

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
DIABETES MELLITUS DENGAN KEKURANGAN VOLUME
CAIRAN DI RUANG BANGSAL MELATI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
PASURUAN**



**OLEH:
DWI AGUSTININGSIH
141210011**

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

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
DIABETES MELLITUS DENGAN KEKURANGAN VOLUME
CAIRAN DI RUANG BANGSAL MELATI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
PASURUAN**

diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program

Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Insan Cendekia Medika Jombang



OLEH:

DWI AGUSTININGSIH

141210011

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

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : DWI AGUSTININGSIH

NIM : 141210011

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



DWI AGUSTININGSIH
NIM : 141210011



LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI
DIABETES MELLITUS DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI
RUANG BANGSAL MELATI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
PASURUAN.

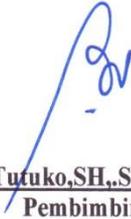
Nama Mahasiswa : Dwi Agustinningsih
NIM : 1412100111
Program Studi : D3 Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL JUNI 2017

Jombang, Juni 2017



Maharani Tri P. S.Kep.Ns. MM.
Pembimbing Utama



H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep., Ns., MH
Pembimbing Kedua

Mengetahui,



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



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

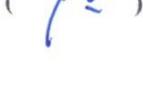
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama : Dwi Agustinningsih
NIM : 141210011
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Dengan Kekurangan Volume Cairan Di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Ruliati SKM.,M.Kes ()
Penguji I : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ()
Penguji II : H. Bambang T, SH.,S.Kep.,Ns.,MH ()
Ditetapkan di : Jombang
Pada Tanggal :

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jombang, 19 Agustus 1993 dari keluarga bapak Wahyudi dan ibu Sunarsih. Penulis merupakan anak dua dari tiga bersaudara.

Tahun 1999 penulis lulus dari TK KEDUNGLOSARI 2 Tembelang, tahun 2005 penulis lulus dari SD Negeri 02 Kedunglosari Jombang, tahun 2008 penulis lulus dari SMP Negeri 01 Tembelang dan tahun 2011 penulis lulus dari SMA MUHAMMADIYAH 1 JOMBANG, tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK gelombang 1. Penulis memilih program Studi D3 Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 3 Januari 2017

Penulis



Dwi Agustinningsih

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Diare Dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat H. Bambang Tutuko, S. Kep., Ns., M. Hum selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Media Jombang. Maharani Tri P., S., Ns., MM. selaku Kepala Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang dan dosen pembimbing H. Bambang Tutuko, SH.,S. Kep., Ns.,MH, selaku dosen pembimbing Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis teliti. Kepala Diklat RSUD Bangil yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil data dan menyelesaikan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan, motivasi, kekuatan, dan nasehat selama menempuh pendidikan di STIKes ICMe Jombang hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tidak lupa kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan dan bantuannya dalam penyelesaian penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk penulis sangat diharapkan demi kesempurnaan penulis di masa yang akan datang

Jombang, 16 Juni 2017

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI DIABETES MELLITUS DENGAN KEKURANGAN VOLUME CAIRAN DI RUANG BANGSAL MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:

Dwi Agustinningsih

Penyakit Diabetes mellitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih dihadapi di Indonesia hingga saat ini, Diabetes Mellitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, dan apabila insulin tidak bisa dieksresikan akan mengakibatkan diuresis osmotik yang ditandai dengan berkemih secara berlebihan sehingga menimbulkan rasa haus sehingga menyebabkan kekurangan volume cairan. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan kekurangan volume cairan di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek penelitian adalah 2 pasien dengan Diabetes Mellitus di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil. Teknik pengumpulan data dideskriptifkan secara naratif dan dilakukan dengan teknik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi atau pemeriksaan fisik.

Hasil studi kasus pada klien Tn. H dan Ny. N dengan penderita Diabetes Mellitus, didapatkan satu diagnosa yang prioritas yakni kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan cairan sudah seimbang keadaan turgor kulit membaik dan gula darah dalam batas normal dengan pemantauan secara rutin.

Kesimpulan dari kasus keluarga Tn. H dan .Ny.N dengan penderita Diabetes Mellitus adalah masalah teratasi sesuai dengan harapan. Saran dari studi kasus ini yaitu menjaga pola hidup dengan mengkonsumsi makanan yang rendah gula dan berolahraga secara teratur agar tidak mengalami Diabetes Mellitus lagi.

Kata Kunci :Asuhan keperawatan, Diabetes Mellitus, Kekurangan Volume Cairan

ABSTRACT

***NURSING CARE IN CLIENTS WHO EXPERIENCE DIABETES MELLITUS
WITH VOLUME LIQUID DISADVANTAGES IN ROOM BANGSAL MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN***

Oleh :

Dwi Agustinningsih

Diabetes mellitus disease is one of the health problems that are still encountered in Indonesia until now, Diabetes Mellitus is a group of metabolic diseases that occur due to abnormalities of insulin secretion, insulin disruption or both, and if insulin can not be excreted will result in osmotic diuresis characterized by Excessive urination resulting in thirst causing a lack of fluid volume. The purpose of this study is to carry out nursing care on clients who experienced Diabetes Mellitus with fluid volume shortage in Bangsal Jasmine Room Bangil Pasuruan.

This research uses descriptive method in the form of case study. Research subjects were 2 patients with Diabetes Mellitus in Bangsal Ward Room of Bangil Hospital. Data collection techniques are narrative descriptively described and conducted with interview techniques (anamnesis results containing the client's identity, major complaints, past and present disease history), observation or physical examination.

Result of case study to client of Mr. H and Mrs. N with Diabetes Mellitus sufferers, one diagnosis of priority is the lack of fluid volume associated with active fluid loss. After nursing care done for 3 days found that the fluid has been balanced skin turgor conditions improved and blood sugar within normal limits with regular monitoring.

