

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh :

KIKI OKTA VIANASARI

141210022

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh :
KIKI OKTA VIANASARI
NIM : 141210022

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
INSAN CENDEKIA MEDIKA Jombang

OLEH:
KIKI OKTA VIANASARI
141210022

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kiki Okta Vianasari
NIM : 141210022
Tempat, Tanggal Lahir : Jombang, 09 Oktober 1993
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul: "Asuhan Keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil" merupakan tugas akhir yang saya sendiri, bukan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, Januari 2017

Penulis



Kiki Okta Vianasari

MOTTO

Seorang perempuan bisa berdiri tegar menyelesaikan segala tantangan

Dengan penuh ketenangan, diusik, dijatukan tanpa melawan

Namun menjadikan sebuah kesiapan mental

Untuk menjadi seorang pemenang

Berkat kesabaran dan pertolongan Tuhan

PERSEMBAHAN

Puji syukur alhamdulillah kepada Allah SWT atas karunia serta kemudahan yang berikan untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya tulis ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang terimakasih ibu karena selalu memanjatkan doa disetiap langkah dan sujudmu sehingga karya tulis ini terselesaikan.

Terima kasih untuk bapak/ ibu dosen pembimbing serta terima kasih juga buat sahabatku “Rekan seperjuangan DIII Keperawatan yang selalu memberi semangat, tangis, latihan mental serta suport, dan pengalaman yang begitu berharga. Terimakasih atas semuanya bekal dan pengalaman yang sudah dibagi.

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Kiki Okta Vianasari
NIM : 141210022
Program studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2
Dengan Masalah Intoleransi Aktivitas Di Ruang Melati
Rsud Bangii Pasuruan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 14 JUNI 2017



Ruliati, SKM, M.Kes
Pembimbing Utama



Agus Muslim, S.Kep.Ns
Pembimbing Anggota

Mengetahui,



H. Bambang Tutuko, SH, S.Kep., Ns., MH
Ketua STIKes ICME Jombang



Maharani Tri P., S.Kep., Ns., MM
Ketua Program Studi D III Keperawatan

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Kiki Okta Vianasari
NIM : 141210022
Program : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis ilmiah : Asuhan Keperawatan pada klien Diabetes Mellitus
dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang Melati
RSUD Bangil

Karya tulis ilmiah ini telah diuji dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji :

1. Ketua Dewan Penguji : Maharani Tri P.,S.Kep.Ns.,MM ()
2. Penguji Anggota 1 : Ruliati, SKM.,M.Kes ()
3. Penguji Anggota 2 : Agus Muslim,S.Kep.Ns ()

Di tetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 14 Juni 2017

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas semua berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus dengan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan” untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan STIKES ICMe Jombang.

Dalam penelitian ini, peneliti banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada Maharani Tri P.,S.Kep,Ns,MM selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang, Ruliati .SKM.M.Kes dan Agus Muslim ,SKep.,Ns selaku dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan masukan hingga dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karenanya penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya

Jombang, Juni 2017

Penulis

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di Jombang, 09 Oktober 1993 dari almarhum bapak Subeki dan ibu Sruninganti. Penulis merupakan putri ke empat dari empat bersaudara. Tahun 2002 penulis lulus dari TK Al-Hikmah di Ngoro Jombang, 2006 penulis lulus dari SDN Tebel 1 di Desa Tebel kecamatan Bareng, tahun 2009 penulis lulus dari SMPN 1 Ngoro Jombang, tahun 2012 penulis lulus dari SMAN Ngoro Jombang. Pada tahun 2014 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur Mandiri . Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, Juni 2017

Penulis



Kiki Okta Vianasari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSEMBAHAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH	vi
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI	vii
KATA PENGANTAR	viii
RIWAYAT HIDUP.....	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
ABSTRAK	xvii
ABSTRAC	xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.5 Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Diabetes Mellitus	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus	7
2.1.3 Etiologi	8
2.1.4 Pathofisiologi	9
2.1.5 Pohon Masalah	12
2.1.6 Manifestasi Klinis	13
2.1.7 Komplikasi	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Aktivitas	19
2.2.1 Definisi	19
2.2.2 Batasan Karakteristik	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus dengan Intoleransi Aktivitas	21
2.3.1 Pengumpulan Data	21
2.3.2 Keluhan Utama.....	22
2.3.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	22
2.3.4 Riwayat Penyakit Dahulu.....	22
2.3.5 Riwayat Penyakit Keluarga.....	23
2.3.6 Riwayat Psikososial	23
2.3.7 Pola Fungsi Kesehatan	23
2.3.8 Pemeriksaan Fisik	24

2.3.9	Pemeriksaan Penunjang	28
2.3.10	Diagnosa Keperawatan Diabetes Mellitus	28
2.3.11	Intervensi	29
2.3.12	Implementasi	31
2.3.13	Evaluasi	31

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian	32
3.2	Batasan – Batasan Istilah	32
3.3	Partisipan	33
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	33
3.5	Pengumpulan Data	34
3.6	Uji Keabsahan Data	35
3.7	Analisa Data	36
3.8	Etika Penelitian	37

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1	Hasil	38
4.1.1	Gambaran lokasi pengumpulan data	38
4.1.2	Pengkajian	39
1)	Identitas klien	39
2)	Riwayat penyakit klien	40
3)	Pola perubahan kesehatan klien	40
4)	Pemeriksaan fisik	41
5)	Pemeriksaan diagnostik	44
6)	Terapi	45
7)	Analisa data	45
8)	Diagnosa keperawatan	47
9)	Intervensi keperawatan	49
10)	Implementasi keperawatan	51
11)	Evaluasi keperawatan	54
4.2	Pembahasan	57
1)	Pengkajian	57
2)	Diagnosa	59
3)	Intervensi	60
4)	Implementasi	60
5)	Evaluasi	62

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan	66
5.1.1	Pengkajian	66
5.1.2	Diagnosis	66
5.1.3	Intervensi	66
5.1.4	Implementasi	67
5.1.5	Evaluasi	67
5.2	Saran	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Daftar Tabel	Halaman
Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa	16
Tabel 2.2 Tingkat aktivitas	21
Table 2.3 Derajat otot	22
Table 2.4 Intervensi	29
Tabel 2.5 Identitas klien	41
Tabel 4.1 Riwayat penyakit	41
Tabel 4.2 Pola perubahan kesehatan.....	42
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik.....	43
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	46
Tabel 4.5 Terapi Klien.....	47
Tabel 4.6 Analisa Data	47
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	49
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan	51
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan klien 1	53
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan	56

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Hal
2.1.5	Pathofisiologi Diabetes Mellitus	12

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat ijin pre survey data studi pendahuluan dan penelitian
- Lampiran 2 : Persetujuan pengambilan data
- Lampiran 3 : Persetujuan peneliti
- Lampiran 4 : Surat keterangan telah melaksanakan penelitian
- Lampiran 5 : Berita acara
- Lampiran 6 : Persetujuan menjadi responden
- Lampiran 7 : Format pengkajian
- Lampiran 8 : Lembar konsultasi

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

LAMBANG

1. % : Persentase
2. > : Lebih dari
3. < : Kurang dari
4. & : Dan
5. B : Beta
6. BB : Berat Badan
7. mg/dl : Miligram / darah liter
8. gr : Gram
9. HbA1c : Hemoglobin A 1 c
10. Kg : Kilo Gram
11. Mg : Mili Gram
12. ml : Mili liter
13. M² : Meter persegi
14. mmHg : Mili meter air raksa
15. NaCl : Natrium Klorida
16. Osm/l : Osmolaritas/ liter
17. O₂ : Oksigen

SINGKATAN

1. AHA : *American heart Association*
2. ADA : *American Diabetes Association*
3. ADL : *Activity Daily Living*
4. BB : Berat Badan
5. BMI : *Body Mass Index*
6. BUN : *blood urea nitrogen* atau nitrogen urea darah
7. DEPKES : Departemen Kesehatan
8. DM : Diabetes Mellitus
9. EKG : Elektro Kardio Grafik
10. FKUI : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
11. HDL : *High Densty Lipoprotein*
12. IC : *Intra Cutaneous*
13. ICME : Insan Cendekia Medika
14. IDDM : *Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
15. IDF : *International Diabetes Federation*
16. IJK : Injeksi
17. ISH : *International Society of Hypertension*
18. IV : *Intra Venous*
19. IVP : *Intra Venous Pyelografi*
20. KB : Keluarga Berencana
21. KMB : Keperawatan Medikal Bedah
22. LDL : *Low Disensty Lipoprotein*
23. MRS : Masuk Rumah Sakit
24. NIC : *Nursing Interventions Classification*
25. NIDDM : *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
26. NOC : *Nursing Outcomes Classification*

- 27. No.RM : Nomor Rekam Medik
- 28. OHO : Obat Hipoglikemik Oral
- 29. PP : *Post Prandial*
- 30. ROM : *Range Of Motion*
- 31. RS : Rumah Sakit
- 32. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
- 33. RR : *Respiration Rate*
- 34. SC : *Subcutaneous*
- 35. STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
- 36. STT : *Spinothalamic Tract*
- 37. TTGO : *Test Tolerance Glukosa Oral*
- 38. TPR : *Total Peripheral Resistance*
- 39. TD : Tekanan Darah
- 40. VAS : *Visual Analog Scale*
- 41. VMA : *Vanillylmandelic acid*
- 42. WHO : *World Health Organization*

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:

Kiki Okta Vianasari

Diabetes mellitus termasuk dalam kelompok gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya, dengan prevalensi peningkatan penderita setiap tahunnya dengan komplikasi luka diabetik atau luka gangrene. Dari penyakit maupun komplikasi Diabetes Mellitus menimbulkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas yang berdampak tidak terpenuhinya aktivitas sehari-hari. Tujuan penelitian adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus, yang mencakup 2 klien dengan masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring akibat Diabetes Mellitus. Teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Hasil studi kasus, pada klien dengan Diabetes Mellitus didapatkan satu diagnosa yang di prioritaskan yakni intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari klien 1 berhasil melakukan dan klien 2 masalah belum teratasi.

Disimpulkan klien 1 masalah dapat teratasi dengan rencana asuhan keperawatan yang sama dilakukan pada klien 2. Klien 1 lebih bersemangat untuk mengikuti setiap tindakan yang dianjurkan dan disarankan perawat. Klien 2 masalah belum teratasi, karena faktor kurangnya kemauan pada klien untuk mencoba aktivitas yang di sarankan dan dianjurkan perawat. Harapan untuk rekan sejawat pada masalah Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas agar mengajak keluarga untuk ikut berperan serta dalam pemberian asuhan keperawatan sebagai motivasi semangat pada klien untuk mencapai kesembuhan dan hasil yang maksimal pada klien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus, Intoleransi Aktivitas

ABSTRACT

NURSING CARE IN CLIENTS DIABETES MELITUS WITH ACTIVITY INTOLERANCE PROBLEMS IN THE SPACE ROOM BANGIL PASURUAN

By:

Kiki Okta Vianasari

Diabetes mellitus included in the group of metabolic disorders with characteristics of hyperglycemia that occur due to insulin secretion abnormalities, insulin work or both, with an annual prevalence of increase in patients with complications of diabetic wound or gangrene lesions. From diseases and complications, Diabetess Mellitus raises the problem of nursing activity intolerance that impacts unfulfilled in daily activities. The purpose of this study is able to perform nursing care on Diabetes Mellitus with the problem of activity intolerance in the room Melati RSUD Bangil Pasuruan.

The design of this study was descriptive with using case study method, wich include 2 clients with intolerance activity problems associated with bed rest due to Diabetes Mellitus. Data collection techniques include observation, interview, physical examination, and documentation study.

Result of case study, on clien with Diabetes Mellitus got one priority diagnosis which is activity intolerance related to bed rest. After nursing care done for 3 days client 1 succesfully perform and client 2 problem not resolved.

Conclude, client 1 problem can be resolved with the same nursing care plan carried out on client 2. Clieen 1 is more energetic to followevery action from the nurse advises. Client 2 problem have not been resolved, due to lack of willingness to try the activities of the nurse notifes. Advice to the nursing profesioon on Diabetes Mellitus problem with intolerance activity is invite family to participate in the provision of nursing care as a motivation to achieve maximum result on the client 's healing.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus, Activitiy Intolerance

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit kronik yang kompleks yang melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang relative kekurangan insulin dan merupakan berkembangnya komplikasi makrovaskuler dan neurologis (Hidayah, 2010), dan termasuk penyakit *silent killer* karena tidak disadari oleh penderitanya saat diketahui sudah terjadi komplikasi, seperti gagal ginjal kronis, kerusakan retina mata yang menyebabkan kebutaan, kerusakan saraf, impotensi dan ganggren. Urbanisasi yang merubah pola hidup tradisional ke pola hidup modern, prevelansi obesitas meningkat dan kegiatan fisik yang berkurang (Hasdianah, 2012), peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif merupakan salah penyebab terjadi diabetes mellitus (ADA, 2015). Masalah yang sering muncul pada diabetes mellitus seperti intoleransi aktivitas, dengan kriteria pada klien seperti mudah letih, sulit bernafas, rasa tidak nyaman yang timbul setelah beraktivitas, tekanan darah abnormal setelah beraktivitas, klien tidak mampu memenuhi kebutuhan seperti makan, dan mandi dengan mandiri. Masalah lain yang muncul pada penderita diabetes mellitus meliputi kerusakan integritas kulit, dan gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan . Penderita diabetes mellitus di dunia dari tahun ketahun terus bertambah, berkaitan dengan jumlah populasi yang meningkat. Menurut laporan dari organisasi dunia yaitu diabetes melitus internasional (IDF) dari tahun 2014 mencapai 382 juta orang atau 9,1 juta dan

diperkirakan meningkat menjadi 592 juta atau 14,1 juta orang pada tahun 2035, dari angka tersebut Indonesia menempati urutan ke-5 di dunia atau naik dua peringkat dibanding data IDF tahun 2013 yang menempati peringkat ke-7 di dunia dengan 7,6 juta penyandang diabetes melitus. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 prevalensi penderita diabetes mellitus Jawa Timur mencapai 2,1%. Di RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2016 jumlah kasus penderita 701, diantaranya diabetes mellitus tipe 1 sebanyak 224, tipe 2 357 dan diabetes mellitus tipe 2 dengan ulkus sebanyak 120. Berdasarkan diagnosa keperawatan model konservasi levine yang dirumuskan untuk 30 pasien diabetes mellitus muncul 122 diagnosa keperawatan, dari prosentasi untuk data intoleransi aktivitas sebanyak 8,2 % (Jurnal keperawatan dan kesehatan masyarakat (Cendekia Utama vol.4 2015).

