiologis. Pada orang-orang yang berumur fungsi organ tubuh semakin menurun hal ini di akibatkan aktivitas sel beta pankreas untuk menghasilkan insulin menjadi berkurang dan sensitifitas sel-sel jaringan menurun sehingga tidak menerima insulin.

3) Gaya hidup

   Perubahan gaya hidup menyebabkan peningkatan jumlah penderita diabetes yang cukup tinggi dipicu oleh gaya hidup yang tidak sehat seperti aktivitas fisik yang tidak dilakukan. Gaya hidup seperti ini mudah menimbulkan kegemukan. Dengan berat badan berlebih resiko seorang terkena diabetes juga semakin meningkat. Selain itu kurangnya aktifitas fisik yang dilakukan, konsumsi makanan beresiko, konsumsi alkohol dan rokok menjadi resiko diabetes mellitus.

4) Pola makan

   Teori menyebutkan bahwa seringnya mengonsumsi makanan/minuman yang manis akan meningkatkan resiko terjadinya diabetes mellitus karena meningkatkan konsentrasi glukosa dalam darah. Riwayat pola makan yang kurang baik juga menjadi faktor resiko, serta makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes.

5) Obesitas

   Seseorang dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes mellitus.

6) Stress

Stres menyebabkan peningkatan produksi hormon kortisol sehingga akan membuat penderita diabetes mellitus sulit tidur, depresi, tekanan darah turun dan nantinya akan membuat individu tersebut lemas dan memperbanyak dan memperbanyak makan serta menyebabkan obesitas dan akan meningkatkan aktifitas saraf simpatis sehingga hipotalamus akan mengeluarkan katekolamin yang berlebihan yang akan menyebabkan meningkatnya glikogenensis dan meningkatnya kadar gula dalam darah.

7) Penyakit dan infeksi pada pankreas

Mikroorganisme seperti bakteri dan virus dapat menginfeksi pankreas sehingga menimbulkan radang pankreas. Hal itu menyebabkan sel pada pankreas tidak bekerja secara optimal dalam mensekresi insulin.

8) Obat-obatan yang dapat merusak pankreas

Bahan kimiawi tertentu dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas. Peradangan pada pankreas dapat menyebabkan pankreas tidak berfungsi secara optimal dalam mensekresi hormon yang diperlukan untuk metabolisme dalam tubuh, termasuk hormon insulin.

C. Patofisiologi

Ada beberapa macam penyebab diabetes mellitus menurut (Kowalak, 2011) yang menyebabkan defisiensi insulin, kemudian menyebabkan glikogen meningkat, sehingga terjadi proses pemecahan gula baru (glukoneogenesis) dan menyebabkan metabolisme lemak meningkat. Kemudian akan terjadi proses pembentukan keton didalam plasma akan mengakibatkan ketonuria (keton dalam urin) dan kadar natrium akan menurun serta ph serum menurun dan terjadi asidosis.

Defisiensi insulin mengakibatkan penggunaan glukosa menurun, sehingga menyebabkan kadar glukosa dalam plasma tinggi (hiperglikemia). Jika hiperglikemia parah dan lebih dari ambang ginjal maka akan menyebabkan glukosuria. Glukosuria akan menyebabkan diuresis osmotik yang meningkatkan peningkatan air kencing (polyuria) dan akan timbul rasa haus (polidipsi) yang menyebabkan seseorang dehidrasi (Kowalak, 2011).

Glukosuria juga menyebabkan keseimbangan kalori negatif sehingga menimbulkan rasa lapar yang tinggi (polifagia). Penggunaan glukosa oleh sel menurun akan mengakibatkan produksi metabolisme energi menurun sehinga tubuh akan menjadi lemah. Hiperglikemia dapat berpengaruh pada pembuluh darah kecil, sehingga menyebabkan suplai nutrisi dan oksigen ke perifer berkurang. Kemudian bisa mengakibatkan luka tidak kunjung sembuh karena terjadi infeksi dan gangguan pembuluh darah akibat kurangnya suplai nutrisi dan oksigen. Gangguan pembuluh darah mengakibatkan aliran darah ke retina menurun, sehingga terjadi penurunan suplai nutrisi dan oksigen yang menyebabkan pandangan menjadi kabur. Akibat utama dari perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktur dan fungsi ginjal yang menyebabkan terjadinya nefropati yang berpengaruh pada saraf perifer, sistem saraf otonom serta sistem saraf pusat (Kowalak, 2011).

D. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala diabetes mellitus tipe 2 menurut (Kowalak, 2011) yaitu :

a. Poliuria (air kencing keluar banyak) dan polydipsi (rasa haus yang berlebih) yang disebabkan karena osmolalitas serum yang tinggi akibat kadar glukosa serum yang meningkat.
b. Anoreksia dan polifagia (rasa lapar yang berlebih) yang terjadi karena glukosuria yang menyebabkan keseimbangan kalori negatif.
c. Keletihan (rasa cepat lelah) dan kelemahan yang disebabkan penggunaan glukosa oleh sel menurun.
d. Kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuhnya, dan rasa gatal pada kulit.
e. Sakit kepala, mengantuk, dan gangguan pada aktivitas disebabkan oleh kadar glukosa intrasel yang rendah.
f. Kram pada otot, iritabilitas, serta emosi yang labil akibat ketidakseimbangan elektrolit.
g. Gangguan penglihatan seperti pemandangan kabur yang disebabkan karena pembengkakan akibat glukosa.
h. Sensasi kesemutan atau kebas di tangan dan kaki yang disebabkan kerusakan jaringan saraf.

i. Gangguan rasa nyaman dan nyeri pada abdomen yang disebabkan karena neuropati otonom yang menimbulkan konstipasi.
j. Mual, diare, dan konstipasi yang disebabkan karena dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit serta neoropati otonom.

E. Komplikasi

Komplikasi dari diabetes mellitus menurut (Black, 2014) diklasifikasikan menjadi komplikasi akut terjadi dan komplikasi kronik.

1. Komplikasi akut diabetes mellitus
   a. Hiperglikemia

      Hiperglikemia akibat glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel karena kuramngnya insulin. Tanpa tersedianya karbohidrat untuk bahan bakar sel, hati mengubah simpanan glikogennya kembali ke glukosa (glikogenolisis). Namun respon ini memperberat situasi dengan meningkaynya kadar glukosa darah bahkan lebih tinggi.

   b. Ketoasidosis

      Asidosis metabolik berkembang dari pengaruh asam akibat keton asetaoasetat dan hidrokisibutirat beta. Kondisi ini disebut ketoasidosis diabetik.

   c. Hipoglikemia

      Hipoglikemia (juga dikenal sebagai reaksi insulin atau hipoglikemi) adalah ciri umum dari DM tipe 1 dan juga dijumpai di dalam pasien DM tipe 2 yang diobati insulin atau obat oral.

2. Komplikasi kronik diabetes mellitus
   b. Penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar) : biasanya penyakit ini memengaruhi sirkulasi koroner, pembuluh darah perifer, dan pembuluh darah otak.
   c. Penyakit mikrovaskular (pembuluh darah kecil): biasanya penyakit ini memengaruhi mata (retinopati) dan ginjal (nefropati); kontrol kadar gula darah untuk menunda atau mencegah komplikasi mikrovaskular maupun mikrovaskular.

d. Neuropatik : memengaruhi saraf sensori motorik dan otonom yang mengakibatkan beberapa masalah, seperti impotensi dan ulkus kaki.
e. Nefropati : penyebab tunggal paling sering dari penyakit ginjal kronis tahap 5, dikenal sebagai penyakit ginjal tahap akhir. Sekitar 20% pasien dengan DM tipe 2 ditemukan memiliki nefropati 5-10 tahun setelah diagnosis.
f. Retinopati : penyebab utama kebutaan diantara pasien dengan DM sekitar 80% memiliki beberapa bentuk retinopati 15 tahun setelah diagnosis. Penyebab retinopati tidak dipahami pasti baik tapi kemungkinan multi faktor dan berhubungan dengan glikosilasis protein, iskemik, dan mekanisme hemodinamik.
g. Penyebaran infeksi

   Penderita Diabetes Mellitus rentan terhadap infeksi banyak tipe. Sejak infeksi terjadi, infeksi sulit untuk diobati. Tiga faktor yang mungkin berkontribusi terhadap perkembangan infeksi adalah fungsi leukosit polimorfonuklear (PNM) terganggu, neuropati diabetik, dan ketidakcukupan pembuluh darah. Kontrol glikemik yang jelek juga memperbesar pentingnya faktor-faktor ini (Black, 2014).

F. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 menurut (Kowalak, 2011) dibedakan menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis.

a. Terapi farmakologis

   Pemberian terapi farmakologis harus diikuti dengan pengaturan pola makan dan gaya hidup yang sehat. Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan obat suntikan, yaitu :

   1) Obat antihiperglikemia oral

      Berdasarkan cara kerjanya obat ini dibedakan menjadi beberapa golongan, antara lain:

      a) Pemacu sekresi insulin : Sulfonilurea dan Glinid

         Efek utama obat Sulfonilurea yaitu memacu sekresi insulin oleh sel beta pankreas, cara kerja obat glinid sama dengan cara kerja obat

sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama yang dapat mengatasi hiperglikemia post prandial.

b) Penurunan sensitivitas terhadap insulin : Metformin dan Tiazolidindion (TZD)

   Efek utama metformin yaitu mengurangi produksi glukosa hati (gluconeogenesis) dan memperbaiki glukosa perifer. Sedangkan efek dari Tiazolidindion (TZD) adalah menurunkan resistensi insulin dengan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan glukosa di perifer.

c) Penghambat absorpsi glukosa: penghambat glukosidase alfa.

   Fungsi obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga memiliki efek menurunkan kadar gula darah dalam tubuh sesudah makan.

d) Penghambat DPP-IV (Dipeptidyl Peptidase-IV)

   Obat golongan berfungsi untuk menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (Glucose Like Peptide-1) tetap dalam konsentrasi yang tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi glukagon sesuai kadar glukosa darah (glucose dependent).

e) Kombinasi obat oral dan suntikan insulin

   Kombinasi obat antihiperglikemia oral dan insulin yang banyak dipergunakan adalah kombinasi obat antihiperglikemia oral dan insulin basal (insulin kerja mencegah atau insulin kerja panjang), yang diberikan pada malam hari menjelang tidur. Terapi tersebut biasanya dapat mengendalikan kadar glukosa darah dengan baik jika dosis insulin kecil atau cukup. Dosis awal insulin kerja menengah adalah 6-10 unit yang diberikan sekitar jam 22.00, kemudian dilakukan evaluasi dosis tersebut dengan melihat nilai kadar glukosa darah puasa keesokan harinya. Ketika kadar glukosa darah sepanjang hari masih tidak terkendali meskipun sudah mendapat insulin basal, maka perlu diberikan terapi kombinasi insulin basal dan prandial, serta pemberian obat antihiperglikemia oral dihentikan.

2) Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi menurut (Kowalak, 2011) yaitu:

1) Edukasi

Edukasi bertujuan untuk promosi kesehatan supaya hidup menjadi sehat. Hal ini perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan dan bisa digunakan sebagai pengelolaan DM secara holistic.

2) Terapi nutrisi medis (TNM)

Pasien DM perlu diberikan pengetahuan tentang jadwal makan yang teratur, jenis makanan yang baik beserta jumlah kalorinya, terutama pada pasien yang menggunakan obat penurun glukosa darah maupun insulin.

3) Latihan jasmani atau olahraga

Pasien DM harus berolahraga secara teratur yaitu 3 sampai 5 hari dalam seminggu selama 30 sampai 45 menit, dengan total 150 menit perminggu, dan dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Jenis olahraga yang dianjurkan bersifat aerobic dengan intensitas sedang yaitu 50 sampai 70% denyut jantung maksimal seperti: jalan cepat, sepeda santai, berenang dan jogging.

A. Konsep penyakit Bronkopneumonia

1. Pengertian Bronkopneumonia

Bronkopneumonia adalah suatu peradangan pada parenkim paru dimana peradangan tidak saja pada jaringan paru tetapi juga pada bronkioli (Ringel, 2012).

2. Etiologi Bronkopneumonia

Menurut (Nanda, 2015) secara umum bronkopneumonia diakibatkan oleh penurunan mekanisme pertahanan tubuh terhadap virulensi organisme patogen. Orang normal dan sehat mempunyai mekanisme pertahanan tubuh terhadap organ pernapasan yang terdiri atas: reflek glotis dan batuk, adanya lapisan mukus, gereakan silia yang menggerakan kuman keluar dari organ dan sekresi humoral setempat.

Penyebab terjadinya Bronkopneumonia disebabkan oleh bakteri seperti diplococus pneumonia, pneumococus, stretococus, hemoliticus aureus, haemophilus influenza, basilus friendlander (klebsial pneumoni), mycobacterium tuberculosis, disebabkan oleh virus seperti respiratori syntical virus, virus influenza dan virus sitomegalik, dan disebabkan oleh jamur seperti citoplasma capsulatum, criptococus nepromas, blastomices dermatides, aspergillus Sp, candida albicans, mycoplasma pneumonia dan aspirasi benda asing.

3. Patofisiologi

Sebagian besar penyebab dari bronkopneumonia ialah mikroorganisme (jamur, bakteri, virus). Awalnya mikroorganisme masuk melalui percikan ludah (droplet) invasi ini dapat masuk ke saluran pernapasan atas dan dan menimbulkan reaksi imunologis dari tubuh. Reaksi ini dapat menyebabkan peradangan, dimana ketika terjadi peradangan ini tubuh dapat menyusuaikan diri maka timbulah gejala demam pada penderita. Reaksi peradangan ini dapat menimbulkan secret. Semakin lama akan semakin menumpuk di bronkus maka aliran bronkus menjadi semakin menumpuk di bronkus menjadi semakin sempit dan pasien dapat merasa sesak (Amin, 2013).

G. Pengkajian Asuhan Keperawatan

Menurut (Doengoes, 2012) fokus pengkajian pada kilen dengan Diabetes melitus antara lain :

1. Aktivitas atau Istirahat

   Gejala : Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kram otot, tonus otot menurun, dan gangguan tidur atau istirahat.

   Tanda : Adanya takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, penurunan gangguan otot dan disorientasi.

2. Sirkulasi

   Gejala : Adanya riwayat hipertensi, Klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama.