The conclusion of the family case. Mr. H and Mrs. N with Diabetes Mellitus is a problem resolved in accordance with expectations. Suggestions from this case study are keeping the lifestyle by consuming foods that are low in sugar and exercising regularly so as not to experience Diabetes Mellitus again.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus, Lack of Fluid Volume

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian.....	3
1.5 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar Diabetes Mellitus	6
2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus	6
2.1.2 Klasifikasi	7
2.1.3 Etiologi	8
2.1.4 Pathofisiologi.....	9
2.1.5 Skema Pohon Masalah.....	11
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.7 Komplikasi.....	14

2.1.8 pemeriksaan penunjang	15
2.1.8 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Dasar Kekurangan Volume Cairan	17
2.2.1 Definisi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	17
2.2.2 Volume dan Distribusi Cairan Tubuh.....	17
2.2.3 Jenis Cairan	18
2.2.4 Fungsi Cairan.....	19
2.2.5 Pergerakan Cairan Tubuh	19
2.2.6 Definisi Kekurangan Volume Cairan Tubuh.....	20
2.2.7 Batasan Karakteristik.....	20
2.2.8 Faktor Yang Berhubungan.....	21
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	21
2.3.1 Pengkajian	21
2.3.2 Keluhan Utama	21
2.3.3 Riwayat Kesehatan Sekarang	21
2.3.4 Riwayat Kesehatan Dahulu	22
2.3.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	22
2.3.6 Riwayat Psikososial.....	22
2.3.7 Pola Fungsi Kesehatan.....	22
2.3.8 Pemeriksaan Fisik.....	23
2.3.9 Pemeriksaan Penunjang.....	27
2.3.10 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.11 Intervensi Keperawatan	28
2.3.12 Implementasi Keperawatan	29
2.3.13 Evaluasi Keperawatan	29
BAB 3 METODE PENELITIAN	30
3.1 Desain Penelitian	30
3.2 Batasan Istilah	31
3.3 Partisipan	32
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	33
3.5 Pengumpulan Data.....	33
3.6 Uji Keabsahan Data	35

3.7 Analisa Data	36
3.8 Etik Penelitian	37
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
4.1 Hasil.....	39
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.....	39
4.1.2 Pengkajian.....	39
4.1.3 Analisa Data	47
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	48
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	50
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	52
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	56
4.2 Pembahasan.....	58
4.2.1 Pengkajian.....	58
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	60
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	60
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	61
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	61
BAB 5 PENUTUP.....	63
5.1 Kesimpulan.....	63
5.2 Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Hal
1.	Intervensi keperawatan.....	28



DAFTAR GAMBAR

No.	Daftar Gambar	Hal
1.	Pathway Diabetes Mellitus.....	11



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus

Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Partisipan

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Lampiran 4 : Lembar Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 6 : Lembar Surat Pre Survey Data, Surat Studi Pendahuluan

Penelitian dan balasan penelitian

Lampiran 7 : Lembar pernyataan bebas Plagiasi



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

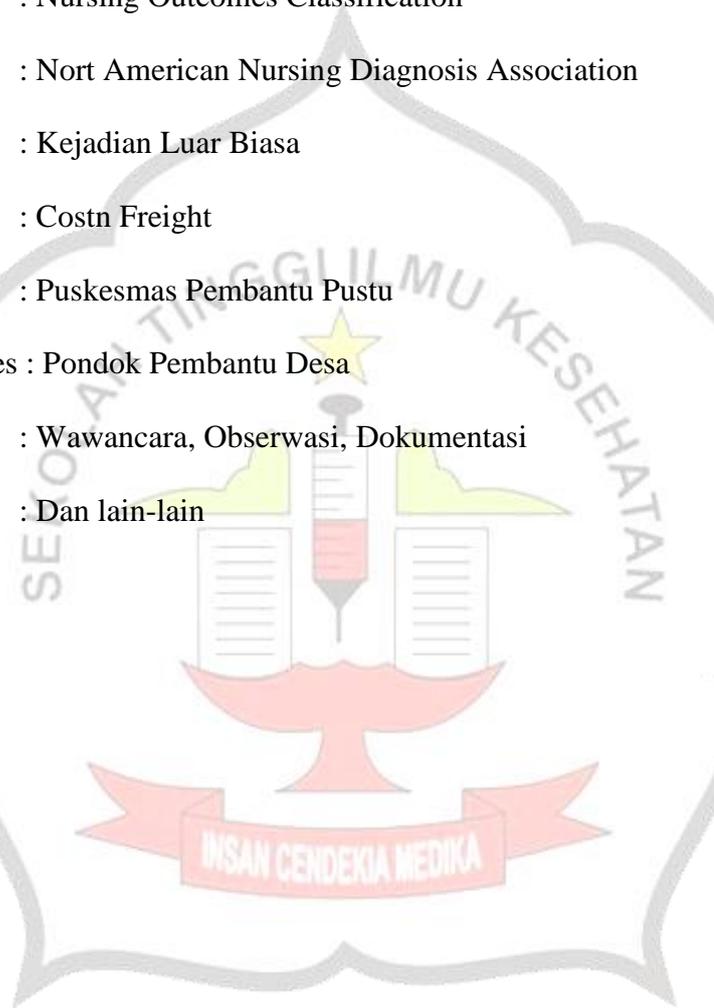
LAMBANG

1. % : Persentase
2. \leq : Lebih kecil dari atau sama dengan
3. $<$: Lebih kecil dari
4. $>$: Lebih besar dari
5. O₂ : Oksigen
6. Kg : Kilogram
7. m : Meter
8. cm : Sentimeter
9. N : Normal
10. BB : Berat Badan
11. NaCl : Natrium Klorida
12. MmHg : Mili meter air raksa

SINGKATAN

1. WHO : World Health Organization
2. TD : Tekanan Darah
3. RR : Respiratory Rate
4. RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar
5. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
6. STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
7. ICME : Insan Cendekia Medika
8. ADL : *Activity Daily Living*

9. AHA : *American heart hyperplasia*
10. MRS : Masuk Rumah Sakit
11. No. RM : Nomor Rekam Medik
12. RS : Rumah Sakit
13. NIC : Nursing Interventions Classification
14. NOC : Nursing Outcomes Classification
15. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Association
16. KLB : Kejadian Luar Biasa
17. CFR : Costn Freight
18. PUATU : Puskesmas Pembantu Pustu
19. POSKESDes : Pondok Pembantu Desa
20. WOD : Wawancara, Obserwasi, Dokumentasi
21. DII : Dan lain-lain



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang

Diabetes mellitus merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia yang masih banyak terjadi di masyarakat .Pada Diabetes Tipe II Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terjadi resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit metabolik yang menyebabkan hiperglikemi dan jika glukosa dalam darah tetap tinggi ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Apabila jumlah insulin berkurang ,jumlah glukosa yang memasuki sel juga berkurang. Disamping itu produksi glukosa oleh hati menjadi tidak terkendali. Kedua factor ini akan menimbulkan hiperglikemia. Dalam peningkatan upaya untukmenghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama- sama air dan elektrolit(seperti natrium dan kalium). Diuresis osmotik yang ditandai oleh urinasi berlebihan (poliuria) ini akan menyebabkan dehidrasi dan kekurangan volume cairan. Sebagai akibatnya tkehilangan cairan yang berlebih, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia) (Wijaya dan Putri 2013). Penyakit DM terjadi seiring dengan kemajuan zaman dan kesejahteraan masyarakat, contohnya di Indonesia yang lebih dari 60 tahun merdeka , pola penyakit di Indonesia mengalami pergeseran. Penyakit tmenahun yang disebabkan oleh degenerative meningkat secara berarti. Perubahan polapenyakit tersebut diduga ada hubungannya dengan cara hidup yang berubah, antara lain