Diabetes mellitus merupakan gangguan kronis yang ditandai dengan kurangnya insulin secara relatif maupun absolut pada metabolisme karbohidrat, lemak dan ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi normal yang menyebabkan timbulnya gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Hidayah, 2010), diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol agar gula darah tetap dalam batas normal (Black, Hwaks, Knee. 2009). Faktor pendukung terjadinya diabetes melitus juga berasal dari usia, keturunan, aktivitas kurang gerak, obesitas, stress, pola hidup yang modern dan pemakaian obat - obatan (IP.Suiraoka, 2012), dan mempengaruhi timbulnya kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah (WHO, 2012). Gangguan pada saraf bermanifestasi dalam beberapa bentuk, satu saraf mengalami kelainan fungsi

atau mononeuropati, menyebabkan sebuah lengan atau tungkai bisa lemah secara tiba-tiba. Jika saraf yang menuju lengan, tungkai dan kaki mengalami kerusakan atau polineuropati diabetikum, menyebabkan lengan dan tungkai terasa kesemutan atau nyeri seperti terbakar dan kelemahan. Kerusakan pada saraf menyebabkan kulit lebih sering mengalami cedera karena penderita tidak bisa merasakan tekanan maupun suhu. Berkurangnya aliran darah kekulit menyebabkan ulkus atau borok dan proses penyembuhan berjalan lambat. Penderita diabetes melitus bisa mengalami komplikasi panjang jika tidak dikelola dengan baik yang menyebabkan kematian, serangan jantung dan stroke. (Ana Fitriana, 2009).

Modifikasi gaya hidup meliputi penurunan berat badan, latihan fisik dan mengurangi konsumsi lemak kalori merupakan keharusan yang perlu dilakukan untuk menghindari terjadinya diabetes mellitus (IP.Suirakoa, 2012). Terpenting lagi aktivitas olahraga, manajemen stres, pengelolaan makan yang tepat dan kontrol gula darah yang selalu harus dilakukan untuk semua jenis diabetes melitus untuk mencegah terjadinya komplikasi selain itu pendidikan manajemen diri diabetes mellitus juga perlu ditingkatkan. Intoleransi aktivitas merupakan sebagian masalah yang muncul pada penderita diabetes mellitus. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan seperti peningkatan latihan kekuatan, terapi oksigen, bantuan perawatan diri, dan terapi latihan (NIC, 2015), terapi dan pendidikan kesehatan (Padila, 2012).

1.2 Batasan Masalah

Masalah studi kasus ini dibatasi pada Asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan .

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami diabetes mellitus dengan intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas
5. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan intoleransi aktivitas

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat memberi manfaat keilmuan untuk meningkatkan pengetahuan, dan memberi masukan informasi tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus khususnya dengan masalah intoleransi aktivitas.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Klien dan Keluarga

Memberi tambahan informasi bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaan sehingga dapat mengambil keputusan sesuai dengan masalah serta memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberi perawat.

2. Bagi Perawat

Dapat dijadikan informasi tambahan bagi perawat dirumah sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pada klien diabetes mellitus.

3. Bagi Dosen STikes ICME

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi tambahan bagi mata kuliah keperawatan medikal bedah khususnya pengetahuan tentang diabetes mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi diabetes mellitus

Diabetes mellitus merupakan keadaan hiperglikemi kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Rendi clevo, 2012). Diabetes mellitus terjadi karena interaksi yang kompleks dari genetik yaitu pada gen insulin dan faktor-faktor lingkungan. Hal tersebut menyebabkan terjadinya penurunan produksi insulin, penurunan penggunaan glukosa dan peningkatan produksi glukosa (Suyono, 2009).

Diabetes mellitus masuk dalam kelompok gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Hiperglikemia kronik tersebut berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi beberapa organ tubuh terutama mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes mellitus bukan kelainan tunggal, melainkan sekelompok gangguan metabolik dengan ciri-ciri hiperglikemia pada kelainan tersebut. Kelainan tersebut berupa gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein dengan komplikasi jangka panjang yang mengenai pembuluh darah, mata, serta saraf.

Dari beberapa penjelasan diatas dapat di simpulkan, bahwa diabetes mellitus bukan kelainan tunggal, melainkan sekelompok gangguan metabolisme yang memiliki ciri meningkatnya kadar glukosa darah atau hiperglikemi yang sama pada kelainan tersebut yang menimbulkan efek berupa gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein dengan komplikasi jangka panjang yang mengenai pembuluh darah, mata ginjal dan saraf(Saferi andra, 2013)

2.1.2 Klasifikasi Diabetes mellitus.

1. Klasifikasi Klinis.

a. Tipe I : Insulin Dependen Diabetes Mellitus (IDDM)

IDDM disebabkan oleh destruksi sel beta pulau Langerhans akibat proses auto imun. Pada diabetes mellitus tipe 1, mereka adalah pengguna insulin, karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin, hal ini terjadi karena masalah genetik, virus atau penyakit autoimun yang kemudian merusak sel- sel pulau Langerhans di pankreas.

b. Tipe II.

Tipe II : Non Insulin Dependen Diabetes mellitus (NIDDM).

NIDDM disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin . Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Pada diabetes mellitus adalah mereka yang ,membutuhkan insulin sementara atau seterusnya.

c. Diabetes kehamilan (GDM)

Diabetes kehamilan terjadi selama kehamilan dan pulih setelah melahirkan, GDM bersifat temporer dan dapat meningkat maupun hilang setelah melahirkan

2.1.3 Etiologi.

Diabetes mellitus memiliki etiologi yang heterogen. Umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel betha pulau Langerhans pada pankreas yang berfungsi sebagai penghasil insulin yang berakibat kekurangan insulin.

Faktor lain yang dianggap sebagai kemungkinan etiologi Diabetes Mellitus: Menurut Hasdianah H.R, 2012

1. Riwayat keturunan

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua ke anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tua menderita diabetes mellitus. Pewarisan gen diabetes mellitus bisa sampai ke cucu bahkan cicit walaupun resikonya kecil.

2. Obesitas

Berat badan lebih dari 90 kg, berpeluang lebih besar terkena diabetes mellitus. Sembilan dari sepuluh orang dengan obesitas berpotensi untuk terserang diabetes. Orang dengan obesitas mengakibatkan sel- sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin.

3. Pola makan

Makan secara berlebih dapat memacu timbulnya diabetes mellitus. konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah seimbang dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat.

4. Pola hidup

Pola hidup yang tidak sehat seperti kurang olahraga memiliki resiko lebih tinggi terkena diabetes mellitus, olahraga bertujuan membakar kalori yang tertimbun di tubuh.

5. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus menyebabkan radang pankreas berakibat menurunnya fungsi dari pankreas sehingga tidak ada sekresi hormon untuk metabolisme tubuh termasuk insulin.

6. Stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan cepat saji yang banyak pengawet lemak dan tinggi gula. Makanan cepat saji ini berpengaruh besar dalam kerja pankreas dan meningkatkan kerja metabolisme.

2.1.4 Pathofisiologi.

Pathofisiologi dari Diabetes mellitus dapat dihubungkan dengan salah satu akibat kekurangan insulin, berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah 300- 1200 mg/dl. Peningkatan mobilisasi lemak menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolesterol

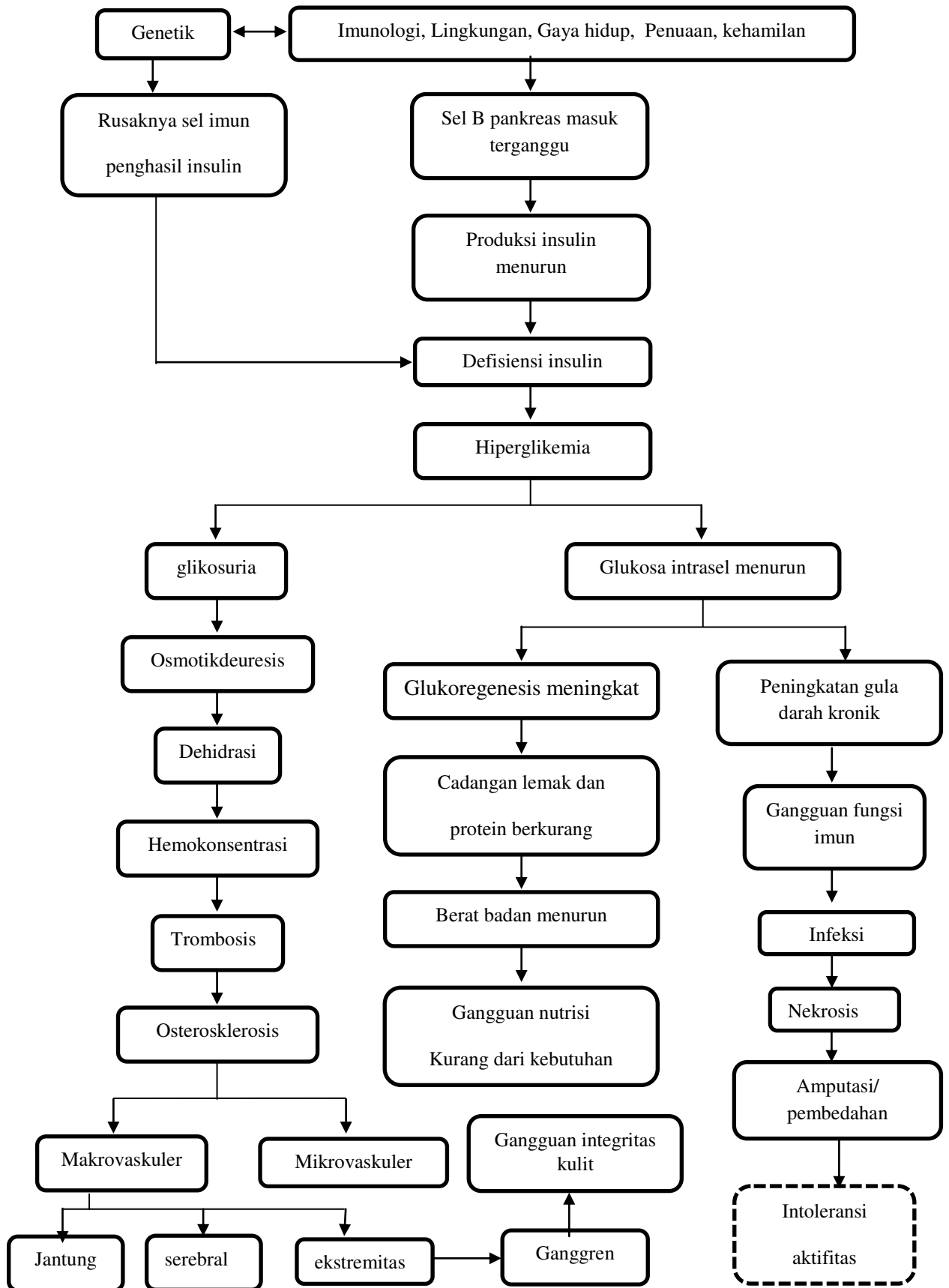
pada dinding pembuluh darah yang berakibat berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Penderita Diabetes mellitus yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Hiperglikemi yang parah yang melebihi ambang ginjal yang normal (konsentrasi glukosa darah 160- 180 mg/ 100 ml), akan timbul glikosuria, hal ini disebabkan karena tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida potasium, dan fosfat. Poliuria menimbulkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar dengan urin penderita diabetes mellitus mengalami keseimbangan protein negatif, berat badan menurun dan polifagi. Berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan berkurangnya karbohidrat untuk energi menyebabkan beberapa akibat seperti astenia atau kekurangan energi yang menjadikan penderita diabetes mellitus lebih cepat lelah, letih dan mengantuk. Hiperglikemia yang berkepanjangan menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan saraf perifer yang menimbulkan terjadinya ganggren, penderita diabetes mellitus yang sudah terjadi komplikasi khususnya ganggren akan timbul masalah keperawatan intoleransi aktivitas yang perlu ada tindakan keperawatan.

Klien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa yang normal atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat, jika hiperglikemia parah dan melebihi batas ginjal

timbul glukosuria, glukosuria ini mengakibatkan dieuresis osmotik yang meningkat atau polyuria, yang menjadikan penderita diabetes mellitus minum dalam jumlah banyak karena glukosa hilang bersama kemih, dan penderita diabetes mellitus mengalami keseimbangan kalori yang negative dan berat badan berkurang. Rasa lapar yang semakin besar atau polifagia muncul sebagai dampak kehilangan kalori. (Andra Saferi, 2013).

2.1.5 Pohon masalah



2.1.6 Manifestasi Klinis.

Manifestasi DM dikaitkan dengan konsekuensi metabolik yang lambat ketika pemecahan lemak dan protein karena resistensi dari insulin sehingga kadar glukosa meningkat dan menimbulkan :

1. Kadar gula puasa tidak normal
2. Muncul keluhan TRIAS :banyak kencing (Poliuria), banyak minum (polidipsi), dan penurunan BB
3. Rasa makan yang besar (polifagia),
4. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah mengantung pada klien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidak mampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi
5. Gejala lain yang ditimbulkan seperti gangguan penglihatan, gatal didaerah vulva dan lipatan ketiak dan dibawah payudara, gangguan ereksi, kesemutan dan keputihan.

Manifestasi akhir pada diabetes mellitus seperti koma diabetik dan komplikasi (Mary badero dkk, 2009).