Tanda : Takikardia, perubahan tekanan darah postural : hipertensi, nadi yang menurun atau tidak ada, distritmia, krekles: DVJ (GJK), kulit terasa panas, kering dan kemerahan ; bola mata cekung.

3. Integritas Ego

   Gejala : Stres ; tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

   Tanda : Ansietas dan peka rangsangan.

4. Eliminasi

   Gejala : Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri atau terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru atau berulang, nyeri tekan abdomen dan diare.

   Tanda : Urine encer, pucat, kuning; poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria atau anuria jika terjadi hipovolemia berat), urine berkabut, bau busuk (infeksi), abdomen keras, adanya asites, bising usus lemah dan menurun : hiperaktif (diare).

5. Makanan atau Cairan

   Gejala : Nafsu makan hilang, mual atau muntah, tidak mengikuti diet ; penigkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari atau minggu, haus,dan penggunaan diuretik (tiazid).

   Tanda : Kulit kering atau bersisik, turgor jelek, kekakuan atau distensi abdomen, muntah, pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolik dengan peningkatan tekanan darah, bau halitosis atau manis, bau buah (napas aseton).

6. Neurosensori

   Gejala : Pusing atau pening, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia dan gangguan penglihatan.

   Tanda : Disorientasi, mengantuk, letargi, stupor atau koma (tahap lanjut), gangguan memori (baru, masa lalu); kacau mental, refleks tendon dalam (RTD) menurun (koma), dan aktivitas kejang (tahap lanjut dari DKA).

7. Nyeri atau Kenyamanan

   Gejala : Abdomen yang tegang atau nyeri (sedang atau berat).

Tanda : Wajah meringis dengan palpitasi ; tampak sangat berhati-hati.

8. Pernapasan

   Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak).

   Tanda : Lapar udara, batuk dengan atau tanpa sputum purulen (infeksi), dan frekuensi pernapasan.

9. Keamanan

   Gejala : Kulit kering dan gatal ; ulkus kulit.

   Tanda : Demam, diaforesis, kulit rusak, lesi atau ulserasi, menurunnya kekuatan umum atau rentang gerak, dan paralisis otot termasuk otot-otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam.

10. Seksualitas

    Gejala : Raba vagina (cenderung infeksi).

    Masalah impoten pada pria ; kesulitan orgasme pada wanita.

11. Penyuluhan atau Pembelajaran

    Gejala : faktor risiko keluarga : DM, penyakit jantung , stroke, hipertensi, penyembuhan yang lambat, penggunaan obat seperti steroid, diuretik (tiazid) ; Dilantin dan fenobarbital (dapat meningkatkan kadar glukosa darah) dan mungkin atau tidak memerlukan obat diabetik sesuai pesanan.

    Menurut (Doengoes, 2012) pemeriksaan diagnostik pada Diabetes mellitus yaitu :

    a. Glukosa darah : meningkat 200-100 mg/dl atau lebih
    b. Aseton plasma (keton) : positif secara mencolok
    c. Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat
    d. Osmolalitas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dari 330 mosm/l
    e. Elektrolit :

       Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun

       Kalium : normal atau peningkatan semu, selanjutnya akan menurun

       Fosfor : lebih sering menurun

f. Hemoglobin glikosilat : kadarnya meningkat 2-4 kali lipat dari normal yang mencerminkan kontrol DM yang kurang selama 4 bulan terakhir (lama hidup SDM) dan karena nya sangat bermanfaat dalam membedakan DKA dengan kontrol tidak adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden (mis : ISK baru)
g. Gas darah arteri : biasanya menunjukan ph rendah dan penurunan pada HCO3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi respiratorik.
h. Trombosit darah : ht mungkin meningkat (dehidrasi), leukositosis, hemokonsentrasi, merupakan respons terhadap stres atau infeksi
i. Ureum/ kreatinin : mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/ penurunan fungsi ginjal)

H. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doengoes, 2012) Diagnosa Keperawatan pada kilen dengan Diabetes melitus antara lain :

1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (hiperglikemia).
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.
3. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi, infeksi pernapasan yang ada sebelumnya atau ISK.
4. Perubahan sensori perseptual berhubungan dengan perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit.
5. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah: insufiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi: status hipermetabolik/infeksi.
6. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/ progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain.
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan/ mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal informasi.

I. Perencanaan Keperawatan

1. **Resiko tinggi kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (hiperglikemia).**

   Tujuan dan Kriteria hasil : mendemonstrasikan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba, turgor kulit dan pengisian kapiler baik, haluaran urine tepat secara individu dan kadar elektrolit dalam batas normal.

   Intervensi :

   a. Dapatkah riwayat pasien/ orang terdekat sehubungan dengan lamanya dari gejala seperti muntah dan pengeluaran urin yang berlebih.

      Rasional : membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total.

   b. Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik.

      Rasional : hipovolemia dapat dimanisfestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovolemia dapat dibuat ketika tekanan darah sistolik pasien turun lebih dari 10 mmHg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri.

   c. Kaji pola napas seperti adanya pernapasan kusmaul atau pernapasan berbau keton.

      Rasional : paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis. Pernapasan yang berbau aseton berhubungan pemecahan asam aseto-asetat dan harus berkurang bila ketosis harus terkoreksi.

   d. Kaji frekuensi dan kualitas pernapasan, penggunaan otot bantu napas, dan adanya periode apnea dan munculnya sianosis.

      Rasional : koreksi hiperglikemia dan asidosis akan menyebabkan pola dan frekuensi pernapasan mendekati normal. Tetapi peningkatan kerja pernapasan: pernapasan dangkal, pernapasan cepat: dan munculnya sianosis mungkin merupakan indikasi dari kelelahan pernapasan dan/ mungkin pasien itu kehilangan kemampuan nya untuk melakukan kompensasi pada asidosis.

   e. Kaji suhu, warna kulit, atau kelembabannya.

Rasional : meskipun demam, menggigil, dan diaforesis merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi, demam dengan kulit yang kemerahan, kering yang mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi.

f. Kaji nadi perifer, pengisisan kapiler, turgor kulit, dan membran mukosa.

   Rasional : merupakan indikator dari tingkat dehidrasi atau volume sirkulasi yang adekuat.

g. Pantau masukan dan pengeluaran, catat berat jenis urine.

   Rasional : memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan dari terapi yang diberikan.

h. Pertahankan untuk memberikan cairan paling sedikit 2500ml/hari.

   Rasional : mempertahankan hidrasi atau volume sirkulasi.

i. Observasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, edema, peningkatan berat badan, nadi tidak teratur.

   Rasional : pemberian cairan untuk perbaikan yang cepat mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan berat cairan.

j. Berikan terapi sesuai dengan indikasi.

   Rasional : tipe dan jumlah dari cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individual.

k. Pasang/ pertahankan kateter urine tetap terpasang.

   Rasional : memberikan pengukuran yang tepat/akurat terhadap pengukuran haluaran urine terutama jika neuropati otonom menimbulkan gangguan kantung kemih (retensi urine/ inkontinensia).

l. Pantau pemeriksaan laboratorium seperti : natrium.

   Rasional : mungkin menurun yang dapat mencerminkan perpindahan cairan dari intrasel (diuresis osmotik). Kadar natrium yang tinggi mencerminkan kehilangan cairan/ dehidrasi berat natrium dalam berespon terhadap sekresi aldosteron.

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.

Tujuan dan Kriteria hasil : mencerna jumlah kalori/nutrien yang tepat, menunjukkan tingkat energi biasanya, mendemonstrasikan berat badan stabil atau penambahan ke arah rentang biasanya/ yang diinginkan dengan nilai laboratorium normal.

Intervensi :

a. Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien.

   Rasional : mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik.

b. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen, kembung, mual muntahan makan yang belum sempat dicerna.

   Rasional : hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/ fungsi lambung.

c. Identifikasi makanan yang disukai/dikehendaki termasuk kebutuhan etnik/kultur.

   Rasional : jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencanaan makan, kerja sama ini dapat diupayakan setelah pulang.

d. Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi.

   Rasional : meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien.

e. Observasi tanda-tanda hipoglikemia, seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan.

   Rasional : karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang, dan smeentara tetap diberikan insulin maka hipoglikemia dapat terjadi. Jika pasien dalam keadaan koma, hipoglikemia mungkin terjadi tanpa memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran. Ini secara potensial dapat mengancam kehidupan yang harus dikaji dan ditangani secara cepat melalui tindakan protokol yang direncanakan.

f. Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunkan “Finger stick”

Rasional : analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat (menunjukkan keadaan saat dilakukan pemeriksaan) dari pada memantau gula dalam urine (reduksi urine) yang tidak cukup akurat untuk mendeteksi fluktuasi kadar gula darah dan dapat dipengaruhi oleh ambang ginjal pasien secara individual atau adanya retensi urine/gagal ginjal.

g. Pantau pemeriksaan Laboratorium seperti glukosa darah.

   Rasional : gula darah akan menurun perlahan dengan pergantian cairan dan terapi insulin terkontrol.

h. Berikan larutan glukosa, misalnya dextrosa dan setengah salin normal.

   Rasional : larutan glukosa ditambahkan setelah insulin dan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dl. Dengan metabolisme karbohidrat mendekati norrmal, perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia.

i. Lakukan konsultasi dengan ahli diet.

   Rasional : sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien serta membantu pasien dalam mengembangkan perencanaan makan.

j. Berikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein dan 20% lemak dalam penataan makan makanan tambahan.

   Rasional : kompleks karbohidrat, dapat menurunkan kadar glukosa/ kebutuhan insulin, menurunkan kadar kolesterol darah dan meningkatkan rasa kenyang.

k. Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinue. Seperti bolus IV diikuti dengan tetesan yang kontinu melalui alat pompa kira-kira 5-10 IU/jam sampai glukosa darah mencapai 250 mg/dl.

   Rasional : insulin reguler memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa ke dalam sel. Banyak orang berpendapat bahwa metode kontinu ini merupakan cara yang optimal untuk mempermudah transisi pada metabolisme karbohidrat dan menurunkan insiden hipoglikemia.

3. **Infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi, infeksi pernapasan yang ada sebelumnya atau ISK.**

   Tujuan dan Kriteria hasil : mengidentifikasi intervensi untuk mencegah/menurunkan risiko infeksi, mendemonstrasikan teknik, perubahan gaya hidup untuk mencegah terjadinya infeksi.

   Intervensi :

   a. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, warna urine keruh atau berkabut.

      Rasional : pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial.

   b. Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.

      Rasional : mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial).

   c. Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (pemasangan infus dan kateter urine).

      Rasional : kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media bagi pertumbuhan kuman.

   d. Pasang kateter/ lakukan perawatan perineal dengan baik. Ajarkan pasien untuk membersihkan daerah perineal dari depan kearah belakang setelah eliminasi.

      Rasional : mengurangi resiko terjadinya infeksi saluran kemih.

   e. Berikan perawatan kulit dengan tertatur, masage daerah tulang yang tertekan, jaga kulit dan linen tetap kering.

      Rasional : sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit atau infeksi.

   f. Auskultasi bunyi napas.

Rasional : ronkhi mengindikasikan adanya akumulasi sekret yang mungkin berhubungan dengan pneumonia/bronkitis.

g. Posisikan pasien pada posisi semi fowler.

Rasional : memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang, menurunkan terjadinya risiko aspirasi.

h. Lakukan perubahan posisi dan anjurkan pasien untuk batuk efektif/napas dalam jika pasien sadar dan kooperatif.

Rasional : membantu dalam memventilasikan semua daerah paru dan memobilisasi sekret. Mencegah agar sekret tidak statis dengan terjadinya peningkatan terhadap risiko infeksi.

i. Berikan tisue dan tempat untuk sputum yang mudah dujangkau.

Rasional : mengurangi penyebaran infeksi.

j. Bantu pasien untuk melakukan oral hygiene.

Rasional : menurunkan risiko terjadinya penyakit mulut/gusi.

k. Berikan obat antibiotik sesuai program medis.

Rasional : penangan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

4. Perubahan sensori perseptual berhubungan dengan perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit.

Tujuan dan Kriteria hasil : mempertahankan tingkat mental biasanya, mengenali dan mengkompensasi adanya kerusakan sensori.

Intervensi :

a. Pantau tanda-tanda vital dan status mental.

Rasional : sebagai dasar untuk membandingkan temuan abnormal. Seperti suhu yang meningkat dapat mempengaruhi fungsi mental.

b. Jadwalkan intervensi keperawatan agar tidak menganggu waktu istirahat pasien.

Rasional : meningkatkan tidur, menurunkan rasa letih dan dapat memperbaiki daya pikir.

c. Pelihara aktifitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan.

Rasional : membantu memelihara pasien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya.

d. Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi.

Rasional : meningkatkan keamanan pasien terutama ketika rasa keseimbangan dipengaruhi.

5. **Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah: insufiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi: status hipermetabolik/infeksi.**

Tujuan dan Kriteria hasil : menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas yang diinginkan.

Intervensi :

a. Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan akivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktifits yang menimbulkan kelelahan.

Rasional : pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah.

b. Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup / tanpa diganggu.

Rasional : mencegah kelelahan yang berlebihan.

c. Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktifitas.

Rasional : mengindikasikan tingkat aktifitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.

6. **Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/ progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain.**

Tujuan dan Kriteria hasil : membantu dalam merencanakan perawatannya sendiri dan secara mandiri mengambil tanggungjawab untuk aktifitas perawatan diri.

Intervensi :

a. Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan di rumah sakit dan penyakitnya secara keseluruhan.

   Rasional : mengidentifikasi area perhatianya dan memudahkan cara pemecahan masalah.

b. Anjurkan pasien untuk membuat keputusan sehubungan dengan perawatannya, seperti ambulasi, waktu beraktifitas, dan seterusnya.

   Rasional : mengkomunikasikan pada pasien bahwa beberapa pengendalian dapat dilatih pada saat perawatan.

c. Berikan dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan usaha yang dilakukannya.

   Rasional : meningkatkan perasaan kontrol terhadap situasi.

7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan/ mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal informasi.

Tujuan dan Kriteria hasil : mengidentifikasi pemahaman tentang penyakit, mengidentifikasi hubungan, tanda/gejala dengan proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan faktor penyebab.

Intervensi :

a. Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian, dan selalu ada untuk pasien.

   Rasional : menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar.

b. Bekerja dengan pasien dalam menata tujuan belajar yang diharapkan.

   Rasional : partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerja sama pasien dengan prinsip-prinsip yang dipelajari.

c. Demonstrasikan teknik penanganan stres, seperti latihan napas dalam, bimbingan imajinasi, mengalihkan perhatian.