polamakan yang berubah, komposisi makanan yang berubah, aktivitas sehari – hari yang cenderung di belakang meja dan kurangnya waktu untuk berolahraga (jurnal *fk unaid* tahun 2016). Menurut survey yang dilakukan (WHO) pada tahun 2015 menyebutkan jumlah penderita diabetes sebanyak 415 juta, diantaranya terdapat 138 juta penderita di Asia Tenggara beserta Australia, 72 juta jiwa pada Asia Selatan dan Asia Timur, jumlah sebanyak 98,4 juta jiwa, di Asia Tengah dan Afrika Utara sebesar 35 juta jiwa, 56 juta jiwa pada Eropa, jumlah penderita pada Amerika Tengah beserta Amerika Selatan sebanyak 24 juta jiwa. Menurut WHO pada tahun 2035 jumlah penderita penyakit Diabetes Mellitus akan mengalami peningkatan yaitu sebanyak 55 %. Menurut hasil RISKESDAS pada tahun 2014 di Indonesia berada pada posisi ketujuh dengan jumlah penderita sebanyak 8,5 juta jiwa dan di wilayah provinsi Jawa timur sebanyak 2,1 % dan pada tahun 2016 di RSUD Bangil di Ruang Melati penderita DM Tipe 2 sebanyak 477 jiwa. Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan salah satu penyakit dengan gangguan kronis yang ditandai dengan metabolisme karbohidrat dan lemak yang merupakan disebabkan oleh kekurangan hormon insulin, obesitas, usia dan pola hidup yang tidak sehat dan memiliki gejala seperti (1) kelelahan, (2) haus berlebihan, (3) makan berlebihan, (4) luka yang lama sembuh, (5) pandangan kabur (jika kadar glukosa yang sangat tinggi) . Bila hal ini dibiarkan terjadi dapat menimbulkan komplikasi melalui kerusakan pembuluh darah di seluruh tubuh dan bisa menyebabkan fungsi pancreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon – hormone untuk proses metabolisme tubuh. Selain itu dapat menimbulkan terjadinya kekurangan volume cairan akibat dari kehilangan cairan yang berlebih. (Wijayadan Putri, 2013). Cara yang paling baik dalam mencegah terjadinya

Diabetes Mellitus adalah menghindari pola hidup yang tidak sehat seperti menurunkan berat badan, berolahraga secara teratur untuk mengurangi lemak dan kalori, mengurangi laju perkembangan komplikasi yang sudah ada. Pemantauan dapat dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah puasa dan 2 jam post prandial, pemeriksaan kefasilitas kesehatan kurang lebih 4 kali per tahun dengan pemeriksaan laboratorium dan diberikan penyuluhan tentang cara perawatan luka, menganjurkan untuk control secara rutin sesuai waktu yang ditentukan, memberikan penyuluhan tentang diet pada makanan, menganjurkan untuk pola hidup sehat dan memberikan edukasi tentang pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (Dr. Hasdianah.HR. 2012). Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Asuhan Keperawatan yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah Kekurangan Volume Cairan.

1.2 Batasan masalah

Asuhan Keperawatan klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah Kekurangan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah keilmuan untuk perkembangan pengetahuan dan wawasan dalam pemecahan permasalahan pada klien Diabetes Melitus dengan masalah kekurangan volume cairan.

1.5.2 Manfaat Praktis

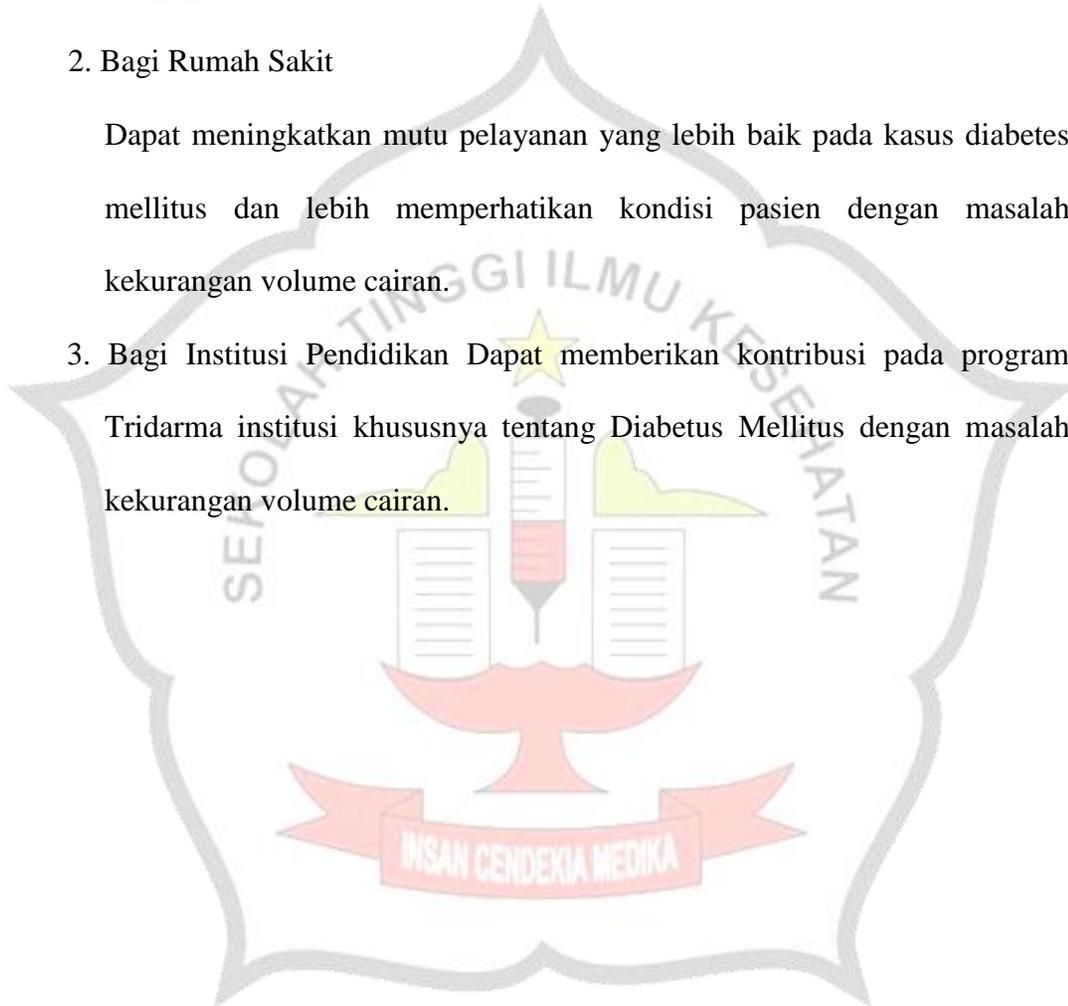
1. Bagi Klien dan Keluarga

Untuk menambah pengetahuan bagi klien dan keluarga ,sehingga dapat mengambil tindakan yang sesuai dengan masalah kekurangan volume cairan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik pada kasus diabetes mellitus dan lebih memperhatikan kondisi pasien dengan masalah kekurangan volume cairan.