2.1.7 Komplikasi.

Klien dengan DM beresiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis diantaranya :

a. Komplikasi metabolik

1. Ketoasidosis diabetik

Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM.

2. Koma hiperglikemi

Biasanya disebabkan kadar gula tinggi terjadi pada NIDDM

3. Koma hiperglikemi akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol

b. Komplikasi menahun

1. Mikroangiopati (kerusakan pada pembuluh darah perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil sehingga pada:

a. Retinopati diabetika (kerusakan yang terjadi pada retina mata) menyebabkan terjadinya kebutaan

b. Neuropati diabetika (kerusakan yang terjadi pada pembuluh darah perifer) yang menyebabkan gangguan sensoris pada bagian tubuh

c. Nefropati diabetika (kerusakan/ kelainan pada ginjal) yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal

d. Dislipidemia dan hipertensi (Marry Baradero et al. 2009)

2. Makroangiopati
 - a. Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arteriosklerosis
 - b. Penyakit gangguan pembuluh darah kaki
 - c. Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke
3. Ganggren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh (Clevo Rendi, 2012)

Terdapat lima grade ulkus diabetikum :

- a. Grade 0 : tidak ada luka
 - b. Grade I : kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit
 - c. Grade II : kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
 - d. Grade III : terjadi abses
 - e. Grade IV : ganggren pada kaki bagian distal
 - f. Grade V : ganggren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal
4. Difungsi erektil diabetika.

Angka kematian dan kesaktian dari diabetes terjadi akibat komplikasi seperti karena :

- a. Hiperglikemia atau hipoglikemia.
- b. Meningkatnya resiko infeksi.
- c. Komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati.
- d. Komplikasi neurofatik.
- e. Komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke (Ana Fitriana, 2009).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.

Untuk menentukan penyakit DM, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami klien juga penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya :

Tabel 2.1 ini menunjukkan kriteria DM(Sudoyo dkk, 2009)

Jenis	Indikator	Nilai	Indikator
Glukosa plasma sewaktu	Tidak puasa	>200 mg/ dl	Diambil setiap waktu/ diperlukan
Glukosa plasma puasa	Puasa	>140 mg/ dl	Diambil setelah klien puasa 8 jam
TTGO	Puasa	>200mg/ dl	2 jam pp

Pengambilan sample darah pada pemeriksaan penunjang kriteria DM bisa dilakukan melalui pembuluh darah diantaranya :

- a. Pembuluh darah vena: pembuluh darah yang membawa darah menuju jantung dan banyak mengandung karbon dioksida (terletak dipermukaan tubuh, dinding tipis dan tampak kebiruan)
 - b. Pembuluh darah kapiler : pembuluh darah yang sangat kecil dengan diameter 5- 10 mikrometer yang menghubungkan arteriola dan venula.
- i. Penatalaksanaan.

Tujuan utama terapi diabetes mellitus untuk mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mencegah terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa tanpa terjadi hipoglikemia dan gangguan pada pola aktivitas klien.

Prinsip penatalaksanaan klien DM adalah mengontrol gula darah dalam rentang normal. Untuk mengontrol gula darah, ada lima faktor penting yang harus diperhatikan yaitu :

a. Asupan makan atau diet

Syarat diet hendaknya memperbaiki kesehatan umum klien, mengarah pada berat badan normal, mempertahankan kadar gula darah normal, menekan timbulnya penyakit angio diabetik, memberikan modifikasi diet sesuai keadaan klien, dan diet yang diberikan memberikan kesan menarik dan mudah diberikan (Clevo M, 2012).

Dalam melaksanakan diet pada klien diabetes mellitus sebaiknya menggunakan prinsip J3:

- a. J1 : jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah,
- b. J2 : Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya,
- c. J3 : Jenis makanan harus diperhatikan mana yang boleh dan tidak, terutama makanan manis harus dihindari.

Diet diabetes mellitus sesuai dengan paket- paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalorinya dan status gizi penderita. Penentuan gizi dilakukan dengan penghitungan *percentage of relative body weight* atau BBR (berat badan normal) dengan rumus:

$$BBR = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB(cm) - 100} \times 100\%$$

Komposisi makanan yang dianjurkan adalah makanan komposisi seimbang , kandungan karbohidrat (45-60 %), protein (10-15%), lemak

(20-25%), garam (≤ 3000 mg atau 6-7 gr perhari) dan serat (± 25 g/hr) (Hasdianah, 2012).

b. Latihan fisik,

Tujuan latihan fisik pada penderita DM yaitu meningkatkan kepekaan dari insulin, mencegah kegemukan, memperbaiki aliran darah, merangsang pembentukan glikogen baru dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Dengan prinsip dalam olahraga : Jenis olahraga dinamis, intensitas olahraga, lama latihan, dan frekwensi latihan.

c. Pendidikan tentang DM

Pendidikan yang diberikan untuk penderita DM disebut PKMRS atau penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit bisa melalui berbagai macam media seperti leaflet dan poster dengan tujuan dapat merawat diri sendiri sehingga mampu mempertahankan hidup dan komplikasi lebih lanjut (Hasdianah, 2012)

d. Terapi

Obat hipoglikemik oral (OHO):

- 1) Golongan Sulfonilurea
- 2) Golongan Biguanid
- 3) Kloperamid
- 4) Glibenklamid
- 5) Inhibitor α glukosidase.
- 6) Insulin (Andra et al, 2013)

b. Konsep Aktivitas

2.2.1 Definisi aktivitas

Suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup.(Tarwoto & Wartonah, 2009) dimana aktivitas sebagai suatu aksi energi atau keadaan bergerak.

Intoleransi aktivitas merupakan ketidak cukupan psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari- hari yang harus atau di inginkan (Huda,dkk.,2016).

2.2.2 Batasan karakteristik.

Menurut carpenito (2009), batasan karakteristik aktivitas terdiri dari batasan karakteristik mayor dan batasan karakteristik minor. Mayor (80%-100%) yaitu terganggunya kemampuan untuk bergerak secara sengaja didalam lingkungan (misalnya, mobilitas ditempat tidur, berpindah tempat, ambulasi), dan keterbatasan rentang gerak (range of motion/ROM). Minor (50%-80%) yaitu keterbatasan gerak dan keengganan untuk bergerak (kelelahan, kelemahan)

Batasan karakteristik : (Lynda Juall Carpenito)

1) Mayor:

Selama aktivitas:

- a. Klien merasa lemah
- b. Klien merasa pusing
- c. Dispneu setelah beraktivitas

Tiga menit setelah aktivitas:

- a. Pusing
- b. Dispneu
- c. Kelelahan akibat aktivitas
- d. Frekuensi nafas >24 kali/ menit dan Frekuensi nadi >95 kali/ menit

2) Minor

- a. Pucat atau sianosis
- b. Konfusi
- c. Vertigo

Pengkajian kemampuan aktivitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas adalah sebagai berikut: (Alimul aziz, 2006)

Tabel 2.2 Tingkat aktivitas

Tingkat aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat/peralatan.
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan , pengawasan orang lain dan peralatan atau alat.
Tingkat 4	Sangat Semua tindakan tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Pengkajian terhadap intoleransi aktivitas meliputi tingkat aktivitas tingkat kelelahan, gangguan pergerakan, pemeriksaan fisik utama pada, ekstremitas perubahan seperti nadi, tekanan darah serta perubahan tanda-tanda vital selama melakukan aktivitas dan perubahan posisi. Pengkajian terhadap kekuatan otot juga perlu diperhatikan, untuk menentukan derajat kekuatan otot (0– 5). Derajat ini menunjukkan tingkat kemampuan otot yang berbeda-beda sebagai berikut (Nikmatur& Saiful, 2012) :

Tabel 2.2.3 Derajat kekuatan otot

Skala	Kenormalan kekuatan (%)	Ciri-ciri
0	0	Paralisis total
1	10	Tidak ada gerakan, teraba/ terlihat ada
2	25	Kontraksi Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
3	50	Gerakan normal menentang gravitasi
4	75	Gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan sedikit penahanan
5	100	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Intoleransi Aktivitas

2.3.1 Pengumpulan data.

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan dan merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya, kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu . Tahap pengkajian harus dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga seluruh

kebutuhan perawatan pada klien dapat teridentifikasi (Nikmatur & Saiful, 2012)

Pengkajian meliputi, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, kemampuan fungsi motorik, pada intoleransi aktivitas pengkajian lebih di fokuskan pada kemampuan mobilitas, kemampuan rentang gerak, perubahan intoleransi aktivitas, kekuatan otot, gangguan koordinasi, dan perubahan psikologi (Hidayat, 2012).

2.3.2 Keluhan utama.

Keluhan utama ditulis singkat jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan, pada klien diabetes mellitus keluhan utama badan terasa lemas disertai penglihatan kabur, disertai banyak kencing atau polyuria. Pada intoleransi aktivitas klien menyatakan selama aktivitas lemas dan setelah beraktivitas merasa letih.

2.3.3 Riwayat penyakit sekarang.

Pengkajian riwayat klien saat ini meliputi : alasan klien yang menyebabkan terjadinya keluhan/gangguan, tingkat mobilitas dan imobilitas, daerah terganggunya intoleransi aktivitas dan lama terjadinya gangguan aktivitas.

2.3.3 Riwayat penyakit dahulu.

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti adanya riwayat penyakit sistem neurologi, riwayat penyakit infark miokard, gagal ginjal kronik dan diabetes mellitus.

2.3.4 Riwayat penyakit keluarga.

Riwayat keluarga diabetes mellitus atau penyakit keturunan yang menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal, hipertensi, jantung.

2.3.5 Riwayat psikososial.

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sambungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

2.3.6 Pola fungsi kesehatan.

1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien/ keluarga terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita diabetes mellitus.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme berisi kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan sakit saat ini, meliputi jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan yang disukai, alergi makanan, dan pantangan makanan. (Nikmatur & Saiful, 2012). Penderita diabetes mellitus mengeluh ingin selalu makan tetapi berat badannya turun karena glukosa tidak dapat ditarik ke dalam sel dan terjadi penurunan massa sel (Tarwoto, 2012).

3. Pola eliminasi

Data eliminasi untuk buang air besar (BAB) pada klien diabetes mellitus tidak ada perubahan yang mencolok. Sedangkan pada eliminasi buang air kecil (BAK) akan dijumpai jumlah urin yang banyak baik secara frekuensi maupun volumenya.

4. Pola tidur dan istirahat

Berisi kualitas dan kuantitas istirahat tidur pasien sebelum sakit sampai sakit saat ini. Sering muncul perasaan tidak enak efek dari gangguan yang berdampak pada gangguan tidur (insomnia).

5. Pola aktivitas

Pola klien dengan diabetes mellitus gejala yang ditimbulkan antara lain kelemahan, keletihan, kelelahan saat aktivitas, dan seringnya mengantuk pada pagi hari. Pengkajian pola aktivitas sehari-hari meliputi jenis aktivitas yang dilakukan dan lamanya latihan fisik.

6. Nilai dan keyakinan

Gambaran klien diabetes mellitus tentang penyakit yang dideritanya menurut agama dan kepercayaannya, kecemasan akan kesembuhan, tujuan dan harapan akan sakitnya.

2.3.7 Pemeriksaan fisik.

1. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital

2. Kepala

Tujuan: mengetahui bentuk, fungsi kepala dan adanya kelainan di kepala.

Inspeksi: bentuk, kesimetrisan kepala, ada atau tidaknya lesi, kebersihan rambut dan warna rambut.

Palpasi : Adanya pembekangan/ penonjolan, dan tekstur rambut

3. Mata

Tujuan: Mengetahui bentuk, fungsi mata dan adanya kelainan pada mata.

Inspeksi : Bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, bola mata, warna konjungtiva, dan sclera (anemis/ ikterik), penggunaan kacamata/ lensa kontak dan respon terhadap cahaya.

4. Hidung

Tujuan: Untuk mengetahui bentuk, fungsi hidung, menentukan kesimetrisan struktur dan adanya inflamasi atau infeksi.

Inspeksi: Bentuk, ukuran, warna dan kesimetrisan, adanya kemerahan, lesi dan tanda infeksi pada hidung internal.

Palpasi dan perkusi: Frontalis dan maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)

5. Telinga

Tujuan: mengetahui keadaan telinga luar, canalis bersih atau tidak, gendang telinga, adanya pembesaran pada daun telinga atau tidak.

Inspeksi : Bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/ tanda-tanda infeksi) dan penggunaan alat bantu dengar

Palpasi: Adanya nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus

6. Mulut dan gigi

Tujuan: Mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan kebersihan mulut.

Inpeksi: Warna mukosa mulut, adanya lesi dan stomatitis, penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi

7. Leher

Tujuan: Untuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk leher, dan ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid

Inspeksi dan palpasi kelenjar tiroid: adanya pembesaran, batas, konsistensi, nyeri

8. Thorax dan paru

a) Thorax

Palpasi: Simetris, pergerakan dada, massa, lesi dan nyeri tractile fremituse.

b) Paru

Perkusi: Eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan berjenjang sisi ke sisi)

Auskultasi: Suara nafas

9. Abdomen

Tujuan : Mengetahui bentuk dan gerakan perut, mendengarkan gerakan peristaltik usus, dan mengetahui ada/ tidak nyeri tekan dan benjolan dalam perut

Inspeksi: Warna kulit, lesi, distensi, tonjolan, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut

Auskultasi: Suara peristaltik usus,

Perkusi: Perkusi di semua kuadran

10. Genetalia

Tujuan: Mengetahui organ dalam kondisi normal dalam genetalia

Inspeksi: mukosa kulit genetalia, adanya edema

Palpasi: Letak, ukuran, konsistensi dan massa

11. Muskuluskeletal

Penderita dengan diabetes melitus akan mengalami penurunan gerak kelemahan fisik, kram otot, dan penurunan tonus otot. Yang didapatkan pada pengkajian terjadi penurunan skor kekuatan otot pada ekstermitas. Range of motion (ROM) dari rentang persendian juga mengalami penurunan derajat sudutnya. Penderita juga dapat mudah jatuh karena penurunan glukosa pada otak akan berakibat penurunan kerja pusat keseimbangan.

12. Integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan ganggren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku

Inspeksi: Kebersihan, warna, pigmentasi, lesi, pucat, sianosi, dan ikterik

Palpasi: Kelembapan, suhu permukaan kulit, tekstur, ketebalan, turgor kulit, dan edema.

2.3.8 Pemeriksaan penunjang.

a. Glukosa darah :

Glukosa plasma sewaktu >200 mg/ dl (11,1 mmol/L)

Glukosa plasma puasa >140 mg/ dl 7,8 mmol/ L)

Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) >200 mg/dl)..

2.3.9 Diagnosa keperawatan diabetes mellitus.

Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari- hari yang harus atau yang ingin dilakukan (NANDA, 2015-2017)

Intoleransi aktivitas adalah penilaian diagnostik yang menggambarkan bahwa seorang individu mengalami gangguan kondisi fisik.

2.3.10 Intervensi

Tabel. 2.3.4 Intervensi Diagnosa Keperawatan sumber Nanda NIC – NOC

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan/ batasan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Intoleransi aktivitas Definisi: Ketidak cukupan psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari- hari yang harus atau di inginkan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea setelah aktivitas 2. Menyatakan merasa letih 3. Menyatakan merasa lemah 4. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas 5. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas <p>Faktor yang ber hubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirah baring 2. Gaya hidup kurang gerak 3. Imobilitas 4. Gaya hidup monoton 5. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Energy conservation ❖ Activity tolerance ❖ Self care <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR ❖ mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri ❖ Tanda-tanda vital normal ❖ Level kelemahan berkurang ❖ Mampu berpindah : dengan/ tanpa bantu alat <p>Mengukur batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat ketidaknyamanan 2) Tingkat kelelahan 3) Perawatan diri: Aktivitas sehari-hari 4) Tanda- tanda vital 	<p>NIC Activity Therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat aktivitas Rasional : Merencanakan intervensi dengan tepat 2) Bantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri Rasional: Pasien dapat medan merencanakan aktivitas sendiri 3) Catat tanda- tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas Rasional: Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama aktivitas 4) Bantu klien untuk menumbuhkan motivasi diri dan penguatan Rasional: Klien berkeinginan melakukan aktivitas yang kuat 5) Lakukan istirahat yang adekuat setelah latihan dan aktivitas Rasional : Membantu mengembalikan energi

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan/ batasan Kriteria hasil	Intervensi
		<p>6) Bantu untuk mendapatkan alat bantu Rasional : Membantu untuk mempermudah klien berpindah</p> <p>7) Bantu klien untuk mengenali aktivitas yang disukai Rasional: Mempermudah aktivitas apa yang sesuai dengan klien</p> <p>8) Bantu klien untuk memilih aktivitas yang disukai dan konsisten sesuai kemampuan fisik Rasional : meningkatkan keinginan klien untuk melakukan aktivitas</p> <p>9) Berikan pendidikan kesehatan tentang: Perubahan gaya hidup tentang menyimpan energy, penggunaan alat bantu gerak Rasional : Meningkatkan dalam pengetahuan dalam perawatan diri.</p> <p>Bantuan perawatan diri : Aktivitas- aktivitas 1) Pertimbangkan usia klien ketika meningkatkan aktivitas perawatan diri</p>

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan/ batasan Kriteria hasil	Intervensi
		2) Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 3) Monitor kebutuhan klien terkait alat- alat kebersihan diri, alat bantu untuk berpakaian ,eliminasi dan makan 4) Beri bantuan sampai klien mampu melakukan perawatan diri mandiri 5) Dorong klien untuk melakukan aktivitas normal sehari- hari sampai batas kemampuan klien, bantu klien apabila klien tak mampu melakukan 6) Ajarkan keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu ketika klien tak mampu melakukan (perawatan diri) dan menjelaskan olahraga yang bisa dilakukan klien 7) Ciptakan rutinitas aktivitas perawatan diri

2.3.11 Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi. Menurut Debora (2011) perlakuan yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dibutuhkan klien. Pelaksanaan pengelolaan dari perwujudan

intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan RS.

2.3.12 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Saiful, 2012).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam studi kasus ini menggunakan pendekatan penelitian secara deskriptif. merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan (Suryono, 2013). Penelitian studi kasus merupakan penelitian yang mencakup satu unit penelitian misal satu klien sampai 2 klien (Nursalam, 2011). Studi kasus ini merupakan studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan yang mengalami diabetes mellitus dengan intoleransi aktivitas di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien pada awal pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), diagnosis keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Klien adalah individu yang menerima atau mencari perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini ada 2 klien dengan masalah dan diagnose yang sama.

3. Diabetes mellitus adalah gangguan yang ditandai dengan hiperglikemi berhubungan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan penurunan sekresi insulin atau penurunan sekresi insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi krosis mikrovaskular, makrovaskular dan neuropati .
4. Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari- hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

3.3 Partisipan

Subyek penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah klien yang mengalami diabetes mellitus dengan intoleransi aktivitas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. Jumlah subyek penelitian adalah 2 klien masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama. Kriteria subyek kasus ini adalah

1. Klien yang mengalami Diabetes mellitus dengan luka ganggren dan mengalami intoleransi aktivitas
2. Klien mengalami penurunan aktivitas
3. Klien yang bersedia dijadikan subyek penelitian serta klien dan keluarga yang kooperatif.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan yang beralamatkan Jl.Raya Raci Masangan Bangil Pasuruan.

Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2017. Studi kasus di rumah sakit lama waktu sejak klien dirawat di rumah sakit sampai pulang dan atau klien dirawat minimal 3 hari. Jika sebelum 3 hari klien sudah pulang, maka perlu pengganti klien lain yang sejenis.

3.4 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan pada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 201:111). Metode pengumpulan data yang digunakan diantaranya:

1) Wawancara adalah metode pengumpulan data dilakukan dengan tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden (Anggaraini & Saryono 2012). Wawancara meliputi hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga. Sumber data dari klien, keluarga dan perawat lainya.

2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya apa yang dilihat. Observasi dapat dilakukan melalui penciuman, pendengaran, peraba dan pengecap. Peneliti melakukan pengamatan atau observasi langsung terhadap subyek penelitian (Anggraini & Saryono 2013). Observasi yang dilakukan dalam studi kasus asuhan keperawatan klien yang mengalami Diabetes mellitus dengan

intoleransi aktivitas dengan melakukan pendekatan secara IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada sistem tubuh klien.

3) Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti notulen, rapat, legger, dan agenda (Anggraini & Saryono, 2013). Dari studi kasus ini didokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostic data lain yang relevan.

3.5 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk mengkaji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan dengan :

1) Memperpanjang waktu pengamatan dan atau tindakan

Memungkin peningkatan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan, bisa mempelajari kebudayaan dan dapat menguji informasi dari responden dan untuk membangun kepercayaan diri dari peneliti. Pengamatan untuk menemukan ciri- ciri dan unsur- unsur dalam situasi yang sangat relevan dengan persoalan atau isu yang sedang diteliti serta memusatkan diri pada hal-hal tersebut secara rinci (Anggraini & Saryono, 2013). Memperpanjang waktu 3 hari pengumpulan data belum lengkap dapat dilakukan penambahan selama 1 hari.

2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi

Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh responden,. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.6 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011).

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.7 Etik Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

- 1) *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan

lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

- 2) *Anonymity* (tanpa nama): masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
- 3) *Confidentiality* (kerahasiaan): masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan yang beralamatkan JL.Raya Raci Bangil Pasuruan. RSUD Bangil termasuk rumah sakit tipe C, akreditasi B, dengan fasilitas seperti, pelayanan rawat jalan berjumlah 21 klinik, ruangan rawat inap dari kelas III,II,I, VIP, dan VVIP, keseluruhan ruangan berjumlah 199 tempat tidur inap, dengan jumlah dokter 39 orang. Ruang rawat inap di RSUD Bangil terdiri dari ruang Krisan(Neuro), ruang anak, ruang melati, ruang hcu,ruang icu, ruang cvcu, ruang gedung jantung paru, ruang bersalin dan nifas, ruang perinatologi, ruang operasi, dan ruang recovery.

Peneliti melakukan penelitian di ruangan Melati, terdiri dari 16 ruangan, ruang 1,2,3,4 merupakan ruangan infeksi penyakit dalam, 5, 16 ruangan paru,ruang 6 merupakan ruangan isolasi, ruang 7,8 merupakan ruangan penyakit menular, ruang 9,10,13,14 ruang bedah, ruang 11, 12 ruangan infeksi penyakit dalam laki- laki, dan ruang 15 khusus untuk penderita ulkus diabetik. Peneliti melakukan penelitian dan pengkajian di ruang 15 atau ruang gangren, dengan jumlah 12 tempat tidur dengan 12 klien yang opname.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas klien asuhan keperawatan dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. F	Ny. Z
Umur	43 Tahun	51 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Alamat	Batu Putih Jatirejo Lekok Pasuruan	Jln. Diponegoro Dalem Bangil Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa/ WNI	Jawa/ WNI
Tanggal MRS	03 Maret 2017	09 Maret 2017
Tanggal Pengkajian	06Maret 2017	11 Maret 2017
Jam Masuk	12:03 WIB	14:48 WIB
No. RM	00-32-40-XX	00-31-63-XX
Diagnosa masuk	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus

Tabel 4.2 Riwayat penyakit klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan badan lemah, dan malas untuk beraktivitas karena kaki ada luka diabetic di punggung kaki sebelah kiri	Klien mengatakan ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas dan lemas dan kaki cekot- cekot, terdapat luka diabetic di punggung kaki sebelah kanan
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan menderita penyakit gula \pm 5 tahun, klien mengetahui di punggung kaki sebelah kiri ada luka sejak 1 tahun. Tanggal 06 Maret 2017 klien merasa badannya merasa lemas, dan pusing, keluarga membawa ke bidan setempat untuk mendapatkan perawatan , karena merasa badannya tidak ada perubahan, keluarga membawa ke RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 09 Maret 2017 jam 10.00 WIB Klien mengatakan menderita penyakit diabetes mellitus sejak tahun 2010, klien mengatakan ada luka di kaki kirinya.	Klien mengatakan menderita penyakit gula \pm 15 tahun menderita penyakit gula, klien juga menyadari di punggung dan telapak kaki sebelah kanan terdapat luka sejak 2 tahun dan keadaan semakin memburuk. Tanggal 03 maret 2017 klien merasa badannya semakin lemas kemudian dibawa ke RSUD Bangil oleh keluarganya jam 12.15 WIB
Riwayat penyakit dahulu	Mengalami penurunan berat badan, sebelum menderita diabetes mellitus \pm 60 kg dan setelah	Klien mengatakan menderita diabetes mellitus sejak tahun 1998. Klien mengatakan

	menderita diabetes mellitus ± 45 kg.	sebelum menjadi luka ulkus diabetik di kaki kananya melepuh. Terjadi penurunan berat badan dari ± 75 kg ke ± 50 kg setelah menderita diabetes mellitus.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit seperti TBC, Jantung, darah tinggi dan diabetes mellitus.	Kelurga klien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita klien.

Tabel 4.3 Perubahan kesehatan klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

POLA KESEHATAN	Sebelum MRS		Saat MRS	
	Klien 1	Klien 2	Klien 1	Klien 2
1 Nutrisi dan cairan	Makan 3x1 nasi, sayur dan lauk pauk, minum air putih -/+ 500-1000cc/ hari	Makan 3x1 nasi, sayur dan lauk. Minum air putih -/+ 700-1200cc/ hari	Makan diet rendah glukosa, makan 3x/hari, minum -/+ 500- 800cc/ hari	Makan diet rendah glukosa, makan 3x/ hari, minum - /+ 700-1000cc/ hari
2 Istirahat/ Tidur	Tidur siang kurang lebih 2 jam. Tidur malam kurang lebih 7 jam	Tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 7 jam	Tidur siang kurang lebih 1 jam, Tidur malam kurang lebih 7 jam	Tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 7 jam
3 Eliminasi	BAB 1x/ hari (bau khas feces, warna kuning) BAK 7-10x/hari (Warna kuning jernih)	BAB 1x/ hari (bau khas feces, warna kuning) BAK 5-9x/ hari (Warna kuning jernih)	BAB selama di RS 1x/2 hari (Bau khas feces, warna kuning) Bak 8-9x/hari (Warna kuning jernih)	BAB selama di RS 1x/ hari (Bau khas feces, warna kekuningan) Bak 8-9x/ hari di pempers
4 Personal hygiene	Mandi 2x/ hari Mengganti pakaian 2x/ hari Keramas 2x/minggu, Sikat gigi 2x/ hari	Mandi 2x/ hari Mengganti pakaian 2x/ hari Keramas 2-3x/minggu, Sikat gigi 2-3x/hari	Selama di Rs klien di seka keluarga Gosok gigi 1x/hari Belum keramas	Selama di Rs klien di seka keluarga Gosok gigi 1x/hari Belum keramas

5	Aktivitas	Mandiri Klien sebagai ibu rumah tangga	Mandiri Klien sebagai ibu rumah tangga	Seluruh kegiatan dibantu oleh keluarga dan perawat (Mandi, Bak, Bab, makan dan berpindah tempat)	Seluruh kegiatan dibantu oleh keluarga dan perawat, (Mandi, Bak, Bab, makan dan berpindah tempat)
---	-----------	---	---	--	---