   Rasional : meningkatkan relaksasi dan pengendalian terhadap respons stres yang dapat membantu untuk membatasi peristiwa ketidakseimbangan glukosa/insulin.

d. Identifikasi sumber-sumber yang ada di masyarakat bila ada.

Rasional : dukungan kontinu biasanya penting untuk menopang perubahan gaya hidup dan meningkatkan penerimaan atas diri sendiri.

J. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Asmadi, 2013), implementasi ialah tahap ketika perawat melakukan intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap yaitu:

Fase pertama, merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga.

Fase kedua, perawat berusaha menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi pasien. Implementasi keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, independent yaitu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya, interdependent yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya, dependent yaitu berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

Fase ketiga, merupakan terminasi perawat dengan pasien setelah implementasi keperawatan setelah dilakukan. Pada tahap ini perawat mengevaluasi respon atau hasil tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dan mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan berikut respon atau hasilnya.

K. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi ditunjukan untuk menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai apa belum, mengkaji penyebab jika tujuan belum tercapai.

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada proses dan hasil tindakan keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Perumusan evaluasi formatif meliputi SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (pembanding data dengan teori) dan perencanaan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi sumatif biasanya dilakukan pada saat pemindahan atau pemulangan pasien.

Disamping itu ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu, tujuan tercapai jika pasien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang diharapkan, tujuan tidak tercapai jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru (Asmadi, 2013).

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien Tn. M usia 81 tahun, status perkawinan menikah, agama Katolik, suku bangsa Batak, pendidikan terakhir SD, Bahasa yang di gunakan bahasa Indonesia, Pekerjaan Pensiun, Alamat rumah di Bekasi. Sumber biaya adalah biaya asuransi, sumber informasi adalah dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, Tim medis lain, dan rekam medis. Pasien di rawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat di ruang Cempaka sejak tanggal 05 Februari 2020 dengan diagnosa medik Diabetes melitus Tipe 2.

2. Resume

Tn. M datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat melalui UGD pada tanggal 05 Februari 2020 pukul 08.30 WIB. Pasien datang dengan keluhan demam suhu 37,9°C sejak pagi, sesak napas, muntah sejak pukul 07.00 pagi, batuk berdahak sudah seminggu, pasien mengeluh pusing, kesemutan, berat badan turun 4 kg dan Gds 243 mg/dl. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, masalah keperawatan yang muncul adalah resiko infeksi. Tindakan yang telah dilakukan mengobservasi TTV, memberikan O2 nassal 5 liter permenit, memasang infus RL 500 cc di tangan kiri pasien, melakukan pemeriksaan EKG, melakukan tindakan kolaborasi pemeriksaan lab, foto thorax, darah lengkap dan memberikan obat extra Ondansentron 4 mg (iv), dan Farbion 1 amp (iv). Evaluasi secara umum kesadaran pasien compos mentis, kesadaran umum sakit sedang, pasien masih agak sesak, lemas dan pasien tampak batuk, tanda-tanda vital adalah tekanana darah 142/84 mmHg, Nadi 102 x/menit, Pernafasan 23 x/menit, suhu 37,8°C. Hasil EKG kesan sinus takikardi, hasil lab gula darah 243 mg/dl, Leukosit 17,310 /ul. Pasien

dipindahkan ke ruang cempaka pada tanggal 5 Februari 2020 pukul 12.30 WIB.

Selama 5 hari perawatan keluhan pasien yaitu demam dengan suhu 37,8°C, batuk tidak produktif, pasien mengeluh pusing, kesemutan, berat badan turun 4 kg dan agak sesak. Masalah keperwatan yang muncul resiko infeksi, tindakan yang telah dilakukan adalah memberikan terapi RL 500/ 8 jam, Cefoperazone sulbactam 2 x 1 gr (iv) , Levofloxacin 1 x 500 mg/100cc (iv) dan Novorapid 3 x 6 UI/sc.

Evaluasi keseluruhan pada saat tanggal 10 Februari 2020 di dapatkan data kesadaran pasien compos mentis, pasien mengeluh pusing, kesemutan, berat badan turun 4 kg, agak sesak, batuk tidak produktif, hasil lab foto thorax : Kesan : Lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia dan gula darah sewaktu 155 mg/dl di banding tanggal 5 Februari 2020 ada perbaikan, pasien terpasang O2 nasal 5 liter permenit, namun DC tetap terpasang, tekanan darah 138/72 mmHg, Nadi 82 x/menit, Pernafasan 22 x /menit dan Suhu 37,8°C dan Leukosit ; 17,310 /ul.

3. Riwayat keperawatan

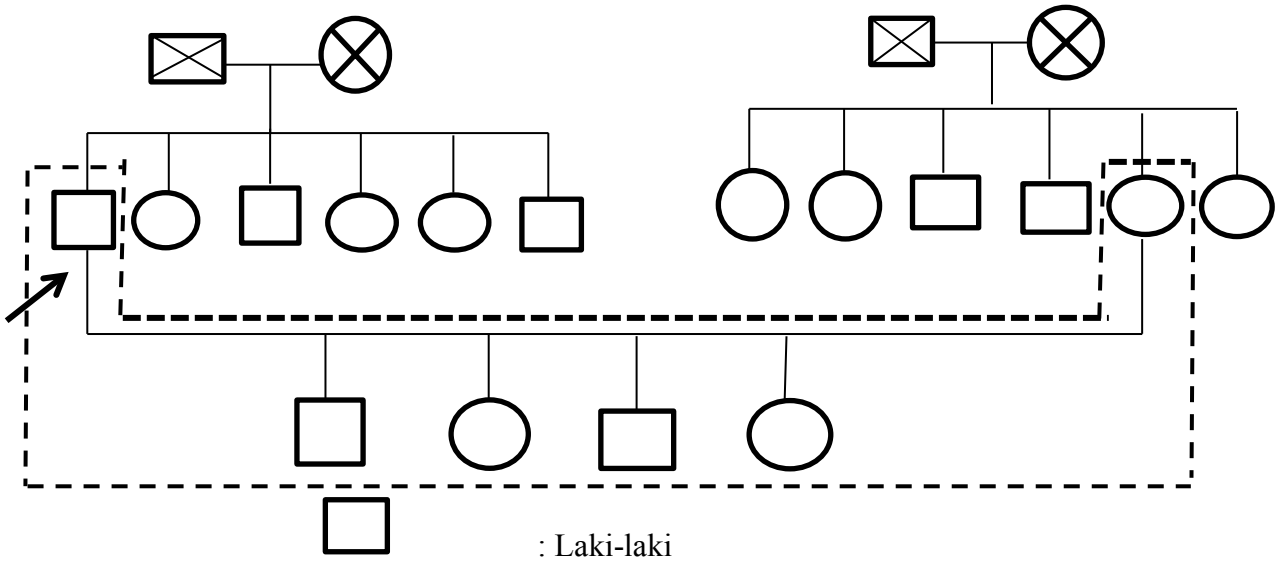
a. Riwayat kesehatan sekarang gula darah saat ini

   Pada tanggal 05 Februari 2020 pasien masuk di UGD gula darah 243 mg/dl, sedangkan pada saat tanggal 10 Februari gula darah pasien menjadi 155 mg/dl mengalami perbaikan. Upaya yang dilakukan adalah membawa pasien berobat ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

   Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 2011. Keluarga mengatakan pasien sering mengkonsumsi makanan dan minuman yang manis sehari bisa tiga kali. Namun keluarga dan pasien tidak pernah memeriksa gula darahnya ke pelayanan kesehatan karena pasien tidak mau, namun pasien terkadang sering mengeluh lemas dan pusing.

c. Riwayat kesehatan keluarga



: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

: Garis perkawinan

: Garis keturunan

: Tinggal serumah

Pasien tinggal dengan istri dan kedua anaknya, pasien mengatakan ibunya sudah meninggal, pasien mengatakan ibunya mempunyai penyakit hipertensi. Sedangkan orang tua dari istri pasien orang tua sudah meninggal.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istri dan anaknya-anaknya. Pola komunikasi yang digunakan oleh keluarga Tn. M adalah pola

komunikasi yang terbuka, jadi setiap anggota keluarga mempunyai masalah mereka selalu membicarakan dengan anggota keluarga lainnya. Istri pasien mengatakan setiap pengambilan keputusan di keluarga Tn. M dengan cara demokratis dan bermusyawarah antara anggota keluarga. Istri Tn. M mengatakan sebelum sakit Tn. M selalu ikut kerja bakti dan ke gereja untuk beribadah. Pasien mengatakan dampak dari penyakitnya yaitu tidak dapat bekerja. Masalah yang mempengaruhi pasien yaitu pasien tidak ada masalah karena pasrah sama Tuhan.

Istri pasien mengatakan mekanisme koping terhadap stress adalah jika mendapat masalah pasien mengatakan tidur terkadang juga marah-marah. Tn. M keluarga dan berharap setelah perawatan dapat cepat sembuh dan tidak ada penyakit sisa. Istri Tn. M mengatakan ada perubahan pada pasien setelah sakit yaitu perubahan pasien sering tidur, lemas, pusing dan aktivitas di bantu total. Sistem nilai kepercayaan, istri Tn. M mengatakan tidak ada yang bertentangan tentang kesehatan. Keluarga Tn. M setiap sakit langsung di bawa ke rumah sakit maupun ke dokter. Pasien mengatakan aktivitas agama yang pasien lakukan biasanya pasien ke gereja untuk beribadah. Istri pasien mengatakan lingkungan rumahnya kurang bersih dan berada dipinggir jalan.

e. Pola kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Istri pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit: pasien makan 3 kali perhari, nafsu makan baik, pasien dapat menghabiskan 1 porsi makan, pasien suka makan makanan yang manis dan berlemak seperti kue basah, jeroan, dan gorengan serta suka minum teh manis 3 kali perhari. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang membuatnya alergi, makanan pantangan seharusnya pasien tidak boleh makan makanan yang manis dan berlemak seperti kue basah, jeroan, gorengan dan minuman manis.

Setelah dirumah sakit nafsu makan pasien kurang baik pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi saja, pasien mengatkan lemas dan makanan diet pasien di rumah sakit adalah 1700 kalori/ hari.

Tn. M mengatakan tidak nafsu makan di rumah sakit karena makanan di rumah sakit tidak ada rasanya.

2) Pola eliminasi

a) Istri pasien mengatakan sebelum di bawa ke rumah sakit frekuensi BAK pasien 8-9 x/hari, warna urine kuning, tidak ada keluhan selama BAK.

Setelah di rumah sakit pola BAK menggunakan kateter urine, warna urine pasien kuning jernih dan jumlah urine 1600 cc.

b) Istri pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali/hari, pasien BAB di pagi hari, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien tiap BAB teratur, pasien tidak menggunakan penggunaan obat Laxatif/pencahar.

3) Pola personal hygine

Istri pasien mengatakan sebelum sakit pasien mandi 2 kali/hari, waktu mandi setiap pagi dan sore. Pasien menggosok gigi 2 kali/hari setiap pagi dan sore, pasien mencuci rambut setiap hari. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien mandi 1 kali/hari di bantu oleh perawat dan keluarga, gosok gigi di bantu perawat dan keluarga. Selama di rumah sakit pasien belum pernah mencuci rambutnya, kondisi rambut pasien kurang bersih dan lembab.

4) Pola istirahat dan tidur

Istri pasien mengatakan pasien tidak pernah tidur siang karena pasien setiap hari pasien bekerja, dan setiap malam pasien tidur hanya 6 jam dari jam 22.00-04.00 WIB. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien tidur tidak tentu, tidak ada kebiasaan sebelum pasien tidur.

5) Pola aktivitas dan Latihan

Istri pasien mengatakan pasien setiap pagi bekerja sampai jam 16.30 WIB, pasien juga jarang berolahraga. Pasien mengatakan ada keluhan pada saat beraktivitas yaitu pusing, lemas dan agak sesak.

Pada saat di rumah sakit aktivitas Tn. M dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, posisi duduk dan tidur, namun Tn. M belum bisa ke kamar mandi dikarenakan terpasang kateter urine.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Istri pasien mengatakan pasien masih bekerja pekerjaan yang ringan tetapi jika ada orang yang sakit pasien mudah tertular dan pada saat pasien mengeluh sakit tetapi tidak mau berobat karena menganggap itu hal yang biasa. Selain itu pasien mengkonsumsi rokok setiap hari dan dalam sehari bisa menghabiskan 1 bungkus rokok. Selain itu pasien juga selalu mengonsumsi teh manis 3 kali/hari, pasien tidak mengkonsumsi alkohol dan NAPZA, penggunaan rokok sudah lama. Istri pasien mengatakan saat dirumah sakit tidak merokok lagi.

3. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Berat badan Tn. M 1 bulan yang lalu sebelum sakit 82 kg dan berat badan pasien tidak bisa di timbang karena tirah baring, di prediksikan berat badan pasien 78 kg. Menurut keluarga pasien tinggi badan 168 cm. IMT pasien 27 (obesitas). Kemudian keadaan umum pasien sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata pasien normal, pergerakan bola mata pasien juga normal, konjungtiva pasien merah muda. Sklera pasien anikterik, pupil anisokor, tidak ada kelainan dalam otot mata,

fungsi penglihatan pasien masih baik, tidak ada peradangan, pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan reaksi terhadap cahaya +2/+2 ada rangsangan terhadap cahaya dengan baik, ukuran kedua pupil sama.

c. Sistem pendengaran

Saat di kaji daun telinga pasien normal tidak ada kelainan pada telinga kanan dan kiri, karakteristik serumen warna kuning kecoklatan. Kondisi telinga tengah pasien normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien, fungsi pendengaran pasien masih normal. Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem pernafasan

Pasien tampak agak sesak, frekuensi nafas 22 kali/menit dengan irama yang teratur. Kedalaman nafas pasien dangkal, pasien agak sesak, dan batuk tidak produktif, suara nafas pasien terdengar ronkhi di sebelah kanan paru atas dikarenakan pasien sulit mengeluarkan sputum nya, tidak ada nyeri saat bernafas dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

e. Sistem kardiovaskular

Siskulasi perifer : nadi radius pasien yaitu 72 x/menit, iramanya teratur, nadi apikal 72x/menit, denyut nadi kuat. Tekanan darah 138/72 mmHg, tidak teraba distensi vena jugularis di sebelah kanan maupun di kiri, temperatur kulit teraba hangat dengan suhu 37,8°C, warna kulit terlihat kemerahan, pengisian kapiler kurang 3 detik, tidak ada edema pada semua ekstremitas pasien.

f. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat dan tidak ada tanda-tanda perdarahan pada tubuh kilen.

g. Sistem syaraf pusat

Pasien mengeluh pusing dengan tingkat kesadaran composmentis, GCS adalah 15 E 4, V 6, M 5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK seperti muntah proyektil, nyeri kepala hebat dan pupil edema. Pasien mengatakan kaki kiri nya masih sakit. Reflek patologis pasien tidak ada, reflek fisiologis pasien normal.

h. Sistem pencernaan

Gigi pasien tampak tidak berlubang, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis pada mulut pasien, lidah terlihat bersih, pengeluaran salifa normal, tidak ada muntah, bising usus pasien yaitu 6 kali/menit, pasien konstipasi, hepar pasien tidak teraba, abdomen pasien teraba lunak.

i. Sistem endokrin

Pasien saat di palpasi tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak terdapat luka ganggren pada ekstremitas atas maupun bawah.

j. Sistem urogenital

balance cairan/24 jam= *intake* 2300 cc, *output* 2380 cc. *Balance* Cairan= 2300 cc-2380 cc = -80 cc/ 24 jam.

warna urine kuning, terpasang folley kateter, kandung kemih tidak distensi.

k. Sistem integumen

Turgor kulit teraba elastis, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit tampak kemerahan, pasien keadaan kulitnya kurang baik (tidak ada lesi atau ulkus), dan tidak terdapat luka operasi maupun luka dekubitus. Kondisi kulit di tempat pemasangan infus baik, tidak ada plebitis atau tanda-tanda infeksi, keadaan rambut tekstur baik namun

kebersihan rambut kurang (rambut pasien tampak berminyak), tidak ada tanda-tanda dekubitus.

l. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengalami lemas dalam bergerak, pasien tidak mengalami adanya fraktur pada ekstremitas, pasien tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan tulang belakang, keadaan tonus otot pasien baik, kekuatan otot pasien bagus.

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

4. Data penunjang

Hasil lab tanggal 5 Februari 2020

Hemoglobin	13,7	(13,5-18,0 g/dl)
LED	85 *	(0-10 mm/jam)
Leukosit	17,310 *	(4.000-10.500/ul)
Hematokrit	40*	(42-52 vol%)
Trombosit	281.000	(150.000-450.000 /ul)
Asam urat	5	(3,4-7 mg/dl)
GDS	243*	(60-140 mg/dl)
Cholesterol total	179	(< 200 mg/dl)
LDL cholesterol	106*	(< 100 mg/dl)
HDL cholesterol	28*	(> 40 mg/dl)
Trigliserida	182*	(< 150 mg/dl)
Natrium	130*	(135-146 mmol/l)

Pada tanggal 5 Februari 2020 Hasil pemeriksaan Thorax

Kesan : Lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia.

Pada tanggal 5 Februari 2020 Hasil pemeriksaan EKG
Kesan : Sinus takikardi.

Pada tanggal 10 Februari 2020
Hasil Gula darah sewaktu : 155 mg/dl.

Pada tanggal 11 Februari 2020
Hasil Gula darah sewaktu : 146 mg/dl.

Pada tanggal 12 Februari 2020
Hasil Gula darah sewaktu : 140 mg/dl.

5. Penatalaksaan medis

a. Terapi cairan Ringer Laktat 500/8 jam.
b. Terapi obat insulin : Novorapid 3 x 6 UI/sc,
c. Terapi obat antibiotik : Cefoperazone sulbactam 2 x 1 gr/iv
d. Levofloxacin 1 x 500 mg/100cc/drip.
e. Diit 1700 kalori lunak

6. Data fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 138/82 mmHg, Nadi 72 x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 37,8^{o}C.

a. Pernapasan

Data subjektif: pasien mengatakan ada batuk.

Data objektif : pasien tampak sesak, pasien batuk tidak produktif , RR pasien 22 x/menit, ronkhi (+) terdengar di lapang paru kanan atas dikarenakan pasien sulit untuk mengeluarkan sputumnya, hasil foto thorax Kesan : Lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia.

b. Cairan

Data subjektif: pasien mengatakan lemas

Data objektif : pasien tampak lemas, membran mukosa kering, turgor kulit kurang baik, CRT < 3 detik, Tekanan darah : 138/82 mmHg,

balance cairan/24 jam= *intake* 2300 cc, *output* 2380 cc. *Balance* Cairan= 2300 cc-2380 cc = -80 cc/ 24 jam. Berat badan pasien turun 4 kg dari sebelum sakit 82 kg dan sesudah sakit 78 kg.

c. Sirkulasi

Data subjektif: pasien mengatakan pusing dan lemas.

Data objektif: pasien tampak lemas, tidak ada sianosis, CRT < 3 detik, tekanan darah : 138/82 mmHg, Gula darah sewaktu : 155 mg/dl, suhu : 37,8°C, Leukosit : 17,310 /ul, dan hasil EKG : sinus takikardi.

d. Nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan hanya menghabiskan makan ¼ porsi dan pasien mengatakan tidak nafsu makanan di rumah sakit.

Data objektif: pasien mampu makan peroral, makanan yang dikonsumsi saat ini adalah diit lunak dengan 1700 kalori, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makan, dan BB : 78 kg, TB : 168 cm IMT : 27 (Obesitas).

e. Eliminasi

Data subjektif: pasien mengatakan terkadang Tn. M pada saat buang air kecil tidak ada keluhan.

Data objektif: pola BAK menggunakan kateter urine, warna urine pasien kuning, urine pasien per 24 jam ± 1600 cc, bising usus pasien 6 kali permenit, pasien konstipasi, abdomen teraba lunak.

f. Neurosensori

Data subjektif: Pasien mengatakan kepala nya pusing.

Data objektif: pasien tampak lemas.

g. Aktivitas

Data subjektif: pasien mengatakan masih lemas, istri pasien mengatakan pasien hanya bisa tidur, belum bisa jalan ke kamar mandi, setiap beraktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga.

Data objektif: pasien tampak agak lemas, semua kebutuhan pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, tekanan darah 138/82 mmHg, nadi 72 x/menit, kekuatan otot

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

h. Integritas Ego

Istri pasien mengatakan mekanisme koping terhadap stress adalah jika mendapat masalah pasien mengatakan tidur terkadang juga marah-marah. Tn. M keluarga dan berharap setelah perawatan dapat cepat sembuh dan tidak ada penyakit sisa.

i. Seksualitas

Data subjektif: Istri pasien mengatakan bahwa Tn. M sudah tidak ingin memikirkan hal untuk berhubungan intim dikarenakan lebih terfokus penyembuhan penyakit Tn. M saja.

Data objektif: -

j. Pengetahuan

Data subjektif: Istri pasien mengatakan tidak tahu lebih jelas tentang apa penyakit diabetes mellitus istri pasien hanya menjawab diabetes mellitus itu adalah penyakit gula, istri pasien belum tahu penyebab, istri pasien belum tahu tanda dan gejalanya, istri pasien juga belum tahu apa akibat lanjut dari diabetes mellitus dan juga cara perawatan pasien dengan diabetes mellitus. Istri pasien juga mengatakan suami nya tidak pernah memeriksa gula darah nya ke pelayanan kesehatan. Namun sebelum sakit pasien sering mengeluh lemas, pasien perokok aktif dalam satu hari bisa menghabiskan 1 bungkus rokok, minum teh manis sehari 3x, suka makan yang berlemak seperti jeroan dan daging.

Data objektif: Istri pasien juga tampak bingung saat di tanya tentang penyakit diabetes mellitus.

7. Analisa data

Tabel Analisa 3.1

No	Data	Masalah	Etiologi
1	**Data subjektif:** Pasien mengatakan batuk **Data objektif:** Pasien tampak batuk dan agak sesak RR : 22x/menit, pasien tampak ada sputum, suara nafas ronkhi di paru kanan, suhu : 37,8°C, leukosit : 17,310 /ul, hasil foto thorax kesan : lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumoni.	Resiko infeksi	Penyakit kronis (Bronkopneumonia)
2	**Data Subjektif :** Pasien mengatakan batuk **Data Objektif :** Pasien tampak sesak, pasien batuk tampak tidak bisa mengeluarkan slem, RR : 22 x/menit, ronkhi (+) terdengar di paru kanan atas, foto thorax kesan : lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia.	Bersihan jalan napas tidak efektif	Peningkatan produksi sputum sekunder dari proses peradangan paru
3	**Data subjektif:** pasien mengatakan lemas, pusing dan haus. **Data objektif:**	Resiko kekurangan volume cairan tubuh	Diuresis osmotik (Hiperglikemi)

	pasien tampak lemas, membran mukosa kering, turgor kulit kurang baik, CRT < 3 detik, GDS : 155 mg/dl. Tekanan darah: 138/72 mmHg, urine 1600 cc, Berat badan pasien turun 4 kg dari sebelum sakit 82 kg dan sesudah sakit 78 kg.		
4	**Data subjektif** : Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makan. Pasien mengtakan tidak nafsu makan. Gds pas masuk 243 mg/dl, di rawat inap Gds : 155 mg/dl. **Data objektif :** pasien mampu makan peroral, makanan yang dikonsumsi saat ini adalah diit lunak dengan 1700 kalori, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makan. Hb : 13,7 g/dl	Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral
5	**Data subjektif:** Istri pasien tidak tahu apa penyakit diabetes mellitus, penyebab, tanda dan gejalanya, akibat lanjut dari diabetes	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Kurang terpapar informasi

	mellitus dan juga cara perawatan pasien dengan diabetes mellitus. Istri pasien juga mengatakan tidak pernah memeriksa gula darah nya ke pelayanan kesehatan. Namun sebelum sakit pasien sering mengeluh lemas, pasien perokok aktif dalam satu hari bisa menghabiskan 1 bungkus rokok, minm teh manis sehari 3x, suka makan yang berlemak seperti jeroan dan daging. **Data objektif:** Istri pasien juga tampak bingung saat di tanya tentang penyakit diabetes mellitus.		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko infeksi berhubungan dengan infeksi kronis (Bronkopneumonia).
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum sekunder dari proses peradangan paru.
3. Resiko kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (Hiperglikemia).
4. Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral.

5. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan : Resiko Infeksi berhubungan dengan infeksi kronis Bronkopneumonia.

Data subjektif : Pasien mengatakan agak sesak dan batuk.

Data objektif : Pasien tampak batuk dan agak sesak RR : 22x/menit, pasien tampak ada sputum, suara nafas ronkhi di paru kanan, suhu : 37,8°C, leukosit : 17,310 /ul, hasil foto thorax kesan : lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia.

Tujuan : pasien dapat mengeluarkan sputum nya.

Kriteria hasil : pasien dapat mencegah infeksi, pasien dapat mempertahankan teknik aseptik, suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C).

Rencana tindakan :

a. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine warna keruh atau berkabut.
b. Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan 6 langkah yang baik.
c. Auskultasi bunyi nafas.
d. Posisikan pasien pada posisi semi fowler.
e. Anjurkan pasien untuk batuk efektif/ napas dalam.
f. Berikan tissue dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau.
g. Berikan obat antibiotik yang sesuai
   Cefoperazone sulbactam 2 x 1 gr/iv
   Levofloxacin 1x 500 mg/Drip

Pelaksanaan keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine warna kuning. Dengan hasil : Suhu pasien 37,9°C, RR : 23 x/menit, pasien

tampak tidak ada kemerahan, pasien tampak tidak ada luka ataupun pus, sputum pasien berwarna kuning kehijauan, warna urine pasien kuning. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, Levofloxacin 500mg/drip dengan hasil: terapi obat berhasil dimasukan melalui intra vena dan pasien tampak meringis, terapi obat berhasil di masukan melalui dri. Pada pukul 08.30 WIB pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (pemasangan infus) dan perawatan pemeliharaan, dengan hasil: istri pasien mengatakan dapat menjaga kebersihan dari pemasangan infus. Pukul 09.00 WIB berikan perawatan kulit dengan teratur seperti masage daerah tulang yang tertekan dan jaga kulit dan linen tetap kering, dengan hasil : istri pasien memberikan lotion atau minyak agar pada pasien agar kulitnya tetap lembab dan istri pasien menjaga linen tetap kering. Pukul 09.30 WIB mengajarkan batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat. Pukul 10.00 WIB memberikan tissu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau, dengan hasil : istri pasien memberikan tissu dan tempat pembuangan sputum jika ada sputumnya. Pukul 10.30 WIB menganjurkan untuk makan dan minum, dengan hasil : pasien mengatakan sudah mau makan dan minum walaupun hanya sedikit-sedikit. Pukul 10.55 WIB membantu pasien untuk melakukan oral hygiene dengan hasil : pasien mampu melakukan oral hygiene dengan di bantu oleh perawat. Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler pada pasien dengan hasil : pasien tampak rileks dengan posisi semi fowler. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien mampu batuk efektif dengan baik dan koperatif. Pukul 11.40 WIB meningkatkan upaya pencegahan infeksi dengan cara mencuci tangan 6 langkah dengan hasil pasien mengatakan mampu mencuci tangan dengan cara 6 langkah. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 2 x 1gr/iv dan dengan hasil : terapi obat berhasil dimasukan melalui intra vena dan obat berhasil di hirup pasien. Pukul 13.35 WIB mengajarkan pasien untuk membersihkan daerah perineal dengan hasil : pasien tampak koperatif pada saat di lakukan tindakan perawatan perineal hygiene. Pukul 14.00 WIB mengauskultasi suara nafas pasien dengan hasil : pasien

mengatakan agak sesak dan suara nafas pasien terdengar ronkhi di paru kanan. Pukul 14.30 WIB mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif seperti pemasangan infus, kateter folley dengan hasil : pemasangan infus di tangan kiri pasien tidak tampak kemerahan dan bengkak, kateter urine pasien tampak bersih.

Pada pukul 15.30 WIB perawat mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil: Suhu 37,4°C. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengauskultasi suara nafas dengan hasil : suara nafas pasien terdengar ronki di paru kanan. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil : pasien tampak tenang dan nyaman. Pukul 19.00 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gram/iv dengan hasil : terapi obat berhasil di masukkan melalui intra vena dan obat berhasil dihirup oleh pasien. Pukul 20.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat dan mampu batuk efektif dengan baik. Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levofloxacin 500 mg/drip dengan hasil terapi obat berhasil di masukkan melalui drip. Pukul 05.30 WIB mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil: Suhu : 36,7°C.