3. Bagi Institusi Pendidikan Dapat memberikan kontribusi pada program Tridarma institusi khususnya tentang Diabetes Mellitus dengan masalah kekurangan volume cairan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DIABETES MELLITUS

2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan suatu gangguan kronis yang ditandai dengan metabolisme karbohidrat dan lemak yang relatif kekurangan insulin. Diabetes Mellitus merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah melebihi normal dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut (Hidayah , 2010). Diabetes Mellitus adalah kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan adanya peningkatan kadar gula dalam darah. Hal ini diakibatkan karena tubuh memproduksi hormon insulin dalam kadar yang lebih rendah .

Diabetes Mellitus adalah kelainan yang ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi normal (hiperglikemia), dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin secara relatif maupun absolut, apabila dibiarkan tidak terkendali dapat terjadinya komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler jangka panjang yaitu mikroangiopati dan makroangiopati. Diabetes Mellitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes

Mellitus merupakan gangguan keseimbangan antara transportasi glukosa ke dalam sel, glukosa yang disimpan dari hati dan glukosa yang dikeluarkan dari hati sehingga menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat (Dr. Hasdianah. H.R. 2012).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

a. DM Tipe 1 : IDDM

Diabetes Mellitus yang disebut juga Insulin dependent yaitu tubuh tergantung pada insulin karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin yang disebabkan oleh masalah genetik, virus atau penyakit autoimun.

b. DM Tipe 2 : NIDDM

Diabetes Mellitus yang membutuhkan insulin sementara atau seterusnya yang disebabkan oleh resistensi insulin, kekurangan insulin atau karena gangguan sekresi dan obesitas, usia maupun riwayat keluarga. Resistensi insulin adalah banyaknya jumlah insulin yang tidak berfungsi karena terhambatnya produksi glukosa oleh hati.

c. DM Tipe 3 : Gestasional/ kehamilan

Diabetes Mellitus yang terjadi hanya selama kehamilan dan pulih setelah melahirkan, dengan keterlibatan interleukin 6 dan protein reaktif C pada lintasan patogenesisnya.

d. DM Tipe Lain

Diabetes Mellitus yang disebabkan oleh penyakit pankreas, hormonal maupun obat-obatan (Andra Saferi Wijaya s,kep Ns,2013).

2.1.3 Etiologi

Umumnya Diabetes Mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau besar dari sel- sel beta dari pulau Langerhans pada pankreas yang menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Di samping itu ada beberapa faktor lain penyebab penyakit DM, antara lain :

1. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori serta tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai, yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes mellitus.

2. Obesitas (kegemukan)

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

3. Faktor genetik

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus, pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicitnya walaupun kemungkinan kecil terjadi.

4. Pola hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes mellitus, jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes mellitus karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang berlebihan di dalam tubuh. Kalori yang

tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes mellitus.

5. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin
6. Kehamilan diabetes gestasional, akan hilang setelah melahirkan.
7. Bahan – bahan kimia dan obat- obatan

Bahan – bahan kimia yang dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas yang berakibat fungsi pancreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon - hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.

8. Penyakit dan infeksi pada pankreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pancreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang berakibat fungsi pancreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon- hormone untuk proses metabolisme tubuh(dr. Hasdianah.H.R.,2012)

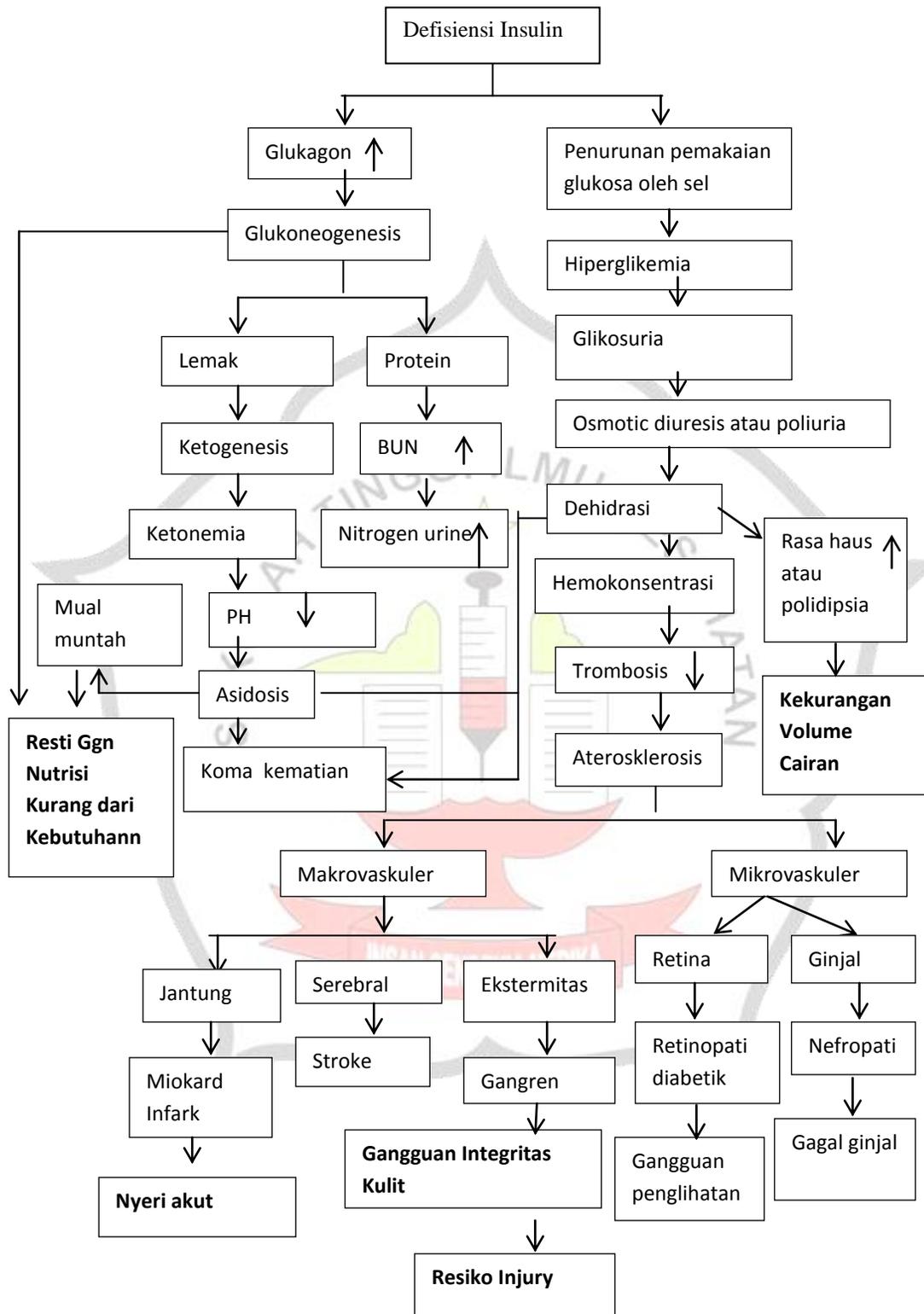
2.1.4 Patofisiologi

Pada Diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel- sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang

tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). ketika glukosa yang berlebih diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebih, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (polyuria) dan rasa haus (polydipsia). Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia).