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Observasi	Klien 1	Klien 2
a. Td	130/70 mmHg	100/70 mmHg
b. RR	22x/menit	20x/menit
c. S	37 ^o C	36,8 ^o C
d. N	82X/Menit	88x/ menit
e. GCS	456	456
f. Kesadaran	Compostmentis, klien nampak lemah, ekspresi wajah gelisah, seluruh kegiatan klien dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB,BAK, berpakaian, klien berpindah tempat menggunakan kursi roda	Compostmentis, klien nampak lemas, klien hanya tidur saja, seluruh kegiatan sehari- hari dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, ganti baju), klien BAB dan BAK menggunakan pampers,
g. Keadaan umum	terdapat luka ulkus diabetik di kaki kiri Terdapat luka ulkus diabetik terdapat ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ±3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning keputihan. nampak tulang jari, aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga.	terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan (D) pada punggung kaki, telapak kaki nampak pengelupasan kulit ,luas ± 13 cm, kedalaman ± 3 cm, Bau luka khas ganggren(+), pus(+), nekrosis (+), sekitar luka berwarna kuning kemerahan, seluruh aktivitas sehari- hari dbantu oleh keluarga dan perawat.
h. GDA	263	404

Pemeriksaan Fisik

a. Kepala	Inspeksi : Bentuk kepala normal, Wajah berbentuk oval, rambut hitam sedikit beruban , kulit kepala kotor dan berbau Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Wajah bulat, ekspresi wajah meringis, rambut beruban, kulit kepala kotor dan berbau Palpasi: tidak ada nyeri tekan
b. Mata	Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, SCLera mata tidak ikterik, konjungtIVa anemis, strabismus (-), gerakan bola mata normal.	Inspeksi : Mata kanan dan kiri simetris, sklera tidak ikterik, fungsi penglihatan menurun.

c. Hidung	Inspeksi : sekret(-), septum nasi(+), fungsi penciuman baik, polip (-), pernafasan cuping hidung (-).	Inspeksi : tidak ada polip(-), tidak ada secret(-), fungsi penciuman baik, pernafasan cuping hidung (-).
d. Telinga	Inspeksi : Canalis bersih, tidak memakai alat bantu Palpasi : Tidak ada benjolan pada daun telinga, pendengaran baik	Inspeksi : canalis bersih, tidak ada tambahan alat bantu pendengaran Palpasi : Tidak ada benjolan di daun telinga, Pendengaran baik
e. Mulut dan gigi	Inspeksi : karies gigi (+), gigi palsu (-), lidah bersih, stomatitis (-), gusi berdarah(-)	Inspeksi : karies gigi (+), gigi palsu (-), stomatitis (-), gusi berdarah(-)
f. Leher	Inspeksi : Tidak ada benjolan pada leher Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Inspeksi : Tidak ada benjolan pada leher Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
g. Thorax dan Paru	Thorax Inspeksi : Bentuk dada normal chest simetris kanan dan kiri, tidak ada tarikan intercosta saat bernafas, pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi normal. Paru Inspeksi : Tulang iga simetris kiri dan kanan , payudara normal, Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Suara nafas vesikuler Jantung Palpasi : Denyut nadi teraba	Thorax: Inspeksi: Bentuk dada normal chest simetris kanan dan kiri Paru Inspeksi : Tulang iga simetris kiri dan kanan, payudara normal Palpasi: Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Suara nafas nafas vesikuler Jantung Palpasi: Denyut nadi teraba
h. Abdomen	Inspeksi : abdomen simetris datar, tidak ada luka, mual (-), muntah(-) Palpasi : Tidak ada nyeri epigastrik, pembesaran IVer (-) Perkusi:Timpani Auskultasi:Timpani, bisung usus normal 8-10x/menit	Inspeksi : abdomen simetris datar, tidak ada luka Palpasi :Tidak ada nyeri abdomen Perkusi : Timpani Auskultasi : bisung normal 8-10x/menit
i. Genetalia	Inspeksi : Nampak keputihan, Nampak bekas garukan di sekitar area genetalia, Distensi kandung kemih (-) Palpasi: Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Inspeksi : ada bekas garukan kemerahan di sekitar area genetalia, gatal- gatal, distensi kandung kemih (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

j. Ekstremitas dan persendian	<p>Inspeksi Ekstremitas atas: Lengan kanan dan kiri simetris, tidak ada odema atau lesi , terpasang infus NaCl 20 tetes/menit di tangan kanan, Warna kulit kecoklatan</p> <p>Ekstremitas bawah : Pergerakan sendi terbatas,terdapat ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning keputihan. nampak tulang jari, turgor kulit kurang Skala kekuatan otot:</p> <table border="1" data-bbox="746 880 874 996"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table>	5	5	5	2	<p>Inspeksi: Ekstremitas atas: Lengan kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi atau odema, terpasang infus NaCl 20 tetes/ menit di tangan kanan Warna kulit kuning kecoklatan,</p> <p>Ekstremitas bawah: Kaki kanan dan kiri simetris, terdapat luka ulkus diabetik (D) pada punggung kaki sebelah kanan, telapak kaki nampak pengelupasan kulit Luas ± 13 cm, kedalaman ± 3 cm, Bau luka khas ganggren(+), pus(+), nekrosis (+), sekitar luka berwarna kuning kemerahan. Skala kekuatan otot:</p> <table border="1" data-bbox="1114 891 1267 1008"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	2	5
5	5									
5	2									
5	5									
2	5									
	Palpasi :Tidak ada krepitasi	Palpasi: Tidak ada krepitasi								

Data psikososial	<p>Klien tidak mengikuti kegiatan disekitar rumah (pengajian, PKK). Klien beragama islam, dan klien menjalankan kewajiban selayaknya orang islam yaitu solat.</p>	<p>Klien tidak mengikuti kegiatan disekitar rumah (PKK, pengajian dan arisan). Klien beragama islam dan menjalankan ibadah solat</p>
------------------	---	--

Tabel 4.5 Pemeriksaan diagnostik dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1	Klien 2	
Hematologi			
Darah Lengkap			
Leukosit	31,70	29,6	3,70- 10,1
Neutrofil	28,9	35,5	
Limfosit	1,1	1,4	
Monosit	1,1	0,9	
Eosinofil	0,1	0,1	
Basofil	0,1	0,1	%
Neutrofil %	91,2	93,5	% 39,3- 73,7
Limfosit %	3,6	3,6	% 18,0- 48,3
Monosit %	3,5	2,4	% 4,40- 12,7
Eosinofil %	0,2	0,3	% 0,600- 7,30
Basofil %	0,3	0,2	$10^6/\mu\text{L}^4$ 0,00- 1,70
Eritrosit (Rbc)	3,450	2,440	g/Dl 2- 11,0
Hemoglobin (HGB)	9,90	4,83	% 12,0- 16,0
Hematokrit (Hct)	29,90	16,70	μm^3 38-47
MCV	86,70	68,50	Pg 81,1- 96,6
MCH	28,50	19,80	g/Dl 27,0- 31,2
MCHC	32,90	28,90	% 31,8- 35,4
RDW	12,30	17,60	$10^3/\mu\text{L}$ 11,5- 14,5
PLT	431	455	Fl 155- 366
MPV	6,8	53,9	6,90- 10,6
Kimia Klinik			Mg/dL
Faal Ginjal			
BUN	49	28	Mg/dL 7,8- 20,23
Kreatinin	1,969	0,973	0,6- 1,0
Faal Hati			g/dl
Albumin	2.0	2,1	3,5- 5.1
Gula Darah			Mg/Dl
Glukosa Darah Sewaktu	263	404	<200

Tabel 4.6 terapi klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Terapi			
Klien 1		Klien 2	
Inf Natrium clorida 0,45	500cc/hari	Inf Natrium clorida 0,45	500 cc/ hari
Inf metronidsol	2x 500 mg/ vial	Inf Metronidazole	3x 500 mg/ vial
Inj Ceftriaxone	2x 1 gr/ ampul	Inj Vicilin	3x 1,5 gr/vial
Inj Santagesik	3x 1gr/ ampul	Inj Santagesik	3x 1 gr/ampul
Inj Omeprazole	1x 40 mg/ vial	Inj Lantus	1x14 unit
Inj Lantus	1x 14 unit	Inj Apidra	3x6 unit
Inj Apidra	3x 14 unit		

4.1.2 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	Klien 1	
Data subjektif :	Diabetes mellitus	Intoleransi Aktivitas
Klien mengatakan badan lelah, badan terasa lemas dan malas untuk beraktivitas karena di kaki ada luka	↓ Glukosa intra sel menurun	
Data objektif:	↓ Peningkatan gula darah kronik	
Keadaan umum : lemah	↓ Gangguan fungsi imun	
Kesadaran : composmentis	↓ Infeksi	
GCS 4-5-6, CRT < 2 detik	↓ Nekrosis	
GDA : 263	↓ Ulkus diabetik	
TTV	↓ Intoleransi Aktivitas	
TD: 130/70 mmHg		
RR : 22 x/menit		
S : 37 °C		
N : 82x/mnt		
Klien Nampak lemah, Ekspresi wajah gelisah, seluruh kegiatan klien dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB,BAK, berpakaian, klien berpindah tempat menggunakan kursi roda, terdapat luka ulkus diabetik terdapat ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ±3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning kepucatan. nampak tulang jari, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kanan		

Skala kekuatan otot

5	5
5	2

Klien 2

Data subjektif:

Klien mengatakan ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas, lemas dan kaki cekot-cekot pada kaki yang terdapat luka

Data objektif:

Keadaan umum : lemah
 Kesadaran : composmentis
 GCS 4-5-6, CRT < 2 detik
 GDA : 404
 TTV
 S : 36,8 °C
 N : 88 x/menit
 TD : 100/70 mmHg
 RR : 20 x/menit

Klien Nampak lemas, klien hanya tidur saja, seluruh kegiatan sehari-hari dibantu oleh perawat dan keluarga (Mandi, gosok gigi, ganti baju), klien tidak beraktivitas dengan klien lain (Ngobrol), klien BAB dan BAK menggunakan pampers, terdapat terdapat luka ulkus diabetik (D) pada punggung kaki sebelah kanan, telapak kaki nampak pengelupasan kulit, luas ± 13 cm, kedalaman ± 3 cm, Bau luka khas ganggren(+), pus(+), nekrosis (+), sekitar luka berwarna kuning kemerahan, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit

Skala kekuatan otot

5	5
2	5

Diabetes mellitus



Glukosa intra sel menurun



Peningkatan gula darah kronik



Gangguan fungsi imun



Infeksi



Nekrosis



Ulkus diabetik



Intoleransi Aktivitas

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Data	Etiologi	Problem (Masalah)				
Klien 1						
Data Subjektif : Klien mengatakan badan lelah, badan terasa lemas dan malas untuk beraktivitas karena dikaki ada luka	Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring				
Data Objektif : Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 263 TTV TD: 130/70 mmHg RR : 22 x/menit S : 37 °C N : 82x/mnt						
Klien Nampak lemah, ekspresi wajah gelisah, seluruh kegiatan klien dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB,BAK, berpakaian, klien berpindah tempat menggunakan kursi roda ,terdapat luka ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ±3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning keputihan. nampak tulang jari, terpasang infus NaCl 20 tpm, Skala kekuatan otot						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2</td> </tr> </table>			5	5	5	2
5	5					
5	2					

Data	Etiologi	Problem (Masalah)				
Klien 2						
Data Subjektif: Klien mengatakan ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas dan lemas dan kaki cekot- cekot	Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring				
Data objektif: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 404 TTV S : 36,8 °C N: 88 x/menit TD : 100/70 mmHg RR : 20 x/menit						
Klien nampak lemas, klien hanya tidur saja, klien tidak beraktivitas dengan klien lain (Ngobrol), seluruh kegiatan sehari- hari dibantu oleh perawat dan keluarga (Mandi, gosok gigi, ganti baju), klien BAB dan BAK menggunakan pampers, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka ± 3cm, luas ±15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, pus, warna sekitar luka kuning kemerahan, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit di ekstermitas atas sebelah atas						
Skala kekuatan otot						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>			5	5	2	5
5	5					
2	5					

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Income Clasification)
Klien 1		
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	<p><i>Noc</i></p> <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> Diharapkan tingkat ketidaknyamanan klien berkurang Diharapkan tingkat kelelahan klien berkurang Diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa menggunakan alat bantu (kursi roda) Tanda- tanda vital normal setelah melakukan kegiatan secara mandiri 	<p><i>Nic</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Bantu klien untuk mengenali kelemahan dan keterbatasan aktivitas, Rasional : Merencanakan intervensi yang di butuhkan oleh klien sendiri dengan tepat Bantu klien dalam melakukan aktivitas secara mandiri Rasional : Melatih kekuatan klien dalam melakukan aktivitas yang dipilih oleh klien secara mandiri Bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas (kursi roda dan kebutuhan sehari- hari seperti alat makan, sabun dan alat mandi) Rasional : Untuk mempermudah klien saat mobilisasi Catat tanda- tanda vital Rasional: Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama dilakukan aktivitas. Berikan penjelasan kesehatan: Aktivitas fisik Rasional : Meningkatkan pengetahuan dalam perawatan diri klien Bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas (Kursi roda, krek)Rasional: untuk mempermudah klien dalam melakukan aktivitas Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang konsisten sesuai dengan kekuatan klien

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Hasil)	Kriteria	NOC (Nursing Classification)	Outcome	NIC (Nursing Clasification)	Income	
Klien 2						
Intoleransi berhubungan tirah baring	aktivitas dengan	Noc Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri.		Nic a. Bantu klien untuk mengenali akibat kelemahan dan keterbatasan aktivitas, Rasional : Merencanakan intervensi yang di butuhkan oleh klien sendiri dengan tepat. b. Bantu klien dalam melakukan aktivitas secara mandiri (berganti pakaian, makan) Rasional : Melatih kekuatan klien dalam melakukan aktivitas yang dipilih oleh klien secara mandiri c. Bantu untuk mendapatkan alat bantu aktivitas (kursi roda) Rasional : Untuk mempermudah klien saat mobilisasi d. Catat tanda- tanda vital Rasional: Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama dilakukan e. Berikan penjelasan tentang kesehatan: Perubahan gaya hidup Rasional : Meningkatkan pengetahuan dalam perawatan diri f. Bantu klien untuk memilih aktifitas yang konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik		
		Kriteria hasil a. Diharapkan tingkat ketidaknyamanan klien berkurang b. Diharapkan tingkat kelelahan klien berkurang c. Diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri d. Tanda- tanda vital normal setelah melakukan kegiatan secara mandiri				