Evaluasi keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan agak sesak dan mampu mencuci tangan dengan cara 6 langkah

Objektif : pasien tampak agak sesak, suhu : 36,7°C, warna urine kuning keruh, RR : 22 x/menit, dan suara nafas terdengar ronkhi (+) di paru kanan.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,f, g, h, i, j, k, dan l.

Pelaksanaan keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine

warna kuning keruh atau berkabut dengan hasil : Suhu 37,5°C, RR : 23 x/menit, pasien tampak tidak ada kemerahan, pasien tampak tidak ada luka dan pus, pasien mengatakan sputumnya warna kuning kehijauan dan sedikit. Pukul 08.15 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, Levofloxacin 1 x 500mg/drip dengan hasil : terapi obat berhasil dimasukan melalui intra vena, pasien tampak meringis, obat berhasil di hirup oleh pasien, terapi obat berhasil di masukan melalui drip. Pada pukul 08.30 WIB pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (pemasangan infus) dan perawatan pemeliharaan, dengan hasil : istri pasien mengatakan dapat menjaga kebersihan dari pemasangan infus. Pukul 08.40 WIB berikan perawatan kulit dengan teratur seperti masage daerah tulang yang tertekan dan jaga kulit dan linen tetap kering, dengan hasil : istri pasien memberikan lotion atau minyak agar pada pasien agar kulitnya tetap lembab dan istri pasien menjaga linen tetap kering. Pukul 09.00 WIB mengajarkan batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat. Pukul 09.15 WIB memberikan tissu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau, dengan hasil : istri pasien memberikan tissu dan tempat pembuangan sputum jika ada sputumnya. Pukul 09.20 WIB menganjurkan untuk makan dan minum, dengan hasil : pasien mengatakan sudah mau makan dan minum walaupun hanya sedikit-sedikit. Pukul 10.30 WIB membantu pasien untuk melakukan oral hygiene dengan hasil : pasien mampu melakukan oral hygiene dengan di bantu oleh perawat dan keluarga. Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler pada pasien dengan hasil : pasien tampak tenang dan nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien mampu batuk efektif dengan baik. Pukul 11.40 WIB meningkatkan upaya pencegahan infeksi dengan cara mencuci tangan 6 langkah dengan hasil : pasien meng-atakan hari ini sudah melakukan mencuci tangan dengan cara 6 langkah dengan hand rub. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui intra vena dan obat berhasil di hirup pasien. Pukul 13.35 WIB mengajarkan pasien untuk membersihkan daerah perineal dengan hasil : pasien tampak

koperatif pada saat di lakukan tindakan perawatan perineal hygiene. Pukul 14.00 WIB mengauskultasi suara nafas pasien dengan hasil : suara nafas pasien terdengar ronkhi di paru kanan. Pukul 14.30 WIB mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif seperti pemasangan infus , kateter folley dengan hasil : pemasangan infus di tangan kiri tidak tampak kemerahan dan bengkak, kateter urine tampak bersih.

Pada pukul 15.30 WIB perawat mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil : 37,6°C. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengauskultasi suara nafas pasien dengan hasil : ronkhi masih terdengar dan pasien mengatakan agak lemas dan agak sesak. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil : pasien tampak rileks dan nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 19.00 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui intra vena, pasien tampak meringis, dan obat berhasil di berikan melalui nebulizer pasien tampak tenang. Pukul 20.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat dan mampu batuk efektif dengan baik. Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levofloxacin 500 mg/iv dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui drip. Pukul 05.30 WIB mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil : suhu 36,5°C.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan masih lemas, agak sesak dan pasien sudah mampu mencuci tangan 6 langkah dengan menggunakan handrub.

Objektif : pasien tampak agak sesak, suara nafas pasien terdengar ronkhi (+) di paru kanan. RR : 23 x/menit, warna urine kuning.

Analisa : masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : lanjutkan intervensi a,b,c,d,f, g, h, i, j, k, dan l.

Pelaksanaan keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine warna kuning keruh atau berkabut dengan hasil : Suhu 36,6°C, RR : 21 x/menit, pasien tampak tidak ada kemerahan, pasien tampak tidak ada luka dan pus, pasien mengatakan sputumnya warna kuning kehijauan dan sedikit. Pukul 08.15 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, Levofloxacin 500mg/100cc/drip dengan hasil : terapi obat berhasil dimasukan melalui intra vena, pasien tampak meringis, obat berhasil di hirup oleh pasien, terapi obat berhasil di masukan melalui drip. Pada pukul 08.25 WIB pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (pemasangan infus) dan perawatan pemeliharaan, dengan hasil : istri pasien mengatakan dapat menjaga kebersihan dari pemasangan infus. Pukul 08.50 WIB berikan perawatan kulit dengan teratur seperti masage daerah tulang yang tertekan dan jaga kulit dan linen tetap kering, dengan hasil : istri pasien memberikan lotion atau minyak agar pada pasien agar kulitnya tetap lembab dan istri pasien menjaga linen tetap kering. Pukul 09.15 WIB mengajarkan batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat. Pukul 09.45 WIB memberikan tissu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau, dengan hasil : istri pasien memberikan tissu dan tempat pembuangan sputum jika ada sputumnya. Pukul 10.20 WIB menganjurkan untuk makan dan minum, dengan hasil : pasien mengatakan sudah mau makan dan minum walaupun hanya sedikit-sedikit. Pukul 10.45 WIB membantu pasien untuk melakukan oral hygiene dengan hasil : pasien mampu melakukan oral hygiene dengan di bantu oleh perawat dan keluarga. Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler pada pasien dengan hasil : pasien tampak tenang dan nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien mampu batuk efektif dengan baik. Pukul 11.40 WIB meningkatkan upaya pencegahan infeksi dengan cara mencuci tangan 6 langkah dengan hasil : pasien mengatakan sudah melakukan mencuci tangan dengan cara 6 langkah

dengan handrub. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui intra vena dan obat berhasil di hirup pasien. Pukul 13.35 WIB mengajarkan pasien untuk membersihkan daerah perineal dengan hasil pasien: tampak koperatif pada saat di lakukan tindakan perawatan perineal hygiene. Pukul 14.00 WIB mengauskultasi suara nafas pasien dengan hasil : suara nafas pasien terdengar ronkhi di paru kanan. Pukul 14.30 WIB mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif seperti pemasangan infus , kateter folley dengan hasil : pemasangan infus di tangan kiri tidak tampak kemerahan dan bengkak, kateter urine tampak bersih.

Pada pukul 15.30 WIB perawat mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil : 37,6°C. Pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengauskultasi suara nafas pasien dengan hasil : ronkhi masih terdengar dan pasien mengatakan agak lemas dan agak sesak. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil : pasien tampak rileks dan nyaman dengan posisi semi fowler. Pukul 19.00 WIB memberikan obat Cefoperazone sulbactam 1 gr/iv, dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui intra vena, pasien tampak meringis, dan obat berhasil di berikan melalui nebulizer pasien tampak tenang. Pukul 20.30 WIB menganjurkan pasien untuk batuk efektif dengan hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dari perawat dan mampu batuk efektif dengan baik. Pukul 22.00 WIB memberikan obat Levofloxacin 500 mg/iv dengan hasil : terapi obat berhasil di berikan melalui drip. Pukul 05.30 WIB mengobservasi TTV (Suhu) dengan hasil : suhu 36,6°C.

Evaluasi keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan agak sesak dan pasien sudah melakukan cuci tangan 6 langkah dengan menggunakan handrub.

Objektif : pasien tampak lemas, pasien tampak agak sesak, suara nafas masih terdengar ronki (+) di paru kanan, RR : 21 x/manit, Suhu : 36,6^{o}C, warna urine kuning.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,f, g, h, i, j, k, dan l oleh perawat ruangan.

2. **Diagnosa keperawatan : Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum sekunder dari proses peradangan paru.**

Data subjektif : Pasien mengatakan ada batuk

Data objektif : Pasien tampak sesak, pasien batuk tampak tidak bisa mengeluarkan sputum, RR : 22 x/menit, ronkhi (+) terdengar di paru kanan atas, foto thorax kesan : Bronkopneumonia.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam bersihan jalan napas kembali efektif.

Kriteria hasil : Pasien tampak tidak sesak lagi, pasien dapat mengeluarkan sputum sendiri, RR pasien kembali normal (12-20 x/menit), ronkhi (-), hasil foto thorax paru kembali normal. Sputum berkurang dan hilang.

Rencana tindakan :

a. Kaji sesak pasien
b. Kaji karakteristik sputum, warna, dan konsistensi sputum
c. Anjurkan pasien minum air hangat
d. Observasi RR pasien tiap pershift
e. Auskultasi suara napas pasien
f. Berikan posisi semi fowler tiap shift
g. Kolaborasi pemberian terapi obat inhalasi, namun pasien tidak diprogramkan dalam pemberian obat inhalasi

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 22 x/menit. Pukul 09.00 WIB mengkaji keluhan sesak pasien dengan hasil pasien tampak masih agak sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi di paru kanan atas. Pada pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi ini, pasien juga mengatakan lebih nyaman dengan posisi ini. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien banyak minum terutama air hangat hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.00 WIB mengkaji karakteristik sputum hasil pasien mengatakan masih batuk tapi belum bisa mengeluarkan dahak. Pukul 13.45 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit. Pukul 14.00 WIB mengkaji keluhan sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi (+) di paru kanan atas.

Pada pukul 15.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR pasien 20 x/menit. Pukul 17.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler. Pada pukul 20.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 20 x/menit. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan rileks. Pukul 05.45 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit.

Evaluasi Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : Pasien mengatakan batuk tapi dahak belum bisa dikeluarkan.

Objektif : pasien tampak masih agak sesak, pasien belum bisa mengeluarkan sputum nya, RR : 21 x/menit, suara nafas ronkhi di paru kanan atas.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e dan f.

Pelaksanaan Keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 22 x/menit. Pukul 09.00 WIB mengkaji keluhan sesak pasien dengan hasil pasien tampak masih agak sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi di paru kanan atas. Pada pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi ini, pasien juga mengatakan lebih nyaman dengan posisi ini. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien banyak minum terutama air hangat hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.00 WIB mengkaji karakteristik sputum hasil pasien mengatakan masih batuk tapi belum bisa mengeluarkan dahak. Pukul 13.45 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit. Pukul 14.00 WIB mengkaji keluhan sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi (+) di paru kanan atas.

Pada pukul 15.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR pasien 20 x/menit. Pukul 17.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler. Pada pukul 20.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 20 x/menit. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan rileks. Pukul 05.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit.

Evaluasi Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : Pasien mengatakan batuk tapi dahak belum bisa dikeluarkan.

Objektif : pasien tampak masih agak sesak, pasien belum bisa mengeluarkan sputum nya, RR : 21 x/menit, suara nafas ronkhi di paru kanan atas.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e dan f.

Pelaksanaan Keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 22 x/menit. Pukul 09.00 WIB mengkaji keluhan sesak pasien dengan hasil pasien tampak masih agak sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi di paru kanan atas. Pada pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi ini, pasien juga mengatakan lebih nyaman dengan posisi ini. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien banyak minum terutama air hangat hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.00 WIB mengkaji karakteristik sputum hasil pasien mengatakan masih batuk tapi belum bisa mengeluarkan dahak. Pukul 13.45 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit. Pukul 14.00 WIB mengkaji keluhan sesak, saat diauskultasi terdengar ronkhi (+) di paru kanan atas.

Pada pukul 15.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR pasien 20 x/menit. Pukul 17.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi fowler. Pada pukul 20.30 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 20 x/menit. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan rileks. Pukul 05.40 WIB mengobservasi TTV pasien dengan hasil RR : 21 x/menit.

Evaluasi Keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : Pasien mengatakan batuk tapi dahak belum bisa dikeluarkan.

Objektif : pasien tampak masih agak sesak, pasien belum bisa mengeluarkan sputum nya, RR : 21 x/menit, suara nafas ronkhi di paru kanan atas.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a, b, c, d, e dan f.

3. **Diagnosa keperawatan : Resiko Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (Hiperglikemi)**

Data subjektif : pasien mengatakan lemas, dan pusing.

Data objektif : pasien tampak lemas, membran mukosa kering, turgor kulit kurang baik, CRT < 3 detik, Tekanan darah : 138/72 mmHg, urine 2380 cc, Berat badan pasien turun 4 kg dari sebelum sakit 82 kg dan sesudah sakit 78 kg.

Tujuan: setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mendemostrasikan hidrasi adekuat.

Kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal (120-80 mmHg), nadi perifer dapat diraba, turgor kulit, pengisian kapiler baik (< 3 detik), masukan dan keluaran urine per 24 jam secara individu

Rencana tindakan :

a. Observasi TTV (Tekanan darah, Nadi, Pernafasan dan Suhu) per shift.
b. Observasi adanya mual dan muntah
c. Kaji pola nafas seperti adanya pernafasan kussmaul atau berbau keton.
d. Kaji frekuensi napas dan munculnya sianosis.
e. Kaji suhu, warna kulit, dan kelembabannya.
f. Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membran mukosa.
g. Pantau masukan dan keluaran urine
h. Anjurkan memberikan cairan paling sedikit 2500 ml/hari dalam batas yang dapat ditoleransi jantung jika pemasukan cairan melalui oral sudah dapat diberikan.
i. Berikan terapi cairan sesuai indikasi
   RL 500 cc/8 jam.