Pada Diabetes tipe 2 terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intra sel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan diabetes tipe 2 dapat berjalan tanpa terdeteksi (Andra saferi wijaya,2013).

2.1.5 Skema pohon masalah Diabetes Mellitus(menurut padilla 2006)



2.1.6 Manifestasi klinis

Adanya penyakit diabetes ini seringkali tidak dirasakan dan disadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian adalah :

1. Keluhan klasik

a. Banyak kencing (poliuria)

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan sering kencing dengan jumlah yang banyak terutama pada malam hari.

b. Banyak minum (polydipsia)

Rasa haus sering dialami penderita karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita banyak minum.

c. Banyak makan (polifagia)

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita diabetes mellitus karena pasien mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar.

d. Penurunan berat badan dan rasa lemah ,mengantuk

Penurunan berat badan disebabkan oleh glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga .untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari sel lemak dan otot, akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

1. Keluhan lain

a. Gangguan saraf tepi/ kesemutan

Penderita sering merasakan kesemutan pada kaki di malam hari

b. Gangguan penglihatan

Pada fase awal diabetes sering dijumpai gangguan penglihatan seperti mata kabur.

c. Gatal/ bisul

Kelainan kulit berupa gatal ini biasanya terjadi di daerah kemaluan, lipatan kulit seperti ketiak.

d. Gangguan ereksi (impoten) dan keputihan (Andra saferi wijaya,2013).

Gejala yang biasa terjadi pada hipoglikemia seperti rasa lapar, mual dan berkeringat banyak umumnya tidak ada pada DM usia lanjut. Biasanya tampak bermanifestasi sebagai sakit kepala dan kebingungan mendadak. Pada usia lanjut reaksi vegetative dapat menghilang, sedangkan gejala kebingungan dan koma yang merupakan gangguan metabolisme serebral tampak lebih jelas (Padila,2012).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi – komplikasi pada diabetes mellitus dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Komplikasi metabolik akut

Terdiri dari dua bentuk yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia

a. Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan komplikasi akut diabetes mellitus dengan menurunnya kadar gula dalam darah $<60\text{mg/dl}$. Ada dua macam hipoglikemia yaitu :

1) koma hipoglikemia

koma hipoglikemia adalah koma atau penurunan kesadaran karena glukosa darah $< 30\text{ mg/dl}$.

2) hipoglikemia reaktif adalah gejala hipoglikemia yang terjadi 3-5 jam sesudah makan.

b. Hiperglikemia

Hiperglikemia yaitu kadar gula darah lebih dari 250 mg/dl dan gejala yang muncul poliuri, polidipsi pernafasan, mual muntah dan sampai penurunan kesadaran atau koma.

2. Komplikasi kronik

Ada dua macam komplikasi yaitu :

1. Makroangiopati (kerusakan pada saraf pembuluh darah) yang menyebabkan terjadinya :

- a. Kardiopati diabetik
- b. Gangguan jantung akibat diabetes
- c. Pembuluh darah kaki
- d. Pembuluh darah otak

1. Mikroangiopati (kerusakan pembuluh darah)

yang menyebabkan terjadinya :

a. Nefropati diabetik

Gangguan pada ginjal akibat diabetes dengan fungsi ginjal akibat kebocoran selaput penyaring darah.

b. Retinopati diabetik

Gangguan pada mata dengan rusaknya retina mata yang menimbulkan kekaburan

c. Neuropati diabetik

Gangguan pada saraf- saraf perifer(Dr. Hasdianah H.R,2012).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

- 1. Glukosa darah sewaktu
- 2. Kadar glukosa darah puasa
- 3. Tes toleransi glukosa

Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

- a. Glukosa darah sewaktu >200 mg/dl ($11,1$ mmol/L)
- b. Glukosa darah puasa >140 mg/dl ($7,8$ mmol/L).
- c. Glukosa darah 2 jam PP (post prandial) >200 mg/dl.
- d. Aseton plasma dengan hasil positif
- e. Asam lemak bebas (peningkatan lipid dan kolestrol
- f. Osmolaritas serum (>330 osm/l)
- g. Urialis (proteinuria, ketonuria, glukosuria) (Padila,2012).

2.1.9 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pasien Dm adalah :

1. Mempertahankan atau mencapai berat badan ideal
2. Mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal
3. Mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup
4. Mencegah terjadinya hipoglikemia dan ketoasidosis

Prinsip penatalaksanaan pasien DM adalah mempertahankan kadar gula dalam darah, ada lima faktor yang harus diperhatikan, yaitu :

1. Penyuluhan
2. Management diet
3. Latihan fisik (olahraga)
4. Obat – oatan penurunan gula darah
5. Monitoring gula darah

Terapi

1. Tablet OAD (Oral Antidiabetik)
 - a. Sulfonylurea
 - b. Biguanid
 - c. Inhibitor a glukosidase
2. Insulin
 - a. Insulin masa kerja panjang (long- acting insulin)
 - b. Insulin regular atau insulin super cepat (fas-t acting insulin)
 - c. Insulin super cepat (fast- acting) (Dr. Hasdianah H.R,2012)

2.2 Konsep Dasar Kekurangan Volume Cairan

2.2.1 Definisi Kebutuhan Cairan dan elektrolit

Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap dalam berespon terhadap stressor fisiologis dan lingkungan.