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan dengan Diabetes Mellitus diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Diagnosa Keperawatan	06 Maret 2017	07 Maret 2017	08 Maret 2017	
Klien 1	Implementasi	Implementasi	Implementasi	
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	08.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien untuk menjalin kerjasama dan komunikasi terapeutik.	14.00	Mengkaji TTV TD:110/70 mmHg RR:21x/ menit S:36,7 ⁰ c N:82x/ menit
	08.20	Mengkaji adanya kelemahan , pada klien nampak mengalami luka ulkus diabetik di punggung kaki , kedalaman luka ±3 cm, luas 10 cm, luka bau(+), nanah (+), terdapat jaringan nekrosis, berwarna kuning pucat dan Nampak tulang jari, skala kekuatan otot	14.30	Memberikan injeksi a. Inj Santagesik 1gr (IV) b. Inj Apidra 14 unit (SC)
	08.30	Memberikan injeksi a. Inf NaCl 20 tetes/ menit b. Inj Metronidasole 500 mg(IV) c. Inj Ceftriaxone 1gr (IV) d. Inj Santagesik 1grl (IV) e. Inj Omeprasole 40 mg (IV) f. Inj Lantus 14 unit(SC) g. Inj Apidra 14 unit(SC)	15.15	Mengkaji adanya kelemahan pada klien, Nampak kaki klien terdapat luka ulkus diabetik di punggung kaki, Balutan luka terdapat rembesan cairan berwarna kuning kecoklatan Skala kekuatan otot
			15.45	Mengajak klien mencoba berjalan dan melakukan aktivitas sesuai kekuatan. Klien Nampak mencoba berdiri .
			16.00	Mendekatkan kursi roda untuk klien, dan menganjurkan jika ingin BAK ke kamar mandi menggunakan kursi roda
	09.00	Mendekatkan Makanan dan sendok untuk menganjurkan klien makan. Klien duduk dengan	09.00	Memonitor adanya kelemahan pada klien. kaki klien terdapat luka ulkus diabetik di punggung kaki sebelah kiri, balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kemerahan. Klien kekuatan otot
			10.00	Menjelaskan tentang pentingnya melakukan

		dibangunkan keluarga dan makan sendiri			aktivitas secara mandiri, Keluarga klien menerima dan mengerti tentang ayang dijelaskan untuk melakukan akttIVitas secara mandiri
	10.15	Membantu keperluan klien, mengambilkan kursi roda untuk memudahkan klien ke kamar mandi untuk BAK/BAB di kamar mandi dengan kursi roda			
	11.00	Mengkaji TTV TD:130/70 mmHg RR: 22 x/menit S : 37 °C N : 82x/mnt			
	11.00	Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan sesuai kekuatan klien			

Diagnosa Keperawatan	11 Maret 2017	12 Maret 2017	13 Maret 2017			
Klien 2	Implementasi	Implementasi	Implementasi			
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	08.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien untuk menjalin kerjasama dan komunikasi terapeutik.	14.00	Mengkaji adanya kelemahan. Klien nampak berbaring dan tidak beraktivitas, pada kaki klien terdapat luka ulkus diabetik ± 3cm, luas ±15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, pus, warna sekitar luka kuning kemerahan balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kehijauan Skala kekuatan otot	15.30	Memberikan penjelasan kesehatan tentang Latihan fisik, dengan prinsip latihan yang disukai, hendaknya melibatkan otot-otot besar dan sesuai keinginan agar manfaat olahraga dapat dirasakan terus oleh klien, dan olah raga dilakukan secara teratur. Seperti jogging, berenang, bersepeda, aerobic,
	08.15	Mengkaji penyebab kelemahan klien, kaki klien terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka ± 3cm, luas ±15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, pus, warna sekitar luka kuning kemerahan Skala kekuatan otot $\frac{5}{2} \quad \frac{5}{5}$		$\frac{5}{2} \quad \frac{5}{5}$	16.30	Melakukan Injeksi

08.30	Melakukan injeksi a. Natrium clorida 20 tetes/menit b. Inj Metronidazole 500mg(IV) c. Inj Vicilin 1,5 gr (IV) d. Inj Santagesik 1 gr (IV) e. Inj Lantus 14 unit (SC) f. Inj Apidra 6 unit (SC)	14.30	membantu klien dalam melakukan aktivitas (makan, dan berganti pakaian)	15.15	Melakukan Injeksi a. Natrium clorida 20 tetes/menit b. Inj Metronidazole 500mg (IV) c. Inj Vicilin 1,5 gr (IV) d. Inj Santagesik 1 gr(IV) e. Inj Lantus 14 unit(SC) f. Inj Apidra 6 unit(SC)	17.15	Observasi kelemahan pada klien, klien Nampak Skala kekuatan otot
08.45	Menganjurkan klien untuk mencoba melakukan aktivitas sesuai kekuatan. Klien hanya mengangguk dan diam						$\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$ kelemahan pada klien, klien NampakKlien hanya tidur dan tidak melakukan aktivitas, gambaran luka : balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kemerahan
10.00	Mengajak keluarga klien untuk melakukan perawatan secara mandiri (Mandi, berganti pakaian). Keluarga mengerti tentang apa yang di instruksikan dengan bertanya kegiatan apa saja yang sebaiknya dilakukan klien.	16.30	Mengajak klien untuk beraktivitas secara mandiri. Klien menjawab mengatakan iya nanti	17.00	Observasi TTV Td:1010/70 mmHg S:36,2 ⁰ c N:80x/ menit RR:22X/menit	19.00	Observasi TTV Td:100/70 mmHg N88x/menit S:36,4 ⁰ c RR:20x/ menit
11.00	Observasi TTV Td :100/70 mmHg RR: 20x/ menit N:88x/ menit S:36,8 ⁰ C						

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 catatan perkembangan dan evaluasi keperawatan klien 1 dan klien 2 dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan 2017

Diagnosa	Catatan perkembangan	Catatan perkembangan	Evaluasi	Paraf
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	
Klien 1 Diagnosa keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	S : Klien mengatakan badan lelah, badan terasa lemas dan malas untuk beraktivitas	S: Klien mengatakan mengatakan lemas berkurang, klien mengatakan beraktivitas kekamar mandi BAK	S: Klien mengatakan lemas berkurang, dan sudah melakukan aktivitas BAK di kamar mandi dan duduk di tempat tidur	
	O: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 263 TTV TD: 130/70 mmHg RR : 22 x/menit S : 37 °C N : 82x/mnt	O: Keadaan umum: Lemah Kesadaran: Composmentis GCS: 4-5-6, CRT<2 detik TTV TD:110/70 mmHg RR:21x/ menit S:36,7 ⁰ c N:82x/ menit	O: Keadaan umum lemah Kesadaran : Compostmentis GCS: 4-5-6,CRT <2 detik TTV TD: 120/70 mmHg RR: 22x/menit S: 36,2 ⁰ c N: 84x/menit	
	Klien Nampak lemah, ekspresi wajah gelisah, seluruh kegiatan klien dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB,BAK, berpakaian, klien berpindah tempat menggunakan kursi roda, gambaran luka : Terdapat luka ulkus diabetik di kaki kiri, kedalaman luka ±3 cm, luas 10 cm, luka bau, ada pus, terdapat jaringan nekrosis, berwarna kuning pucat dan nampak tulang jari, terpasang infus NaCl 20 tpm, skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	Ekspresi wajah meringis, seluruh kegiatan klien dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB,BAK, berpakaian, klien berpindah tempat menggunakan kursi roda, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kiri, gambaran luka : Balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kehijauan, terpasang infus NaCl 20 tpm, skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	Klien berjalan saat ke kamar mandi dengan dibopong keluarga, klien mampu, mengambil sendok dan makan secara mandiri, klien mampu berpindah tempat tanpa kursi roda, dengan pengawasan keluarga, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kiri, Gambaran luka : balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kemerahan, terpasang infus NaCl 20 tpm Skala kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	
	A: masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (a-e)	A: masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	

(a-e)		(a-e)
Terapi	Terapi	Terapi
a. Inf Natrium clorida 0,45/ 500cc/hari	a. Inf Natrium clorida 0,45/ 500cc/hari	a. Inf Natrium clorida 0,45/ 500cc/hari
b. Inf metronidsol 500mg/vial	b. Inf metronidsol 2x500mg/vial	b. Inf metronidsol 2x500mg/vial
c. Inj Ceftriaxone 1 gr/ ampul	c. Inj Ceftriaxone 2x1 gr/ ampul	c. Inj Ceftriaxone 2x1 gr/ ampul
d. Inj Santagesik 1gr/ ampul	d. Inj Santagesik 3x1gr/ ampul	d. Inj Santagesik 3x1gr/ ampul
e. Inj Omeprazole 40 mg/ vial	e. Inj Omeprazole 1x40 mg/ vial	e. Inj Omeprazole 1x40 mg/ vial
f. Inj Lantus 1x14 unit	f. Inj Lantus 1x14 unit	f. Inj Lantus 1x14 unit
g. Inj Apidra 3x14 unit	g. Inj Apidra 3x14 unit	g. Inj Apidra 3x14 unit

Diagnosa	Catatan perkembangan	Catatan perkembangan	Evaluasi	Paraf
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	
Klien 2 Diagnosa keperawatan : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	S : Klien mengatakan ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas dan lemas dan kaki cekot- cekot	S: Klien mengatakan lemah letih, ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas dan kaki cekot-cekot	S: Kien mengatakan lemas, klien ingin tidur dan tidak mau melakukan aktivitas	
	O: Keadaan umum : lemas Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik TTV S : 36,8 °C N: 88 x/menit TD : 100/70 mmHg RR : 20 x/menit	O: Keadaan umum: lemas Kesadaran: compostmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik TTV Td: 110/70 mmHg N:80x/menit S:36°C RR:22x/menit	O: Keadaan umum: lemas Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 CRT:< 2detik TTV Td: 110/60 mmHg N: 78x/ menit S: 36,1°C RR: 21x/menit	
	Klien Nampak lemas, klien hanya tidur saja, seluruh kegiatan sehari- hari dibantu oleh perawat dan keluarga (Mandi, gosok gigi, ganti baju), klien tidak beraktivitas dengan klien lain (Ngobrol). Klien BAB dan BAK menggunakan pampers, terdapat luka ulkus	Klien Nampak berbaring dan lemah, klien nampak lemas dan hanya tidur, seluruh kegiatan sehari- hari dibantu oleh perawat dan keluarga (Mandi, gosok gigi, ganti baju), klien tidak beraktivitas dengan klien lain (Ngobrol), klien BAB dan BAK	Klien nampak berbaring, ekspresi wajah datar, klien tidak berkomunikasi dengan klien lain (Ngobrol), klien BAB dan BAK menggunakan pampers. Terdapat luka ulkus di kaki kanan	

<p>diabetik di kaki kanan, gambaran luka: terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka ± 3cm, luas ±15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, pus, warna sekitar luka kuning kemerahan, skala otot</p>	<p>menggunakan pampers, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, gambaran luka: Balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kehijauan, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit</p>	<p>Gambaran luka : balutan luka terdapat rembesan berwarna kuning kemerahan, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit</p>
$\frac{5}{2} \quad \frac{5}{5}$	<p>Skala kekuatan otot</p> $\frac{4}{2} \quad \frac{5}{5}$	<p>Skala kekuatan otot</p> $\frac{5}{2} \quad \frac{5}{5}$
<p>A: masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi (a-e) Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Inf Natrium clorida 0,45, 500cc/ hari Inf Metronidazole 3x500mg/ vial Inj Vicilin3x1,5 gr/ vial Inj Santagesik 3x1gr (ampul) Inj Lantus 1x14 unit Inj Apidra 3x6 unit 	<p>A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi (a-e) Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Inf Natrium clorida 0,45, 500cc/ hari Inf Metronidazole 3x500mg/ vial Inj Vicilin3x1,5 gr/ vial Inj Santagesik 3x1gr (ampul) Inj Lantus 1x14 unit Inj Apidra 3x6 unit 	<p>A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi (a-e) Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> Inf Natrium clorida 0,45, 500cc/ hari Metronidazole 3x500mg/ vial Inj Vicilin3x1,5 gr/ vial Inj Santagesik 3x1gr (ampul) Inj Lantus 1x14 unit Inj Apidra 3x6 unit

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder. Tahap pengkajian harus dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat teridentifikasi (Nikmatur & Saiful, 2012) pada intoleransi aktivitas pengkajian lebih di fokuskan pada kemampuan mobilitas, kemampuan rentang gerak, perubahan intoleransi aktivitas, kekuatan otot, gangguan koordinasi, dan perubahan psikologi (Hidayat, 2012)

1) Data Subjektif

Pada tinjauan kasus diperoleh data pengkajian klien 1, keluhan utama lemas mulai tanggal 15 maret 2017 klien dengan keadaan tirah baring, mukosa bibir kering. Klien 2 keluhan utama lemas mulai tanggal 20 maret 2017 cekot – cekot di kaki yang terdapat luka, keadan lemah, tirah baring, GCS 4-5-6, CRT < 2 detik, S : 36,8 °C, N: 88 x/menit TD : 100/70 mmHg, RR : 20 x/menit.

Menurut Clevo Rendi 2012, intoleransi aktivitas timbul karena tidak adanya energi yang kecukupan untuk memenuhi kebutuhan hidups selain itu adanya perlukaan atau luka pada tubuh klien juga bisa menimbulkan intoleransi aktivitas terlebih pada bagian ekstremitas bawah.

Menurut peneliti terjadi intoleransi aktivitas pada klien 1 dan klien 2 yaitu tingginya kadar gula dalam darah pada klien Diabetes mellitus yang melebihi batas normal yang disertai adanya komplikasi luka ganggren yang tidak kunjung membaik .