Pelaksanaan keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi dengan hasil TD : 127/84 mmHg, Nadi : 67 x/menit. Pukul 08.00 WIB kaji

suhu, warna kulit/kelembabanya dengan hasil: Suhu : 36,9°C, warna kulit kemerahan. Pukul 08.30 WIB mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membaran mukosa dengan hasil nadi perifer : 78x/menit, CRT : < 3 detik, turgor kulit : kurang baik, dan membran mukosa : kering. Pukul 08.40 WIB mengobservasi adanya mual dan muntah dengan hasil : pasien mengatakan tidak ada mual muntah. Pukul 09.00 WIB mengkaji frekuensi napas dan sianosis, dengan hasil : RR : 23 x/menit dan tidak ada sianosis. Pukul 09.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 13.00 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien irama teratur. Pukul 14.00 WIB mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 250 cc + infus 500 cc) = 750 cc/ 8 jam, *output* (urine 450 cc + IWL 260 cc) = 710 cc/8 jam, *balance* cairan = 750 cc- 710 cc = + 40 cc.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 118/76 mmHg, Nadi : 76 x/menit. Pukul 16.30 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien teratur RR : 20 x/menit. Pukul 19.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil Nadi : 68 x/menit, CRT : < 3 detik, membran mukosa agak kering. Pukul 21.00 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 300 cc + infus 500 cc) = 800 cc/ 8 jam, *output* (urine 500 cc + IWL 260 cc) = 760 cc/8 jam, *balance* cairan = 800 cc- 760 cc = + 40 cc. (perawat ruangan).Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 126/73 mmHg, Nadi : 66 x/menit. Pukul 06.50 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 400 cc + infus 500 cc) = 900 cc/ 8 jam, *output* (urine 550 cc + IWL 260 cc) = 810 cc/8 jam, *balance* cairan = 900 cc- 810 cc = +90 cc (perawat ruangan).

Evaluasi keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada mual

Objektif : turgor kulit kurang baik, mukosa mulut agak kering, TD : 126/73 mmHg, Nadi : 66 x/menit, RR : 20 x/menit, irama nya teratur, *balance* cairan/24 jam= *intake* (oral= 950 cc + infus 1500 cc), *output* (urine 1500 cc + IWL 780 cc). *Balance* Cairan= 2450 cc – 2280 cc = +170 cc/ 24 jam.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i.

Pelaksanaan keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 133/71 mmHg, Nadi : 75 x/menit. Pukul 07.35 WIB Kaji suhu dan warna kulit, dengan hasil : suhu 36,7^{o}C warna kulit kemerahan. Pukul 07.45 WIB observasi adanya mual dan muntah dengan hasil : pasien mengatakan tidak mual dan muntah. Pukul 08.15 WIB kaji frekuensi napas dan sianosis, dengan hasil : 21 x/menit dan tidak sianosis. Pukul 08.30 WIB mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membaran mukosa dengan hasil nadi perifer: 76 x/menit, CRT : < 3 detik, turgor kulit : kurang baik, dan membran mukosa : kering. Pukul 09.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 10.20 menganjurkan untuk memberikan cairan paling sedikit 2500 ml/hari dengan hasil : pasien mampu mengikuti instruksi dari perawat. Pukul 13.00 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien teratur. Pukul 14.00 WIB mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 280 cc + infus 500 cc) = 780 cc/ 8 jam, *output* (urine 500 cc + IWL 260 cc) = 760 cc/8 jam, *balance* cairan = 780 cc - 760 cc = + 20 cc.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 121/87 mmHg, Nadi : 84 x/menit. Pukul 16.30 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien teratur RR : 21 x/menit. Pukul 19.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil Nadi : 69 x/menit, CRT : < 3 detik, membran mukosa kering. Pukul 21.00 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 280 cc + infus 500 cc) = 780 cc/ 8 jam, *output* (urine 480 cc + IWL 260 cc) = 740 cc/8 jam, *balance* cairan = 780 cc - 740 cc = + 40 cc. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 122/79 mmHg, Nadi : 68 x/menit. Pukul 06.50 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 380 cc + infus 500 cc) = 880 cc/ 8 jam, *output* (urine 470 cc + IWL 260 cc) = 730 cc/8 jam, *balance* cairan = 880 cc - 730 cc = + 150 cc.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 pukul 07.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan tidak ada mual

Objektif : Turgor kulit kurang baik, mukosa mulut agak kering, TD : 122/79 mmHg, Nadi : 68 x/menit, RR : 20 x/menit, irama nya teratur, *balance* cairan/24 jam= *intake* (oral= 940 cc + infus 1500 cc), *output* (urine 1450 cc + IWL 780 cc). *Balance* Cairan= 2440 cc – 2230 cc = +210 cc/ 24 jam.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i.

Pelaksanaan keperawatan

Rabu,12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 126/74 mmHg, Nadi : 81 x/menit. Pukul 08.15 WIB kaji suhu dan warna kulit, dengan hasil : suhu 36,8^{o}C dan warna kulit tampak kemerahan. Pukul 08.30 WIB mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membaran mukosa dengan hasil nadi perifer : 82x/menit, CRT : < 3 detik, turgor kulit : kurang baik, dan membran mukosa : kering. Pukul 08.55 WIB kaji frekuensi napas dan sianosis, dengan hasil : RR : 21 x/menit dan tidak sianosis. Pukul 09.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 10.40 WIB kaji frekuensi pasa dan warna kulit, dengan hasil : 20 x/menit dan warna kulit kemerahan. Pukul 13.00 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien teratur. Pukul 14.00 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 260 cc + infus 500 cc) = 760 cc/ 8 jam, *output* (urine 480 cc + IWL 260 cc) = 740 cc/8 jam, *balance* cairan = 760 cc - 740 cc = + 20 cc/ 8 jam. Pukul 14. 15 WIB observasi adanya mual dan muntah, dengan hasil pasien mengatakan tidak mual dan muntah.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 121/87 mmHg, Nadi : 84 x/menit. Pukul 16.30 WIB mengkaji pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau berbau keton dengan hasil pola napas pasien teratur RR : 21 x/menit. Pukul 19.30 WIB memberikan terapi cairan RL 500cc/8 jam/iv dengan hasil terapi cairan berhasil di berikan melalui intra vena. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membran mukosa dengan hasil Nadi : 69 x/menit, CRT : < 3 detik, membran mukosa kering. Pukul 21.00 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 280 cc + infus 500 cc) = 780 cc/ 8 jam, *output* (urine 480 cc + IWL 260 cc) = 740 cc/8 jam, *balance* cairan = 780 cc - 740 cc = + 40 cc. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan

mengobservasi TTV (Tekanan darah dan Nadi) dengan hasil TD : 122/79 mmHg, Nadi : 68 x/menit. Pukul 06.50 mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: mengkaji masukan dan keluaran dengan hasil: *intake* (oral 380 cc + infus 500 cc) = 880 cc/ 8 jam, *output* (urine 470 cc + IWL 260 cc) = 730 cc/8 jam, *balance* cairan = 880 cc - 730 cc = + 150 cc.

Evaluasi keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : Pasien mengatakan tidak ada mual

Objektif : Turgor kulit kurang baik, mukosa mulut agak kering, TD : 126/74 mmHg, Nadi : 81 x/menit, RR : 21 x/menit, irama nya teratur, *balance* cairan/ 8 jam = *intake* (oral 260 cc + infus 500 cc) = 760 cc/ 24 jam, *output* (urine 480 cc + IWL 260 cc) = 740 cc/8 jam, *balance* cairan = 760 cc - 740 cc = + 20 cc/ 24 jam.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i oleh perawat ruangan.

4. **Diagnosa keperawatan : Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakcukupan insulin,** penurunan **masukan oral.**

   Data subjektif : Pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makan

   Data objektif : pasien mampu makan peroral, makanan yang dikonsumsi saat ini adalah diit lunak dengan 1700 kalori, pasien tampak menghabiskan ¼ porsi makan.

   Tujuan : pasien dapat mencerna jumlah kalori atau nutrien yang tepat.

   Kriteria hasil : pasien menunjukkan tingkat energi biasanya, berat badan stabil, dan menghabiskan makan 1 porsi.

   Rencana tindakan :

   a. Tentukan program diet dan pola makan pasien.
   b. Auskultasi bising usus, mual dan muntah.
   c. Identifikasi makanan yang di sukai pasien atau di kehendaki termasuk kebutuhan etnik atau kultur.

d. Observasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran dan pusing.
e. Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan sesuai indikasi.
f. Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick
g. Pantau pemeriksaan lab seperti glukosa darah
h. Lakukan konsultasi dengan ahli diet
i. Berikan pengobatan insulin secara teratur sesuai indikasi
   Novorapide 3 x 6 IU/ Sc

Pelaksanaan Keperawatan

Senin, 10 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (Perubahan kesadaran, pusing) dengan hasil kesadaran pasien compos mentis, pasien mengatakan agak pusing, Nadi : 67 x/menit. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 08.15 WIB pantau pemeriksaan lab gula darah, dengan hasil : gula darah 155 mg/dl. Pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan fingerstick dengan hasil gula darah 155 mg/dl. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi bising usus dengan hasil bising usus pasien 6x/menit dan abdomen pasien teraba keras. Pukul 12.00 WIB menentukan program diet dan pasien dapat menghabiskan makanan nya dengan hasil program diet pasien adalah 1700 kalori dan pasien mengatakan hari ini hanya menghabiskan makan ¼ porsi. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 13.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai/ dikehendaki termasuk kebutuhan etnik pasien dengan hasil : pasien mengatakan suka semua makanan dan tidak ada kebutuhan etnik lain. Pukul 14.00 WIB lakukan konsultasi ahli diet, dengan hasil istri pasien mengatakan sudah konsultasi dengan ahli diet. Pukul 14.30 WIB melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan sesuai dengan indikasi dengan hasil : keluarga mampu menerima informasi dari perawat.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba agak kering, nadi 72 x/menit, pasien mengatakan agak pusing. Pukul 16.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 19.30 WIB mengauskultasi bising usus pasien dengan hasil bising usus 6 x/menit dan abdomen teraba keras. Pukul 21.30 WIB menentukan program diet dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien dengan hasil : diet 1700 kalori dan pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba lembab, nadi 69 x/menit, pasien mengatakan agak pusing.

Evaluasi keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi, pasien mengatakan agak pusing.

Objektif : pasien tampak lemas, kesadaran compos mentis, kulit pasien teraba agak kering, Nadi 69 x/menit, pasien tampak menghabiskan makan ¼ porsi, diet pasien sebanyak 1700 kalori, hasil Gds : 155 mg/dl.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i.

Pelaksanaan keperawatan

Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (Perubahan kesadaran, pusing) dengan hasil kesadaran pasien compos mentis, pasien mengatakan agak pusing, Nadi : 86 x/menit. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan gula darah dengan

menggunakan fingerstick dengan hasil gula darah 146 mg/dl. Pukul 10.30 lakukan konsultasi dengan ahli diet, dengan hasil pasien sudah mendapatkan diet sesuai program medis. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi bising usus dengan hasil bising usus pasien 6x/menit dan abdomen pasien teraba keras. Pukul 12.00 WIB menentukan program diet dan pasien dapat menghabiskan makanan nya dengan hasil program diet pasien adalah 1700 kalori dan pasien mengatakan hari ini hanya menghabiskan makan ½ porsi. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 13.15 WIB pantau pemeriksaan lab gula darah, dengan hasil : 146 mg/dl. Pukul 13.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai/ dikehendaki termasuk kebutuhan etnik pasien dengan hasil : pasien mengatakan suka semua makanan dan tidak ada kebutuhan etnik lain. Pukul 14.30 WIB melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan sesuai dengan indikasi dengan hasil : keluarga mampu menerima informasi dari perawat.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba agak kering, nadi 72 x/menit, pasien mengatakan agak pusing. Pukul 16.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 19.30 WIB mengauskultasi bising usus pasien dengan hasil bising usus 6 x/menit dan abdomen teraba keras. Pukul 21.30 WIB menentukan program diet dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien dengan hasil : diet 1700 kalori dan pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba lembab, nadi 72 x/menit, pasien mengatakan agak pusing.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi, pasien mengatakan agak pusing.

Objektif : pasien tampak lemas, kesadaran compos mentis, kulit pasien teraba agak kering, Nadi 72 x/menit, pasien tampak menghabiskan makan 1/4 porsi, diet pasien sebanyak 1700 kalori, hasil Gds : 146 mg/dl.

Analisa : Masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i.

Pelaksanaan keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (Perubahan kesadaran, pusing) dengan hasil kesadaran pasien compos mentis, pasien mengatakan agak pusing, Nadi : 80 x/menit. Pukul 08.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 09.00 WIB melakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan fingerstick dengan hasil gula darah 146 mg/dl. Pukul 11.30 WIB mengauskultasi bising usus dengan hasil bising usus pasien 6x/menit dan abdomen pasien teraba keras. Pukul 12.00 WIB menentukan program diet dan pasien dapat menghabiskan makanan nya dengan hasil program diet pasien adalah 1700 kalori dan pasien mengatakan hari ini hanya menghabiskan makan ½ porsi. Pukul 12.15 WIB pantau pemeriksaan lab gula darah dengan hasil : 140 mg/dl. Pukul 12.30 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 13.15 WIB lakukan konsultasi dengan ahli diet dengan hasil pasien sudah mendapatkan diet sesuai yang diprogramkan. Pukul 13.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai/ dikehendaki termasuk kebutuhan etnik pasien dengan hasil : pasien mengatakan suka semua makanan dan tidak ada kebutuhan etnik lain. Pukul 15.30 WIB melibatkan keluarga pasien pada perencanaan makan sesuai dengan indikasi dengan hasil : keluarga mampu menerima informasi dari perawat.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba agak kering, nadi 72 x/menit, pasien mengatakan agak pusing. Pukul 16.00 WIB memberikan obat Novorapide 6 IU/sc dengan hasil terapi obat berhasil di berikan melalui subcutan. Pukul 19.30 WIB mengauskultasi bising usus pasien dengan hasil bising usus 6 x/menit dan abdomen teraba keras. Pukul 21.30 WIB menentukan program diet dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien dengan hasil : diet 1700 kalori dan pasien mengatakan pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan. Pukul 05.10 WIB perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda hipoglikemia (perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, nadi, pusing) dengan hasil : kesadaran pasien composmentis, kulit teraba lembab, nadi 80 x/menit, pasien mengatakan agak pusing.

Evaluasi keperawatan

Kamis, 13 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi, pasien mengatakan agak pusing.

Objektif : pasien tampak lemas, kesadaran composmentis, Nadi 80 x/menit, pasien tampak menghabiskan makan ½ porsi, diet pasien sebanyak 1700 kalori, Gds : 140 mg/dl.

Analisa : Masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai.

Perencanaan : Lanjutkan intervensi a,b,c,d,e, f, g, h, i oleh perawat ruangan.

5. **Diagnosa keperawatan : Resiko berulangnya penyakit berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit.**

   Data subjektif : Istri pasien tidak tahu kenapa pasien tiba-tiba kena diabetes mellitus, Istri pasien juga mengatakan tidak tahu apa itu diabates mellitus dan hanya tahu penyakit gula, penyebabnya, tanda dan gejalanya, akibat lanjut dari diabetes mellitus dan juga cara perawatan pasien dengan diabetes

mellitus. Istri pasien mengtakan tidak pernah memeriksa gula darah nya ke pelayanan kesehatan.