2.2.2 Volume dan distribusi cairan tubuh

a. Volume cairan tubuh

Total volume cairan tubuh (total body water- TBW) kira- kira 60 % dari berat badan pria dan 50 % dari berat badan wanita. Jumlah volume cairan ini tergantung kandungan lemak badan dan usia. Usia juga berpengaruh terhadap TBW dimana makin tua usia makin sedikit kandungan airnya . sebagai contoh, bayi baru lahir TBW nya 70-80 % dari BB, usia 1 tahun 60 % dari bb, usia pubertas sampai dengan 39 tahun untuk pria 60 % dari BB dan wanita 52 % dari BB, usia 40 – 60 tahun untuk pria 55 % dari BB dan wanita

47 % dari BB, sedangkan usia diatas 60 tahun untuk pria 52 % dari BB dan wanita 46 % dari BB.

b. Distribusi cairan

cairan tubuh didistribusikan diantara dua kompartemen yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler kira – kira $\frac{2}{3}$ atau 40 % dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler 20 % dari BB, cairan ini terdiri atas plasma (cairan intravaskuler) 5 %, cairan interstisial (cairan disekitar tubuh seperti limfe) 10- 15 %, dan traseluler (misalnya , cairan serebrospinalis, synovia, cairan dala peritoneum, cairan dalam rongga mata, dll) 1 -3 %.

Rumus perhitungan cairan : intake/ cairan masuk = output/ cairan keluar + IWL (Insensible Water Loss). IWL (Insensible Water Loss) : jumlah cairan keluaranya tidak disadari dan sulit diitung, yaitu jumlah keringat,uap hawa nafa.

RUMUS IWL (Insensible Water Loss)

$$IWL = \frac{(15 \times BB)}{24 \text{ jam}}$$

24 jam

2.2.3 Jenis cairan

a. Cairan nutrient

1. Karbohirat dan air, contoh : dextrose (glukosa). Levulose (fruktosa), invert sugar ($\frac{1}{2}$ dextrose dan $\frac{1}{2}$ Levoluse).
2. Asam amino, contoh : amigen, aminosol, dan travamin.
3. Lemak, contoh : lipomul dan liposyn.

b. Blood volume Expanders

1. Human serum albumin
2. Dextran.

2.2.4 Fungsi cairan

- a. Mempertahankan panas tubuh dan temperature tubuh
- b. Transpor nutrient ke sel
- c. Transpor hasil sisa metabolisme
- d. Transpor hormone
- e. Pelumas antar organ
- f. Mempertahankan tekanan hidrostatik dalam system kardiovaskuler.

2.2.5 Pergerakan cairan tubuh

a. Difusi

merupakan proses dimana partikel yang terdapat dalam cairan bergerak dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah sampai terjadi keseimbangan.

b. osmosis

merupakan bergeraknya pelarut bersih seperti air, melalui membrane semipermeabel dari larutan yang berkonsentrasi rendah ke konsentrasi yang lebih tinggi yang sifatnya menarik.

c. Transpor aktif

Partikel bergerak dari konsentrasi rendah ke tinggi karena adanya daya aktif dari tubuh seperti pompa jantung.

2.2.6 Definisi kekurangan volume cairan

Kekurangan volume cairan merupakan penurunan cairan intravascular, interstisial, dan / intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium.

2.2.7 Batasan Karakteristik

- a. Haus
- b. Kelemahan
- c. Kulit kering
- d. Membran mukosa kering
- e. Peningkatan frekuensi nadi
- f. Peningkatan hematocrit
- g. Peningkatan konsentrasi urin
- h. Peningkatan suhu tubuh
- i. Penurunan berat badan tiba-tiba
- j. Penurunan haluan urin
- k. Penurunan pengisian vena
- l. Penurunan tekanan darah
- m. Penurunan tekanan nadi
- n. Penurunan turgor kulit
- o. Penurunan turgor lidah

2.2.8 Faktor Yang Berhubungan

- a. Kegagalan mekanisme Cairan
- b. Kehilangan Cairan Aktif

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan (menurut Padila,2012)

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian tanggal : Jam :

MRS tanggal : No. RM :

Diagnose medis :

Identitas pasien Penanggung Jawab Biaya

Nama : Nama :

Usia : Alamat :

Jenis kelamin : Hubunga keluarga :

Suku : No. telepon :

Agama : Alamat :

2.3.2 Keluhan utama

Saat MRS (alasan utama masuk rumah sakit)

Saat pengkajian (yang paling dikeluhkan klien)

2.3.3 Riwayat kesehatan sekarang

Adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh- sembuh, kesemutan, menurunnya BB, meningkatkan nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

2.3.4 Riwayat kesehatan dahulu

Berapaa lama klien menderita DM , bagaimana penanganannya, mendapat terapi jenis insulin apa, bagaimana cara minum obatnya teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan klien untuk menanggulangi penyakitnya.

2.3.5 Riwayat kesehatan keluarga

Adakah keluarga yang menderita penyakit DM

2.3.6 Riwayat psikososial

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

2.3.7 Pola Fungsi kesehatan

1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita diabetes mellitus dengan kekurangan volume cairan.

2. Pola nutrisi

Penderita diabetes mellitus sering mengeluh dengan anoreksia, mual muntah, haus, penggunaan diuretik terjadi penurunan berat badan.

3. Pola eliminasi

Terjadi perubahan pola berkemih (polyuria, nokturia, anuria), diare.

4. Pola aktivitas/ istirahat

Sering mengalami susah tidur, letih, lemah, sulit bergerak/ berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

5. Nilai dan keyakinan

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

2.3.8 Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Kulit kepala :

Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit dan tekstur kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Inspeksi : lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman /kecoklatan, edema, dan distribusi rambut kulit.

Palpasi : diraba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, tekstur : kasar atau halus, akral dingin/hangat.

b. Rambut

Tujuan : untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan pada rambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, tektur kasar atau halus.

c. Kuku

Tujuan : utuk mengetahui keadaan kuku, warna dan panjang, dan untuk mengetahuimkapiler refill.

Inspeksi : catat mengenai warna biru : sianosis, merah : peningkatan visibilitas Hb, bentuk : clubbing karena hypoxia pada kangker paru.

Palpasi : catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat 5-15 detik).

d. Kepala/wajah

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda atau missal lebih condong ke kanan atau ke kiri, itu menunjukkan ada parase/kelumpusan.

Palpasi : cari adanya luka, tonjolan patologik dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan.

e. Mata

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata (medan penglihatan visus dan otot-otot mata), dan juga untuk mengetahui adanya kelainan atau pandangan pada mata.

Inspeksi : kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil : isokor, miosis atau medriasis.

Palpasi : tekan secara ringan untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien glaucoma/kerusakan dikus optikus) kaji adanya nyeri tekan.

f. Hidung

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis.

Inspeksi : apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.

Palpasi : apakah ada nyeri tekan massa.

g. Telinga

Tujuan : untuk mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran bentuk, kebersihan, lesi.

Palpasi : tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

h. Mulut dan faring

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan untuk mengetahui kebersihan mulut.

Inspeksi : amati bibir apa ada kelainan congenital (bibir sumbing) warna, kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : pegang dan tekan darah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembengkakan dan nyeri.

i. Leher

Tujuan : untuuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa system limfatik.

Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan dan samping.

Palpasi : letakkan telapak tangan pada leher klien, suruh pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

j. Dada

Tujuan : untuk mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

Inspeksi : amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati adanya retraksi interkosta, amati pergerakan paru.

Palpasi : adakah nyeri tekan , adakah brenjo lantur posisi

Perkusi : untuk menentukan batas normal paru.

Auskultasi : untuk mengetahui bunyi nafas, vesikuler, wheezing/crecles.

k. Abdomen

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan gerakan perut , mendengarkan bunyi peristaltic usus, dan mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya asites.

Palpasi : adanya massa dan respon nyeri tekan.

Auskultasi : bising usus normal 10-12x/menit.

1. Muskuloskeletal

Tujuan : untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada daerah tertentu.

Inspeksi : mengenai ukuran dan adanya atrofi dan hipertrofi, amati kekuatan otot dengan member penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.

2.3.9 Pemeriksaan penunjang

a. Kadar glukosa

1. Gula darah sewaktu/ random >200 mg/dl
2. Gula darah puasa/ nuchter >140 mg/dl
3. Gula darah 2 jam PP (post prandial) > 200 mg/dl

- b. Aseton plasma jika hasil (+) mencolok
- c. As lemak bebas jika danya peningkatan lipid dan kolestrol
- d. Osmolaritas serum (>330 osm /l)
- e. Urinalisis pada proteinuria, ketonuria, glukosuria)

2.3.10 Diagnosa keperawatan (NANDA NIC-NOC, 2015-2017)

Kekurangan Volume Cairan

Definisi : penurunan cairan intravascular, interstisial dan atau intrasel.

2.3.11 Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Kekurangan volume cairan

No.	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Kekurangan volume cairan</p> <p>Definisi : penurunan cairan intravaskular, interstisial, dan / intrasel</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haus 2. Kelemahan 3. Kulit kering 4. Membramukosakering mukosakering 5. Peningkatan frekuensi nadi 6. Peningkatan hematocrit 7. Peningkatan suhu tubuh 8. Peningkatan konsentrasi urine 9. Peningkatan suhu tubuh 10. Penurunan berat badan tiba-tiba 11. Penurunan haluaran urine 12. Penurunan pengisian vena 13. Penurunan tekanan darah 14. Penurunan tekanan nadi 15. Penurunan turgor kulit 16. Penurunan turgor lidah 17. Penurunan volume nadi 18. Perubahan status mental <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan mekanisme regulasi 2. Kehilangan cairan aktif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fluid Balance 2. Hydration 3. Nutritional Status : Food and Fluid Intake <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fluid balance <ol style="list-style-type: none"> a. berat badan stabil b. keseimbangan intake dan output dalam 24 jam c. berat jenis urin normal d. turgor kuli tbaik e. tekanan baji paru-paru norma f. kelembaban membran mukosa <p>penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <ol style="list-style-type: none"> 2. Hydration <ol style="list-style-type: none"> a. turgor kulit baik b. membrane mukosa lembab c. intake cairan seimbang d. tekanan darah dan suhu dalam batas normal e. denyut nadi dalam batas normal f. berat badan normal <p>penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berat 2. cukup berat 3. sedang 4. ringan 5. tidak ada <ol style="list-style-type: none"> 3. Nutritional status : food and fluid intake <ol style="list-style-type: none"> a. berat badan normal b. berat urin normal 	<p>Fluid management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekana darah ortostatik). Jika diperlukan. 3. Monitor masukan makan/cairan dan hitung intake kalori harian. 4. Berikan nesogatrik sesuai output 5. Dorong masukan oral <p>Hypovolemic management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan Monitor tingkat HB dan hematocrit 2. Monitor tanda vital 3. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 4. Monitor berat badan

-
- c. membrane mukosa lembab
 - d. nutrisi terpenuhi
 - e. turgor kulit baik

penilaian :

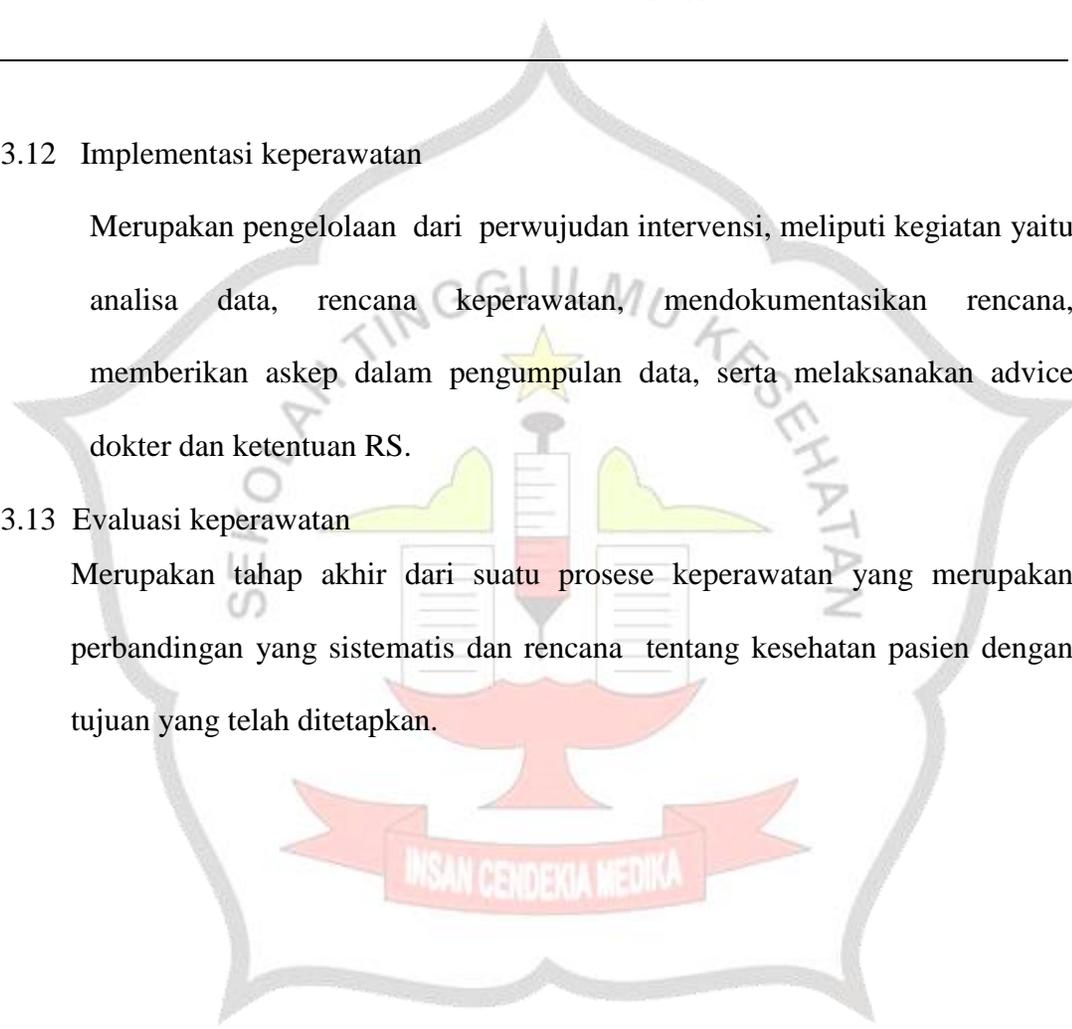
1. Sangat terganggu
 2. Banyak terganggu
 3. Cukup terganggu
 4. Sedikit terganggu
 5. Tidak terganggu
-

2.3.12 Implementasi keperawatan

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi, meliputi kegiatan yaitu analisa data, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan advice dokter dan ketentuan RS.