2) Data Objektif

Data objektif dari pengkajian kedua klien mengalami luka akibat sakit diabetes pada ekstremitas bawah. Klien 1: keadaan umum klien lemah, kesadaran komposmentis. Tanda- tanda vital (ttv): tekanan darah (td): 130/70mmHg, Suhu(S): 37°C, Nadi(N): 82x/ menit, *Respiratory rate* (RR): 22x/menit, Gula darah acak (GDA): 263. *Glasgow coma Scale* (GCS) 4-5-6 Klien Nampak lemah, klien berpindah dengan menggunakan kursi roda, Tingkat aktivitas klien memerlukan bantuan keluarga/ perawat dan pengawasan dari orang lain. Ekstremitas atas, lengan kanan dan kiri simetris, tidak ada odema dan lesi, terpasang infus NacL 20 tetes/menit di tangan kanan, warna kulit kecoklatan. Ekstremitas bawah pergerakan sendi terbatas terdapat luka ulkus diabetik di punggung kaki kiri. kedalaman luka ± 3 cm, luas luka ± 10 cm , bau (+), terdapat nekrosis(+), luka warna kuning keputihan, nampak tulang jari.

Klien 2: kesadaran komposmentis. Tanda- tanda vital (ttv): tekanan darah (td): 100/70mmHg, Suhu(S): 36,8°C, Nadi(N): 88x/ menit, *Respiratory rate* (RR): 20x/menit, Gula darah acak (GDA): 404. *Glasgow coma Scale* (GCS) 4-5-6 . Klien nampak lemah , tubuh klien tampak lemas, tingkat aktivitas klien memerlukan bantuan keluarga/perawat dan pengawasan dari orang lain, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa

bibir kering. Ekstremitas atas, tidak ada lesi atau odema, terpasang infus NacL20 tetes/ menit ditangan kanan, warna kulit kecoklatan. Ekstremitas bawah : terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan berwarna merah, terdapat jaringan kalus, adanya pus, luas luka ± 15 cm, kedalaman ± 3 cm, tidak ada krepitasi.

Menurut Clevo Rendi (2012) Luka yang timbul pada klien1 dan klien 2 karena adanya neuropati dan terjadinya luka yang tidak kunjung sembuh yang menghambat aktivitas dari klien. Akibat lain adalah *asthenia* atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah disebabkan oleh hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi.

Menurut peneliti yang terjadi pada klien 1 dan klien 2 terjadi karena adanya infeksi pada luka diabetic yang memicu timbulnya intoleransi aktivitas pada klien.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada studi kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada studi kasus klien 1 dan klien 2 menunjukkan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring akibat luka ganggren dari diabetes mellitus, yang menimbulkan keterbatasan rentang gerak, rasa kelelahan yang untuk melakukan aktivitas dan terjadi Intoleransi aktivitas karena ketidakcukupan energi untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas sehari- hari (Nanda, 2015-2017).

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada studi kasus, intervensi yang dapat dilakukan ada 6 pada klien 1 dan klien 2, meliputi bantu klien untuk mengenali kelemahan dan keterbatasan aktivitas, bantu klien dalam melakukan aktivitas secara mandiri, bantu klien untuk mendapatkan alat bantu aktivitas(kursi roda, dan alat makan atau mandi), observasi tanda-tanda vital, beri pendidikan kesehatan tentang aktivitas secara mandiri dan bantu klien untuk memilih aktivitas yang konsisten secara mandiri sesuai dengan kemampuan fisik.

Menurut Huda Amin dkk (2016) intervensi yang diberikan pada klien dengan intoleransi aktivitas meliputi bantuan untuk memilih aktivitas yang konsisten sesuai kekuatan dan kemampuan fisik dan psikologi, bantuan klien untuk mendapatkan alat bantu aktivitas(kursi roda, krek), kaji tingkat aktivitas (tingkat kelelahan, pemeriksaan fisik terutama pada ekstremitas, perubahan tanda-tanda vital setelah atau selama melakukan aktivitas). Observasi tanda- tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, RR) , monitor keterbatasan aktivitas, adanya kelemahan saat aktivitas, ciptakan rutinitas aktivitas perawatan secara mandiri.

Menurut peneliti intervensi yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 tidak sama karena klien 1 lebih aktif melakukan aktivitas dan klien 2 lebih pasif dan tidak kooperatif .

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan pada pemberian injeksi klien 1 ada injeksi omeprazole.

sedangkan klien 2 ada injeksi Vicillin. Implementasi Klien 1 Mengkaji adanya kelemahan, pada klien nampak luka ulkus diabetik di punggung kaki sebelah kiri kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 10 cm, luka bau, terdapat nanah, terdapat jaringan nekrosis, berwarna kuning pucat, dan nampak tulang jari. Melakukan injeksi metronidazole 1x500 mg, injeksi ceftriaxone 1x1gr, injeksi santagesik 1x1gr, injeksi omeprazole 1x40 mg, injeksi lantus 1x14 unit, injeksi apidra 1x14 unit. Mendekatkan makanan dan sendok untuk klien makan secara mandiri. Membantu mendekatkan kursi roda untuk klien ke kamar mandi. Mengkaji tanda-tanda vital (TTV) tekanan darah (TD) 130/70, *Respiratory rate* (RR) 22x/ menit, suhu (S) 37° C, nadi(N) 82x/ menit. Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan mandiri klien. Klien 2, mengkaji penyebab kelemahan klien, nampak luka ulkus diabetik di kaki sebelah kanan, kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 15 cm, luka bau, terdapat jaringan nekrosis, terdapat pus, warna sekitar luka kuning kemerahan,. Melakukan injeksi metronidazole 1x500mg, injeksi vicilin 1x1,5 gr, injeksi santagesik 1x1gr, injeksi lantus 1x14unit, injeksi apidra 1x16 unit. Mengajak klien untuk melakukan aktivitas sesuai dengan kekuatan dan mengajak keluarga beserta klien untuk mendukung dan berperan serta dalam perawatan secara mandiri (mandi, dan berganti pakaian). Mengobservasi tanda-tanda vital, tekanan darah (TD) : 100/70 mmHg, *respiratory rate* (RR): 20x/ menit, nadi (N): 88x/ menit, suhu(S): 36,8°C.

Menurut Debora (2011) perlakuan yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan

yang paling dibutuhkan klien. Menurut peneliti implementasi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 berbeda, hal tersebut dikarenakan kondisi dari klien. Klien 1 sangat kooperatif dalam melakukan aktivitas yang disarankan, dan klien 2 kurang kooperatif, klien hanya tidur dan menjawab iya tapi tidak melakukan aktivitas yang diintervensi perawat sama sekali.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Saiful, 2012). Pada studi kasus klien 1 Ny F pada tanggal 6 maret 2017 didapatkan data subyektif : Klien mengatakan badan lelah, terasa lemas dan malas untuk beraktivitas. Data obyektif keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, CRT < 2 detik, GDA: 263, tanda-tanda vital: Td: 130/70 mmHg, RR: 22x/menit, S: 37°C, nadi: 82x/menit. Klien nampak lemah, ekspresi wajah datar, seluruh kegiatan dibantu oleh perawat atau keluarga (mandi, gosok gigi, ganti baju, BAB/BAK), klien berpindah tempat menggunakan kursi roda, Terdapat luka ulkus diabetik terdapat ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri, kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus (+) pada luka terdapat nekrosis (+) dan luka berwarna kuning keputihan. nampak tulang jari, terpasang infus NaCl 20 tpm. Dari data hari pertama dari data A terdapat masalah intoleransi aktivitas yang belum bisa teratasi, sehingga pada data P intervensi dilanjutkan. Hari ke 2 data

subyektif klien mengatakan lemas berkurang Klien mengatakan mengatakan lemas berkurang, klien mengatakan beraktivitas kamar mandi BAK. Data Objektif keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 4-5-6 CRT<2 detik, Tekanan darah: 110/70 mmHg, RR: 21x/menit, suhu: 36,7^oc, nadi:82x/menit, ekspresi wajah meringis , seluruh kegiatan ganti baju, gosok gigi dan berpindah tempat masih dibantu sama keluarga atau perawat, klien berpindah kamar mandi untuk BAK menggunakan kursi roda, terdapat luka ulkus diabetik diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning keputihan. nampak tulang jari, terpasang infus NaCl 20 tpm. Dari data A terdapat masalah intoleransi aktivitas yang masih belum teratasi, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan. Hari ke 3 didapatkan data subyektif mengatakan lemas berkurang dan sudah melakukan aktivitas kamar mandi dan duduk. Data Objektif keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, CRT<2 detik, tekanan darah 120/ 70 mmHg, RR: 22x/menit, suhu: 36,2^oc, nadi: 84x/menit, klien berjalan dengan dibopong keluarga,klien mampu mengambil sendok dan makan secara mandiri, klien mampu berpindah tempat tanpa menggunakan kursi roda, terdapat luka ulkus diabetik (S) di punggung kaki sebelah kiri , kedalaman luka ± 3 cm, luas ± 10 cm, luka bau luka khas ganggren (+), ada pus(+) pada luka terdapat nekrosis(+) dan luka berwarna kuning keputihan, nampak tulang jari,

terpasang infus NaCl 20 tpm, dari data A terdapat masalah yang teratasi sebagian, sehingga intervensi akan dilanjutkan.

Klien 2, hari pertama, 11 maret 2017, data subyektif klien mengatakan hanya ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas, lemas dan kaki cekot-cekot. Data Objektif keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6, CRT < 2 detik, tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,8° c, RR: 20x/menit. Klien Nampak lemas, klien hanya tidur berbaring, sehari-hari kegiatan dibantu keluarga atau perawat (makan, mandi, ganti pakaian), klien tidak berkomunikasi dengan klien lain, BAB dan BAK di pampers, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka ± 3cm, luas ± 15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, pus, warna sekitar luka kuning kemerahan, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit, dari data A terdapat masalah yang belum teratasi, sehingga intervensi harus dilanjutkan. Hari ke 2, 12 maret 2017 data subjektif klien mengatakan lemas letih, malas melakukan aktivitas dan kaki cekot-cekot. Data objektif keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS 4/5/6, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36°c, RR: 22x menit, klien Nampak lemah, berbaring saja, seluruh aktivitas sehari-hari dibantu perawat dan keluarga (mandi, gosok gigi, BAB/BAK, ganti baju), terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka ± 3cm, luas ± 15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, warna sekitar luka kuning kemerahan, Dari data A terdapat masalah intoleransi aktivitas yang masih belum teratasi, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

Evaluasi hari ke 3, pada klien 2 tanggal 13 maret 2017 diperoleh data subjektif klien mengatakan badan terasa lemas, ingin tidur dan enggan melakukan aktivitas. Data objektif diperoleh keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, GCS 4-5-6 ,CRT < 2 detik, tanda- tanda vital : tekanan darah 110/60 mmHg, nadi: 78x/ menit, suhu: 36,1/ menit, klien Nampak berbaring, ekspresi wajah datar, klien tidak komunikasi dengan klien lain, klien BAB dan BAK di pampers, terdapat luka ulkus diabetik di kaki kanan, kedalaman luka \pm 3cm, luas \pm 15 cm, terdapat bau luka khas ganggren, terdapat jaringan nekrosis, warna sekitar luka kuning, terpasang infus naCL 20 tetes/ menit. Dari data A terdapat masalah intoleransi aktivitas yang masih belum teratasi, sehingga pada data P intervensi akan dilanjutkan.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan adanya perkembangan aktivitas yang ingin dilakukan(berjalan ke kamar mandi, dan duduk ditempat tidur). Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat kooperatif untuk proses penyembuhan. Sedangkan pada klien 2 belum dikatakan baik karena, klien 2 tidak menunjukkan atau melakukan aktivitas yang di intervensikan perawat.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan kasus, sebagai berikut:

1) Pengkajian

Hasil pengkajian pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus pada klien 1 dan klien 2, data subjektif pada tinjauan kasus didapatkan data klien 1 mengungkapkan badan lemah, terasa lemas dan malas untuk beraktivitas karena di kaki ada luka ulkus diabetic. Klien 2 mengungkapkan Klien mengatakan ingin tidur saja, malas melakukan aktivitas dan lemas dan kaki cekot- cekot.

2) Diagnosa

Pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan diagnose keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring ditandai dengan adanya luka ulkus diabetic pada klien 1 dan klien 2, bukan hanya luka tapi ditandai dengan hasil pemeriksaan gula darah yang cenderung tinggi pada klien 1 GDA 263, dan klien 2 GDA: 404

3) Intervensi

Intervensi keperawatan atau rencana keperawatan yang diberikan dengan diagnosa intoleransi aktivitas sebagai berikut sesuai dengan

teknik peningkatan aktivitas secara mandiri agar klien dapat memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari.

4) Implementasi

implementasikan beberapa rencana keperawatan dengan memperhatikan respon klien, seperti mengkaji penyebab kelemahan pada klien, memberikan injeksi klien 1 Infus NaCl 20 tetes/menit, injeksi metronidazole, injeksi ceftriaxone, injeksi santagesik, injeksi omeprazole, injeksi lantus, injeksi apidra. Klien 2, diberi Infus NaCl 20 tetes/menit, injeksi metronidazole, injeksi santagesik, injeksi lantus injeksi apidra dan diberi tambahan injeksi vicilin.

5) Evaluasi

Pada evaluasi hari terakhir klien 1 berhasil menurunkan intoleransi aktivitas, dengan subjektif klien mengatakan lemas berkurang, sudah melakukan aktivitas BAK dikamar mandi dan duduk ditempat tidur. Klien 2 Ny. Z pada evaluasi didapatkan data subjektif klien mengatakan lemas klien ingin tidur dan tidak melakukan aktivitas.

5.2 Saran

1) Bagi klien dan keluarga

Sebaiknya peran keluarga diikutsertakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami intoleransi aktivitas untuk mendukung klien supaya menambah semangat. Keluarga juga harus berperan aktif jika klien mempunyai suatu masalah, menjaga komunikasi dan keharmonisan.

2) Bagi institusi kesehatan ICME

Diharapkan untuk menambah referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah intoleransi aktivitas, guna memperluas wawasan keilmuan bagi peneliti dan siapapun yang berminat memperdalam topik tersebut.

3) Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu se efektif mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal.

4) Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dengan memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal.