Data objektif : Istri pasien juga tampak bingung saat ditanya tentang diabetes mellitus

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit pengetahuan tentang penyakit bertambah.

Kriteria hasil : Istri pasien dapat menyebutkan definisi diabetes mellitus, istri pasien dapat menyebutkan penyebab diabetes mellitus, istri pasien dapat mengetahui komplikasi dari diabetes mellitus, istri pasien dapat mengetahui tanda gejala diabetes mellitus.

Rencana tindakan :

a. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang diabetes mellitus
b. Beri pendidikan kesehatan tentang diabetes mellitus
c. Jelaskan tentang definisi diabetes mellitus
d. Jelaskan tentang penyebab diabetes mellitus
e. Jelaskan tanda dan gejala diabetes mellitus
f. Jelaskan komplikasi diabetes mellitus
g. Jelaskan cara pencegahan diabetes mellitus berulang
h. Jelaskan cara perawatan diabetes mellitus

Pelaksanaan keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 07.30 WIB memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien tentang definisi diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus dan komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes mellitus, cara pencegahan diabetes mellitus berulang, dan cara perawatan keluarga dengan diabetes mellitus dengan hasil istri pasien dapat menyebutkan kembali tentang definisi diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus dan komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes mellitus, cara pencegahan diabetes mellitus berulang, dan cara perawatan keluarga dengan diabetes mellitus dan istri pasien mengatakan lebih mengerti tentang diabetes

mellitus, istri pasien mengatakan tahu tentang penyebab dan tanda gejala dari diabetes mellitus.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 12 Februari 2020 Pukul 07.00

Subjektif : Istri pasien mengatakan lebih mengerti tentang diabetes mellitus, istri pasien mengatakan tahu tentang penyebab dan tanda gejala dari diabetes mellitus.

Objektif : Istri pasien dapat menyebutkan kembali tentang definisi diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus, komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes mellitus, cara pencegahan diabetes mellitus berulang dan cara perawatan keluarag dengan diabetes mellitus.

Analisa : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Perencanaan : Hentikan intervensi.

BAB IV
PEMBAHASAN

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Hasdianah, 2012) Diabetes mellitus memiliki faktor resiko ditandai dengan kelainan genetik atau faktor keturunan. Hal ini tidak terjadi pada pasien dikarenakan pada saat dikaji pasien dan keluarga tidak ada yang memilki riwayat diabetes mellitus.

Menurut teori faktor penyebab diabetes mellitus yaitu usia lebih dari 40 tahun. Hal ini terjadi pada pasien dikarenakan usia pasien 81 tahun pasien masih bekerja ringan tetapi sangat berisiko tertular penyakit.

Menurut teori faktor penyebab diabetes mellitus yaitu faktor lingkungan. Hal ini terjadi pada kasus dikarenakan lingkungan rumah pasien dekat dengan orang yang memiliki riwayat penyakit pneumonia sehingga di usia nya sudah 81 tahun lebih rentan terkena penyakit dan pasien sering merokok sehingga memperparah penyakit nya.

Selain faktor keturunan, menurut (Hasdianah, 2012) pasien akan mengalami obat-obatan yang dapat merusak pankreas. Hal ini tidak terjadi pada pasien dikarenakan pasien tidak mengonsumsi obat-obatan, pasien juga tidak pernah memeriksa kesehatan nya ke pelayanan kesehatan terdekat.

Menurut teori hasil Gds pada pasien dengan diabetes mellitus akan mengalami peningkatan atau hiperglikemia, dapat terjadi karena intake nutrisi tidak adekuat, latihan fisik yang berlebihan serta efek pemberian insulin OHA. Namun pada teori terjadi pada pasien mengalami peningkatan pada GDS : 155 mg/dl. Hal ini terjadi karena pasien mendapatkan insulin. Menurut teori insulin adalah hormon yang dibuat organ pankreas manusia dimana hormon ini berfungsi untuk mengontrol kadar gula (glukosa) dalam darah.

Menurut (Doengoes, 2012) pengkajian pada sistem aktivitas dan istirahat pasien mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran namun pada kasus pasien tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran. Hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami pada gangguan neuropati dan kondisi pasien tidak mengeluh adanya gangguan penglihatan dan pendengaran sehingga tidak memakai alat bantu melihat dan pendegaran.

Pada pengkajian ini penulis tidak menemukan faktor penghambat, karena pasien yang dikelola sudah cukup kooperatif. Pendokumentasian di ruang perawatan cukup lengkap sehingga memudahkan penulis untuk mengumpulkan dan melengkapi data.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ada dalam teori menurut (Doengoes, 2012) tetapi tidak ada dalam kasus antara lain :

1. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tanda dan gejala tidak mengalami gangguan persepsi sensori seperti gangguan pendengaran, gangguan penglihatan. Hal ini terjadi dikarenakan pasien tidak mengalami pada neuropati.

2. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang atau progresif tidak dapat diobati, ketergantungan dengan orang lain. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan pasien tidak merasa putus asa, pasien tidak menolak pada saat dilakukan pengkajian, pasien sangat kooperatif dan pasien pasrah dengan penyakitnya.

3. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, peningkatan kebutuhan energi : status hipermetabolik/ infeksi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini dikarenakan pada saat dikaji kondisi pasien tidak mengalami kelelahan, istirahat pasien cukup baik, dan aktivitas pasien dapat di toleransi dengan baik.

Penulis tidak menemukan diagnosa selain yang ada didalam kasus dan teori.

Faktor pendukung adalah adanya referensi, sehingga penulis menggunakan referensi tersebut untuk menggunakan diagnosa keperawatan sesuai referensi yang sudah ada.

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak di temukan faktor penghambat, karena referensi yang di dapatkan sebagai pedoman dalam penusunan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

3. Perencanaan Keperawatan

Pada kasus masalah keperawatan prioritas adalah resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan proses penyakit bronkopneumonia.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus yaitu :

1. Resiko penyebaran infeksi b.d proses penyakit Bronkopneumonia. Perencanaan keperawatan ini ditemukan pada teori yang dikemukakan (Doengoes, 2012), tidak terdapat perbedaan dengan perencanaan dengan perencanaan pada kasus. Selama tiga hari perawatan pada pasien tidak ada penambahan intervensi yang diprogramkan oleh tim medis dan tidak ada rencana tindakan yang dihentikan atau dimodifikasi.

2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (Hiperglikemi).
   a. Mengukur berat badan setiap hari. Tindakan ini tidak direncankan oleh penulis karena kondisi pasien sedang bed rest.
   b. Tingkatkan lingkungan yang dapat menimbulkan rasa nyaman, selimuti pasien dengan selimut tipis, tindakan ini tidak direncanakan karena untuk menghindari tidak terjadi demam agar tidak dapat menimbulkan kehilangan cairan.

c. Kaji adanya perubahan mental atau sensori seperti kesadaran, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien saat ini masuk di ruang rawat inap dan kesadarannya compos mentis.
d. Catat hal-hal mual, nyeri abdomen, muntah dan distensi abdomen. Tindakan ini tidak dilakukan oleh penulis karena pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengeluh mual dan muantah, namun pasien sudah diberikan terapi obat untuk mual dan muntah sesuai program medis.
e. Pasang/ pertahankan kateter urine tetap terpasang. Tndakan ini tidak direncanakan karena pada saat dilakukan pengkajian kondisi pasien sudah terpasang kateter urine.
f. Pantau pemeriksaan lab seperti : Ht, BUN/kreatinin, osmolalitas darah, natrium, kalium. Tindakan ini tidak dilakukan karena pada saat dilakukan pengkajian penulis tidak menemukan pemeriksaan tersebut, namun pemeriksaan tersebut dilakukan pada saat pasien masuk rumah sakit pada tanggal 05 Februari 2020.
g. Pasang selang naso gastritis dan lakukan sesuai indikasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien tidak ada gangguan menelan.
h. Berikan bikarbonat jika ph kurang dari 7,0. Tindakan ini tidak dilakukan karena kondisi pasien tidak hipotensi ditandai tekanan darah : 138/72 mmHg.
i. Berikan kalium atau elektrolit yang lain melalui IV/ melalui oral sesuai indikasi. Tindakan ini tidak dilakukan karena pasien sudah diberikan terapi IV sesuai dengan program medis.

3. Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubugan dengan Ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral. Perencanaan keperawatan ini ditemukan pada teori namun tidak direncanakan pada kasus :
   a. Berikan makanan cair (oral) yang mengandung zat makanan (nutrien) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransi melalui pemberian cairan melalui oral. Hal ini tidak direncanakan pada

penulis dikarenakan kondisi pasien tidak terpasang alat NGT, pasien masih mampu dan tidak ada gangguan menelan makanan dan kesadaran pasien compos mentis.

b. Timbang berat badan setiap hari sesuai dengan indikasi. Hal ini tidak dilakukan karena kondisi pasien sedang bed rest.
c. Berikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein dan 20% lemak dalam penataan pemberian makanan tambahan. Hal ini tidak dilakukan karena pasien sudah mendapatkan program diet sesuai dengan indikasi dari ahli gizi.
d. Berikan obat metaklopramid; tetrasiklin. Hal ini tidak direncanakan oleh penulis dikarenakan pasien tidak mengalami neuropati.

4. Resiko berulangnya penyakit berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit. Perencanan keperawatan ini tidak ditemukan pada teori yang dikemukakan (Doengoes, 2012), tidak terdapat perbedaan dengan perencanaan dalam kasus. Perencanaan ini direncanakan dilakukan dalam satu kali pertemua kurang lebih 60 menit. Tidak ada intervensi tambahan atau rencana tindakan yang dihentikan atau dimodifikasi.

   Pada tujuan di intervensi juga terdapat kesenjangan anatara teori dan kasus, dimana pada kasus untuk lebih memperjelas maka di beri batasan waktu pelaksanaan keperawatan itu maksimal selama 3 hari sedangkan pada teori tidak ada batasan waktu keperawatan.

   Dalam penyusunan rencana keperawatan pada kasus ini, penulis tidak menemukan hambatan karena sudah tersedianya referensi sebagai panduan dalam penyusunannya. Faktor pendukungnya adalah peran serta perawat dan keluarga pasien yang sangat kooperatif.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pada implementasi yang dilakukan selama tiga hari tidak dilakukan implementasi tambahan maupun modifikasi terhadap implementasi yang ada.

Hal tersebut disebabkan oleh kemajuan pada tingkat kesehatan pasien setiap harinya.

Pelaksanaan keperawatan mandiri dapat dilakukan seluruhnya sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan dalam kasus. Namun dalam pemberian asuhan keperawatan secara kolaborasi pemberian terapi obat pada diagnosa penyebaran infeksi (bronkopneumonia) tidak dilakukan karena pasien sudah mendapatkan terapi antibiotik sesuai dengan program medis. Menurut penulis hal ini tidak sesuai karena penting dalam pemberian terapi obat inhalasi karena terapi obat ini bekerja dengan cara mengencerkan dahak di saluran pernapasan (mukolitik) dan membantu mengeluarkan dahak. Jika dahak tidak dikeluarkan maka bisa semakin menumpuk dan sulit untuk dikeluarkan.

Faktor pendukung yang di dapat oleh penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah bantuan perawat dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana implementasi sesuai dengan rencana yang telah disusun serta sikap dan keluarga yang sangat kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah minimnya pendokumentasian yang dilakukan perawat ruangan sehingga tidak bisa diketahui secara jelas dan sesuai diagnosa pelaksanaan apa saja yang sudah dilakukan oleh perawat ruangan di shift berikutnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien Tn. M yang dilakukan setiap hari dengan mengacu pada tujuan telah di buat adalah sebagai berikut :

1. Penyebaran infeksi b.d proses penyakit Bronkopneumonia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perawatan masalah tercapai sebagian ditandai dengan pasien mengatakan agak sesak, pasien tampak lemas, suara nafas masih terdengar ronki (+) di paru kanan sulit untuk mengeluarkan sputumnya, RR : 21 x/manit, Suhu : 36,6^{o}C. Masalah ini

tercapai sebagian karena sesuai program medis pasien masih harus mengikuti program medis yang diberikan.

2. Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah belum teratasi, ditandai dengan pasien pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi, pasien mengatakan agak pusing, pasien tampak lemas, kesadaran compos mentis, kulit pasien teraba kering, Nadi 80 x/menit, pasien tampak menghabiskan makan ½ porsi, diet pasien sebanyak 1700 kalori. Masalah ini belum tercapai karena sesuai program medis pasien masih harus mengikuti program medis yaitu diit kalori.

3. Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan diuresis osmotik (Hiperglikemi). Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah belum teratasi, di tandai dengan pasien mengatakan lemas dan pusing, masih bed rest sesuai program medis, TD : 126/74 mmHg, Nadi : 81 x/menit, RR : 21 x/menit, irama nya teratur, cairan per 24 jam : 1980 cc. Masalah ini belum tercapai sebagian karena pasien tidak mendapatkan terapi cairan atau tindakan untuk menangani resiko kekurangan volume cairan.
4. Resiko berulangnya penyakit berhubungan dengan pengetahuan tentang penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit masalah ini tercapai, ditandai dengan istri pasien mengatakan tahu tentang penyebab dan tanda gejala dari diabetes mellitus, istri pasien dapat menyebutkan kembali tentang definisi diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala diabetes mellitus dan komplikasi yang ditimbulkan dari diabetes mellitus, cara pencegahan diabetes mellitus berulang dan cara pencegahan keluarga dari diabetes mellitus. Diagnosa ini teratasi karena perawat sudah menjelaskan secara lengkap dan mudah untuk dipahami oleh kleuarga tentang penyakit diabetes mellitus. Dan juga keluarga mengetahui lebih lanjut tentang penyakit diabetes mellitus

sehingga keluarga dapat memperhatikan dan memahami dengan baik apa yang sudah dijelaskan oleh penulis keluarga sudah mampu memahami penyakit diabetes mellitus serta komplikasi nya, keluarga pasien tampak antusias dan kooperatif pada saat dilakukan penyuluhan kesehatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada pengkajian keperawatan, faktor penyebab utama pasien mengalami Diabetes Mellitus dengan faktor penyulit infeksi paru-paru adalah pada pasien yang rentan terkenan penyakit infeksi paru-paru usia yang lebih dari 65 tahun mudah terpapar oleh virus dan bakteri, selain itu pada pasien faktor yang berhubungan lingkungan : pasien merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif. Pada pengkajian keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien Diabetes Mellitus dengan faktor penyulit penyebaran infeksi paru-paru adalah mengobservasi tanda-tanda vital seperti suhu, auskultasi bunyi napas.

Diagnosa Keperawatan utama yang harus diprioritaskan pada pasien dengan Diabetes Mellitus dengan memiliki riwayat infeksi dengan faktor penyulit infeksi paru-paru. Dengan adanya batuk tidak produktif, suara napas ronkhi, frekuensi napas : 22 x/menit, Hasil pemeriksaan Thorax Kesan : Lesi radiopak di basal paru kanan Bronkopneumonia dan leukosit : 17,310 /ul.

Rencana Keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe dengan faktor penyulit infeksi paru-paru yaitu pertahankan gula darah saat ini dan harus dikontrol dengan pemberian insulin, pemberian antibiotik, dan nutrisi.

Pelaksanaan Keperawatan yang perlu ditekankan oleh perawat dalam mengelola pasien dengan Diabetes Mellitus dengan faktor penyulit infeksi paru-paru yaitu dengan melakukan auskultasi bunyi napas, posisi semi fowler dan mengajarkan batuk efektif selain itu tindakan kolaborasi dalam

pemberian antibiotik, pemberian asupan nutrisi protein sangat penting supaya bisa membunuh kuman sehingga daya tahan tubuh meningkat.

Evaluasi yang perlu diperhatikan pada pasien dengan Diabetes mellitus dengan faktor penyulit infeksi paru-paru adalah dengan gula darah dalam batas normal, infeksi tidak terjadi, pasien mengikuti anjuran ahli gizi untuk pemenuhan nutrisi yang ditandai pasien dapat menghabiskan makan sesuai program medis.

B. Saran

Dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal, terutama pada asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dengan faktor penyulit infeksi paru-paru agar pemberian asuhan keperawatan secara menyeluruh. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan posisi semi fowler dan menganjurkan pasien untuk batuk efektif agar mencegah tidak terjadinya peningkatan terhadap risiko infeksi.

Saran untuk perawat diharapkan dapat mengkaji secara menyeluruh pada pasien dengan Diabetes Mellitus dengan faktor penyulit infeksi paru-paru supaya bisa ditangani dengan tepat. Salah satu intervensi yang bisa dilakukan adalah melakukan posisi semi fowler dan menganjurkan pasien batuk efektif, tindakan ini cukup efektif dan tidak menimbulkan traumatik pada pasien. Selain itu perawat mendokumentasikan setiap tindakan keperawatan yang dilakukan dengan benar. Perawat juga bisa menjadi edukasi, preventif, promotif dan kuratif sesuai dengan peran perawat.

DAFTAR PUSTAKA

Amin. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis & NANDA NIC-NOC* . Jogyakarta: Media Action Publishing.

Asmadi. (2013). *Konsep Dasar Keperawatan.* Jakarta: EGC.

Black. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah* . Indonesia : CV Pentasada Media Edukasi.

Depkes. (2010). *Metode Pencegahan dan penanggulangan Faktor resiko Diabetes Mellitus.* Jakarta: Depkes RI.

Doengoes. (2012). *Manual Diagnosis Keperawatan Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ed. 3.* Jakarta: EGC.

Gallow, H. &. (2010). *Keperawatan kritis.* Jakarta: EGC.

Hasdianah. (2012). *Mengenal Diabetes mellitus pada orang dewasa dan Anak-anak dengan solusi herbal.* Yogyakarta: Nuha Medika.

IDF. (2014). IDF Diabetes ATLAS 4 th Edition.ISBN-13:978-2-930229-71-3. *ADA*.

Kowalak. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi.* Jakarta: EGC.

Nanda. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc.* Yogyakarta: Mediaction Jogja.

Ringel. (2012). *Buku Saku Hitam Kedokteran Paru Alih Bahasa: dr.Elfiawati Respirologi (Respiratory Medicine).* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

"DIABETES MELLITUS"

DI SUSUN OLEH :

NURUL HANIFAH (201701049)

3A DIII KEPERAWATAN

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Mitra Keluarga

Bekasi Timur

Tahun Akademik 2020

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Resiko berulangnya penyakit b.d kurang pengetahuan tentang penyakit pada keluarga Bapak M

Topik : Kurang pengetahuan tentang penyakit Diabetes Mellitus

Tempat : Ruangan Cempaka

Hari/Tanggal : Rabu, 12 Februari 2020

Waktu : 07.30-08.30 WIB

Sasaran : Keluarga Bapak M

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x60 menit diharapkan peserta dapat mampu mengetahui dan memahami tentang penyakit Diabetes mellitus.	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x60 menit diharapkan peserta mampu: 1. Pengertian penyakit Diabetes mellitus. 2. Penyebab penyakit Diabetes mellitus. 3. Tanda dan gejala Diabetes mellitus. 4. Komplikasi Diabetes mellitus. 5. Menjelaskan cara pencegahan Diabetes mellitus	1. Pengertian Diabetes mellitus. 2. Penyebab Diabetes mellitus 3. Tanda dan gejala Diabetes mellitus. 4. Komplikasi Diabetes mellitus. 5. Cara pencegahan Diabetes mellitus berulang.	Pembukaan (5 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan tujuan 5. Topik Penyuluhan/ isi (10 menit) 1. Menjelaskan pengertian Diabetes mellitus. 2. Menjelaskan penyebab Diabetes mellitus. 3. Menjelaskan tanda dan gejala Diabetes mellitus.	Menjawab salam Menyetujui Menyimak penyuluhan	Ceramah	1.Leaflet	Setelah dilakukan penyuluhan selama 60 menit klien mampu memahami penyakit Diabetes mellitus. Pertanyaan : 1. Sebutkan kembali pengertian Diabetes mellitus. 2. Sebutkan

	berulang.		4. Menyebutkan komplikasi Diabetes mellitus. 5. Menjelaskan cara pencegahan Diabetes mellitus berulang. Penutup (20) 1.Memberi kesempatan bertanya 2.Bertanya/ evaluasi 3.menyimpulkan 4.Salam penutup				penyebab dari Diabetes mellitus. 3. Sebutkan tanda dan gejala Diabetes mellitus. 4. Sebutkan komplikasi dari Diabetes mellitus. 5. Sebutkan cara pencegahan Diabetes mellitus

							berulang.

Sebenarnya apa itu Diabetes mellitus?

Adalah sejumlah penyakit yang mengakibatkan terlalu banyak kadar gula di dalam darah (glukosa darah tinggi).

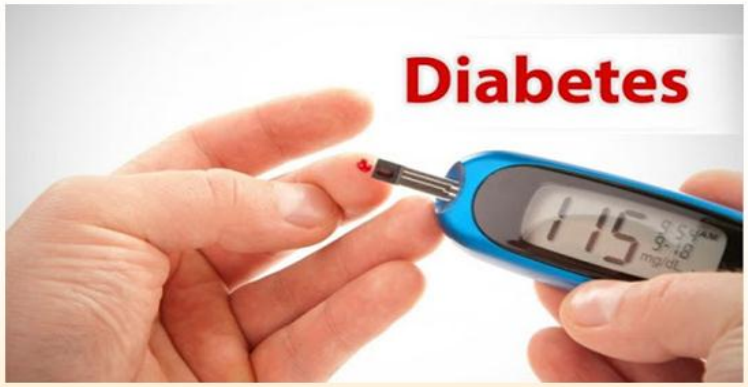
Kadar gula darah normal pada tubuh :

- sebelum makan : sekitar 70-130 mg/dl
- Dua jam setelah makan : kurang dari 140 mg/dl
- Setelah tidak makan (puasa) selama 8 jam : kurang dari 100 mg/dl
- Menjelang tidur : 100-140 mg/

Penyebab Diabetes mellitus :

- Faktor keturunan
- faktor usia diatas 45 tahun
- Obesitas
- Gaya hidup yang jarang aktif dan olahraga

DIABETES MELLITUS



DISUSUN OLEH:
MAHASISWA STIKes KELUARGA
2020

Tanda dan gejala

* Sering merasa haus
* Sering merasa lapar
* Sering buang air kecil, terutama pada malam hari
* Berat badan yang turun tanpa sebab yang jelas
* Lemas dan merasa lelah

Pencegahan

- Hindari makanan dan minuman yang manis
- Hindari makanan yang berlemak
- Berolahraga secara rutin dan aktivitas fisik
- Berhenti merokok

Komplikasi

Kerusakan retina mata
Kerusakan saraf
Stroke dan jantung coroner
Kerusakan ginjal
Disfungsi seksual

Lampiran : materi diabetes mellitus

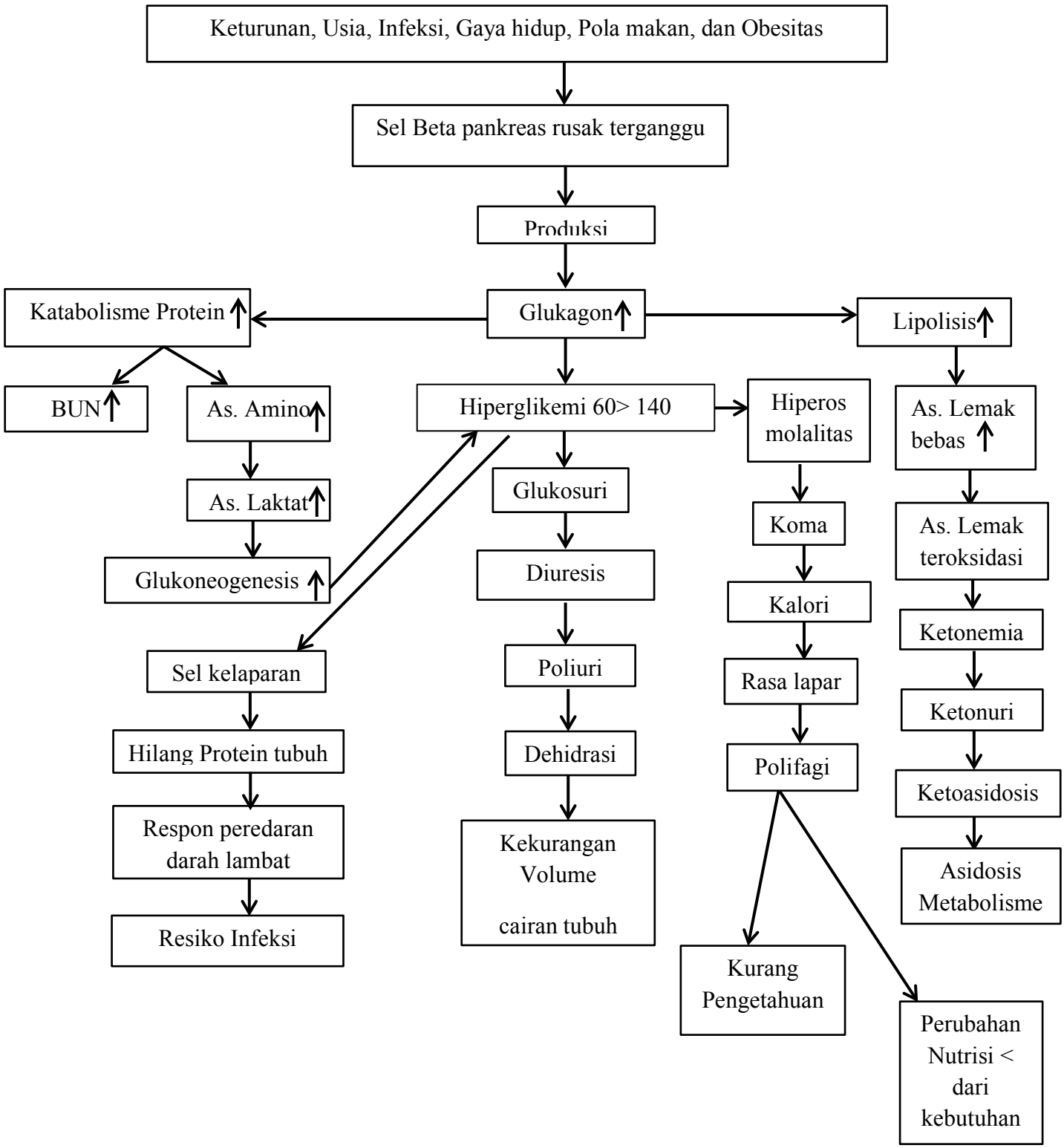
MATERI DIABETES MELLITUS

1. Pengertian Diabetes mellitus
   Diabetes mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia (peningkatan gula di dalam darah) yang terjadi karena pankreas tidak mampu mensekresi insulin, gangguan kerja insulin ataupun keduanya.

2. Faktor Penyebab Diabetes mellitus
   a. Keturunan atau riwayat keluarga
   b. Faktor usia diatas 40 tahun
   c. Berat badan berlebih atau obesitas
   d. Gaya hidup tidak aktif dan jarang beraktivitas atau berolahraga
   Diabetes disebabkan karena adanya gangguan dalam tubuh, sehingga tubuh tidak mampu menggunakan glukosa darah ke dalam sel, sehingga glukosa menumpuk dalam darah.
   Pada diabetes mellitus tipe 1, gangguan ini disebabkan karena pankreas tidak dapat memproduksi hormon tertentu.
   Pada diabetes mellitus tipe 2, gangguan ini terjadi akibat tubuh tidak efektif menggunakan hormon tertentu yang relatif dibandingkan kadar glukosa darah.

3. Tanda dan gejala Diabetes mellitus
   a. Sering merasa haus
   b. Sering buang air kecil, terutama pada malam hari
   c. Sering lapar yang terus menerus
   d. Berat badan turun tanpa sebabyang jelas
   e. Lemas dan merasa lelah

4. Komplikasi Diabetes mellitus
   a. Kerusakan retina mata
   b. Kerusakan saraf
   c. Stroke dan jantung koroner
   d. Kerusakan ginjal
   e. Disfungsi seksual

5. Cara pencegahan diabetes mellitus
    a. Menghindari mengonsumsi makanan yang berlemak
    b. Mengurangi makanan dan minuman yang manis
    c. Berolahraga secara rutin dan melakukan aktifitas fisik
    d. Menghindari atau berhenti merokok
    e. Menjalani pengobatan intensif jika terdapat anggota keluarga yang mengidap diabetes mellitus

PATOFLOWDIAGRAM DIABETES MELLITUS