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS

DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS

DI RUANG MELATI RSUD BANGIL

PASURUAN



OLEH :

KIKI OKTA VIANASARI

141210022

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2017

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN



Oleh :
KIKI OKTA VIANASARI
NIM : 141210022

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN MASALAH INTOLERANSI AKTIVITAS
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL
PASURUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
INSAN CENDEKIA MEDIKA Jombang

OLEH:
KIKI OKTA VIANASARI
141210022

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017

Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS

No	Kegiatan-Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus				■																												
2	Bimbingan Proposal Studi Kasus				■	■	■																										
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus							■																									
4	Ujian Proposal Studi Kasus								■																								
5	Revisi Proposal Studi Kasus									■																							
6	Pengambilan Data dan Pengolah Data									■	■	■	■	■	■	■	■																
7	Bimbingan Hasil Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
8	Ujian Sidang Studi Kasus																													■			
9	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																														■		

Lampiran 2

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '070/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data, Studi Pendahuluan dan Penelitian

Jombang, 26 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan izin melakukan Pre survey data, Studi Pendahuluan dan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **KIKI OKTA VIANASARI**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : **14 121 0022**
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan**

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 3 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 314 /424.202/2017 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKes ICMe
Hal : Persetujuan Pengambilan Data Jl. Kemuning No. 57
Data JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 070/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 26 Januari 2017 perihal Pre survey dan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : KIKI OKTA VIANASARI
NPM : 14.121.0022
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 3 – 9 Februari 2017.

Dengan ketentuan:

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 13 Februari 2017

Nomor : 445.1/ 426 /424.202/2017 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Mojosongo
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: Q70/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 26 Januari 2017 perihal Pre survey data, Studi Pendahuluan dan Penelitian serta surat Keterangan untuk Melakukan Penelitian/Survey/Research/PKL/KKN dari Kepala Bakesbangpol Nomor 072/77/424.104/SUR/RES/2017 tanggal 9 Februari 2017 atas nama:

Nama : KIKI OKTA VIANASARI
NIM : 14 121 0022
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal 27 Februari – 25 Maret 2017,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



DIDIK MARIYONO, SKM.

Perata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 23 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 924 / 424.079/2016 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Keterangan Selesai Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Penelitian Mojosongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/426/424202/2017 tanggal 13 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Kiki Okta Vianasari
NIM : 14 121 0022
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Masalah Intoleransi Aktivitas di Ruang Melati RSUD Bangil

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 27 Februari – 25 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN

Kepala Bidang Penunjang

u.b

Kasi Diklat



DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA**
Prodi D3 Keperawatan

Sekretariat : a) Jl. Kemuning 57 Candimulyo – Jombang, ☎ 0321-865446
b) Jl. Halmahera – Jombang, ☎ 0321-854916

BERITA ACARA

Nomor:...../D3.Kep./STIKES ICME/...../20....

PENDAMPINGAN MAHASISWA KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS
PROGRAM DIPLOMA-III KEPERAWATAN TAHUN AKADEMIK...../.....
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG

Pada hari ini senin tanggal 13 bulan Maret tahun 2017 telah dilaksanakan Pendampingan mahasiswa Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus tahun Akademik/..... bagi mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Insan Cendekia Medika (ICME) Jombang Program Studi D-III Keperawatan di Bangsai Melati yang dimulai pukul : 11.00 dan berakhir pada pukul : 14.00

Nama	<u>KIKI OKTA VIANASARI</u>
NIM	<u>14-121-002-2</u>
Semester	
Ruang/Tempat	<u>Ruang Bangsal Melati</u>
Nama Klien	<u>Ibu Hasina</u>
Judul KTI	<u>Asuhan keperawatan pada Diabetes Mellitus dengan intoleransi aktivitas</u>

Kejadian – kejadian selama Pendampingan mahasiswa Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Tahun Akademik...../..... berlangsung:.....

Demikian berita acara Pendampingan mahasiswa Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Tahun Akademik/..... ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pembimbing/Pendamping Lahan
Jombang, 13 Maret 2017

Endah y
(.....)

Pembimbing/Pendamping Akademik
(.....)

Mengetahui,
Ketua Prodi D-III Keperawatan

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. F
Umur : 43 tahun
Alamat : Batu putih, Jati Pejo, PASURUAN

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Januari 2017

Responden

(
Hasina)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nu.z
Umur : 51 tahun
Alamat : Jln. Diponegoro Dalam
Bangil , pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Januari 2017

Responden



(Nurimah)

Lampiran 8

PENGAJIAN DATA KEPERAWATAN

DIRUANG :

Tanggal masuk	:	Ruangan / kelas	:
DMK	:	No. Kamar	:
No. Rekam Medik	:			

I. IDENTITAS

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Agama :
5. Suku/bangsa :
6. Pendidikan :
7. Pekerjaan :
8. Alamat :
9. Penanggung jawab : Askes / Astek / Jamsostek / sendiri

II. RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN

1. Keluhan utama :
.....
.....
2. Riwayat Penyakit Sekarang :
.....
.....
3. Riwayat Penyakit kesehatan yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga :
.....
.....
4. Riwayat Alergi :
.....
.....
.....

III. POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola Kebiasaan klien

- a. Nutrisi : tak oreksia ausea vomitus sonde infus
 diit :..... Eliminasi : tak konstipasi diare ostomi Retensi urin
kateter anuria oliguria perdarahan inkontinensia alvi
- b. Istirahat tak insomnia hipersomnia lain-lain
- c. Aktifitas mandi tergantung sebagian tergantung penuh lain-lain :

2. Data Psikologis, sosiologis dan spiritual

- a. Psikologis tak gelisah takut sedih rendah diri
marah Acuh mudah tersinggung lain-lain ..
- b. Sosiologis : tak menarik komunikasi lain-lain ..
- c. Spiritual : perlu dibantu dalam beribadah
Lain-lain :

V. Pemeriksaan Fisik;

Batas normal	Hasil pemeriksaan
Tanda-tanda vital	Tanda –tanda vital
Suhu 36-37 C, nadi 60-100 x/menit, tensi rata-rata 130/80 mmhg, RR 16-24 x/menit	a. Suhu : ° C b. Nadi : x/menit c. Tekanan darah : mmhg d. Respirasi rate : x/menit

Pemeriksaan Head – to – toe (kepala ke kaki)

Kesadaran compos mentis, GCS 15, visus mata 6/6,tidak buta warna, hidung, skret jernih, telinga bersih, tidak ada ggn. Pendengaran, Bibir normal, gigi lengkap bersih, selaput lendir mulut lembab, lidah normal bersih, tidak ada kesulitan menelan, kelenjar thyroid tidak teraba Bentuk dada simetris, Pola nafas reguler, suara tambahan tidak ada Nadi frekuensi 80 – 100 x/mt reguler, auskultasi bunyi jantung normal, tidak ada suara tambahan	a. Kesadaran : <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma b. Kepala : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> Mesosefal <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> hematoma <input type="checkbox"/> lainnya : c. Rambut : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kotor <input type="checkbox"/> berminyak <input type="checkbox"/> kering <input type="checkbox"/> rontok <input type="checkbox"/> Lainnya : d. Muka : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> bells palsy <input type="checkbox"/> tic facialis <input type="checkbox"/> kelainan congenita <input type="checkbox"/> Lainnya : e. Mata : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> ggn. Penglihatan <input type="checkbox"/> sclera anemis <input type="checkbox"/> tidak ada reaksi cahaya <input type="checkbox"/> Anisokor <input type="checkbox"/> midriasis/miosis <input type="checkbox"/> konjungtitis <input type="checkbox"/> lainnya : f. Telinga : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> berdengung <input type="checkbox"/> nyeri <input type="checkbox"/> tuli <input type="checkbox"/> keluar cairan <input type="checkbox"/> Lainnya : g. Hidung : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> epistaksis <input type="checkbox"/> lainnya : . h. Mulut : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> bibir pucat <input type="checkbox"/> kelainan congenital <input type="checkbox"/> Lainnya : .. i. Gigi : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> karies <input type="checkbox"/> goyang <input type="checkbox"/> tambal <input type="checkbox"/> gigi palsu <input type="checkbox"/> Lainnya : .. j. Lidah : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kotor <input type="checkbox"/> mukosa kering <input type="checkbox"/> gerakan asimetris k. Tenggorokan : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> faring merah <input type="checkbox"/> sakit menelan <input type="checkbox"/> tonsil membesar <input type="checkbox"/> Lainnya : l. Leher : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> pembesaran tiroid <input type="checkbox"/> pembesaran vena jugularis <input type="checkbox"/> Kaku kuduk <input type="checkbox"/> keterbatasan gerak <input type="checkbox"/> lainnya : .. m. Dada : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> retraksi <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> rales <input type="checkbox"/> Whesing <input type="checkbox"/> suara S1/S2 <input type="checkbox"/> murmur <input type="checkbox"/> nyeri dada <input type="checkbox"/> aritmia <input type="checkbox"/> Takhikardi <input type="checkbox"/> bradikardi <input type="checkbox"/> palpitasi <input type="checkbox"/> lainnya : .. n. Abdomen : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> ascites <input type="checkbox"/> nyeri <input type="checkbox"/> benjolan/masa di : o. Integumen : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> turgor <input type="checkbox"/> dingin <input type="checkbox"/> bula <input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> baal <input type="checkbox"/> RL positif <input type="checkbox"/> lainnya : ..
--	---

<p>Abdomen datar, nyeri umum dan nyeri khusus tidak ada, ascites tidak ada.</p> <p>Warna kulit kemerahan / pigmentasi, akral hangat, turgor elastik, krepitasi dan oedem tidak ada</p> <p>Pergerakan bebas, kemampuan kekuatan otot niali 5</p>	<p>p. Extremitas : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> kelainan congenital</p> <p><input type="checkbox"/> Inkoordinasi <input type="checkbox"/> plegi di ..</p> <p><input type="checkbox"/> Parese di .. lainnya :. <input type="checkbox"/></p>
---	---

V. Pemeriksaan Penunjang

1.
2.
3.

VI. Diagnosa keperawatan

1.
2.
3.

Perawat

(.....)

VII. Analisa Data

no	Data	etilogi	masalah

VIII. RENCANA KEPERAWATAN




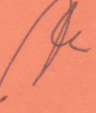
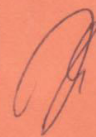



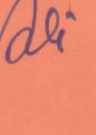
Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional


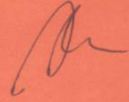
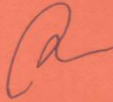



IX. TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

No dx	Tgl.Jam	Tindakan	TT perawat	Tgl. Jam	Catatan Perkembangan	TT perawat
					S. O. A. p.	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : KIKI OKTA VIATASARI
 NIM : 141210022
 JUDUL : Asuhan keperawatan klien Diabetes melitus
 dengan Intoleransi aktifitas.
 PEMBIMBING I : Ruliati . SKM . M . Kes

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	05 - 12 - 2016	ACC pident	
2	15 - 12 - 2016	- ultraduksi pgu → imbalansa - Data awal ul10 → R-SUN - Urinalogi spesifik ke - Rumus → Bab 2 alih bal. - Lampal - selus saran (Rena M)	 
3	19 - 12 - 2016	latu Belalang Ulu Jalus Data cc lungkup	
4	23 - 12 - 2016	kejadian imbalansa aktifitas	
5	3 - 1 - 2017	lungkup data bab I lungkup bab 2	
6	09 - 01 - 2016	bab 2. Revisi Askep sau masne Profesional. Bab 1. ACC Bab 3. ACC	
7	06 - 01 - 2016	lungkup dari awal - alih bal - askep uji proposal ACC revisi uji proposal siap uji Hasil	 

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	25/04 2017	Pengertian secara klien 1, 2, 3, 4, 5 dengan klien. scriptas elaborasi & elaborasi	
2	29/04 2017	Pengantar di klien hasil / tespon	
3	03/05 2017	Revisi bab 11 Lampiran bab 5	
4	01/06 2017	Perbaikan disusun FOTC tiap bab keperawatan bab. Uraian diperbaharui	
5	08/06 2017	Revisi perbaikan kegiatan di klien ke- smpitan.	
6	12/06 2017	tahap uji hasil	

LEMBAR KONSULTASI

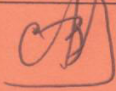
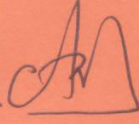
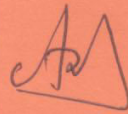
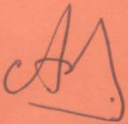

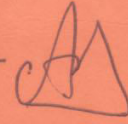
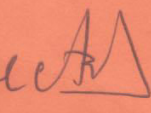
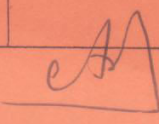
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : KIKI OKTA VIANASARI

NIM : 14-121-002-2

JUDUL :

PEMBIMBING II : Agus Muslim . S.Kep.Nr

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	05-12-2016	Konsul Judul ACC Judul	
2	20-12-2016	Bab I ~ Revisi - Introduction ~ Belum mural - Slide data ~ ditempat penelitian - Konsep ~, sampai belum mural - Tolusi	
3	30-12-2016	Bab I ~ ACC Langka Bab II	
4		Bab II ~ Revisi - konsep Diabetes mellitus - Askep mural dan pemerkas Fungsi - Penelitian ~ korelasi & Pendahuluan	
5		Bab II ~ ACC Langka Bab III	
6		Bab III ~ Revisi - Definisi penelitian & ke-luaran pengantar - Volun & uraian penelitian - Pengumpulan data - Analisis data - Etika penelitian	
7		Bab III ~ ACC Langka Bab IV - bentuk penyaji - latar belakang, penulisan - monev penelitian penyaji - latar belakang - perhaps uji proposal	
8			

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
9	5-5-2017	Bab IV → Rensi - Tokoh penting Paksi - Syarifuddin - ...	CAJ
10	7-06-2017	Bab IV → ace. Layer Bab IV	CAJ
11	10-06-2017	Bab IV → Rensi - ... - ... - ... - ... - ... - ...	CAJ
12	12-06-2017	Bab IV → ace. ...	CAJ