2.3.13 Evaluasi keperawatan

Merupakan tahap akhir dari suatu prosese keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryono, 2013). Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan metode dekskriptif yang berarti suatu metode yang berupaya mengungkapkan keadaan yang terjadi saat ini, untuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan.

Studi kasus merupakan rancangna yang mencakup satu unit secara intensif misalnya satu klien atau dua klien. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun jumlah variable yang berhubungan dengan studi kasus. Rancangan pada studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan penelitian waktu. Riwayat dan perilaku mempelajari suatu kejadian mengenai perorangan (riwayat hidup). Pada metode studi kasus ini diperlukan banyak informasi guna mendapatkan bahan – bahan yang agak luas, sebelumnya biasanya dikaji secara rinci (Nursalam, 2011).

Dalam studi kasus ini dibatasi oleh waktu, tempat, serta kasusu yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Dalam studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dengan masalah kekurangan volume cairan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan istilah – istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Dalam penelitian studi kasus batasan istilah adalah :

1. Asuhan keperawatan merupakan suatu hal yang tidak akan terlepas dari pekerjaan seorang perawat dalam menjalankan tugas serta kewajibannya serta peran dan fungsinya terhadap pasiennya. Dalam studi kasus ini peneliti melaksanakan Asuhan Keperawatan diabetes mellitus yaitu suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien yang mengalami masalah kekurangan volume cairan dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penelitian tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Klien adalah seorang yang menerima perawatan medis (setiap orang yang melakukan yang diperlukan secara langsung maupun tidak langsung kepada pelayanan kesehatan / konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan dokter atau perawat.
3. Diabetes mellitus merupakan penyakit menahun dan tidak dapat disembuhkan dan merupakan salah satu gangguan metabolik kronik yang disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat yang ditandai dengan hiperglikemia. Penanganan diabetes mellitus yang tidak tepat akan menyebabkan komplikasi salah satunya adalah kekurangan volume cairan.
4. Diabetes mellitus tipe 2 merupakan salah satu penyakit dengan gangguan kronis yang ditandai dengan metabolisme karbohidrat dan lemak yang

merupakan disebabkan oleh hormone insulin, obesitas, usia dan pola hidup yang tidak sehat dan memiliki gejala seperti kelelahan, haus berlebihan, makan berlebihan, luka yang lama sembuh dan pandangan kabur.

5. Masalah diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar- benar terjadi, antara teori dengan praktik, antara aturan dengan pelaksanaan , antara rencana dengan pelaksana.
6. Kekurangan volume cairan merupakan penurunan cairan intravascular,dan atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, keilangan cairan saja tanpa perubahan natrium.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan menggunakan metode purposive. Metode purposive adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu studi kasus dengan menentukan terlebih dahulukriteria yang akan diamsukkan dalam studi kasus, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam,2013). Studi kasus ini menggunakan 2 klien dengan karakteristik klien yang mengalami disbetes mellitus dengan kekurangan volume cairan dengan karakteristik keadaan luka yang sama dank lien yang mengalami denagn karakteristik keadaan luka yang sama dank lien yang mengalami diabetes mellitus dengan kekurangan volume cairan dengan riwayat lamanya menderita diabetes mellitus dengan kekurangan volume cairan.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat atau wilayah dimana penelitian tersebut akan dilakukan. Lokasi studi kasus tersebut didasarkan pada :

1. Tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami diabetes mellitus di ruang penyakit bedah (Ruang Melati) RSUD Bangil yang beralamat di JL. Raya Raci – Bangil, Masangan Pasurua, Jawa Timur 67153.
2. Kemudahan akses peneliti terhadap partisipan
3. Waktu studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian mulai bulan Februari sampai dengan Maret 2017.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulandata merupakan tahapan dalam proses penelitian yang penting, karena hanya dengan mendapatkan data yang tepat maka, proses penelitian akan berlangsung sampai mendapatkan jawaban dari perumusan masalah yang sudah ditetapkan (Nursalam, 2011).

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperluka tehnik mengumpulkan data. Adapun tehnik menggunakan pengumpulan data dalam penelitian dekskriptif, yaitu :

1) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau pemberian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (respnden), atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face 2 face).

Jadi data tersebut diperoleh langsung dari esponden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Saryono, 2013).

Materi wawancara meliputi : anamnesis berisi tentang (wawancara dengan subyek atau responden), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu- keluarga yang lain – lain sesuai dengan pedoman yang akan diungkap. Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan salah satu metode yang dilakukan dengan cara pengamatan dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat

(terhadap perilaku dan lingkungan, baik sosial dan material individu atau kelompok yang diamati (Suryono,2013).

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi I dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjngi, melihat, menonton saja, tapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian, khusus dan melakukan pencatatan – pencatatan. Dalam penelitian ini opservasi dilakukan menggunakan pendekatan IPAP yaitu : Inspeksi, Perkusi, Auskultasi, Palpasi pada system tubuh pasien.

3.) Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variable berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini dokumentasi berupa hasil dari ekam medis , literature, pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan Data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data / informasi daripada sikap dan jumlah orang untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan (pengujian). Pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan yaitu derajat keperawatan (credibility), keteralihan (transferability), kebergantungan (dependability) dan kepastian (confirmability) (Sugiono,201). Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data / informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti instrument utama), uji keabsahan data dapat dilakukan dengan :

1. memperpanjang waktu pengamatan/ tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang diinginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.

2. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas dan atau informasi yang telah diperoleh esponden, apabila 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.

3.7 Analisa Data

Analisa data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan suatu uraian dasar, sehingga data ditemukan tema tertentu (Moleong, 2007). Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasa. 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 data analisis adalah :

1) Pengumpulan Data

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 diajarkan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic 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 keehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data, perencanaan, tindakan, evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

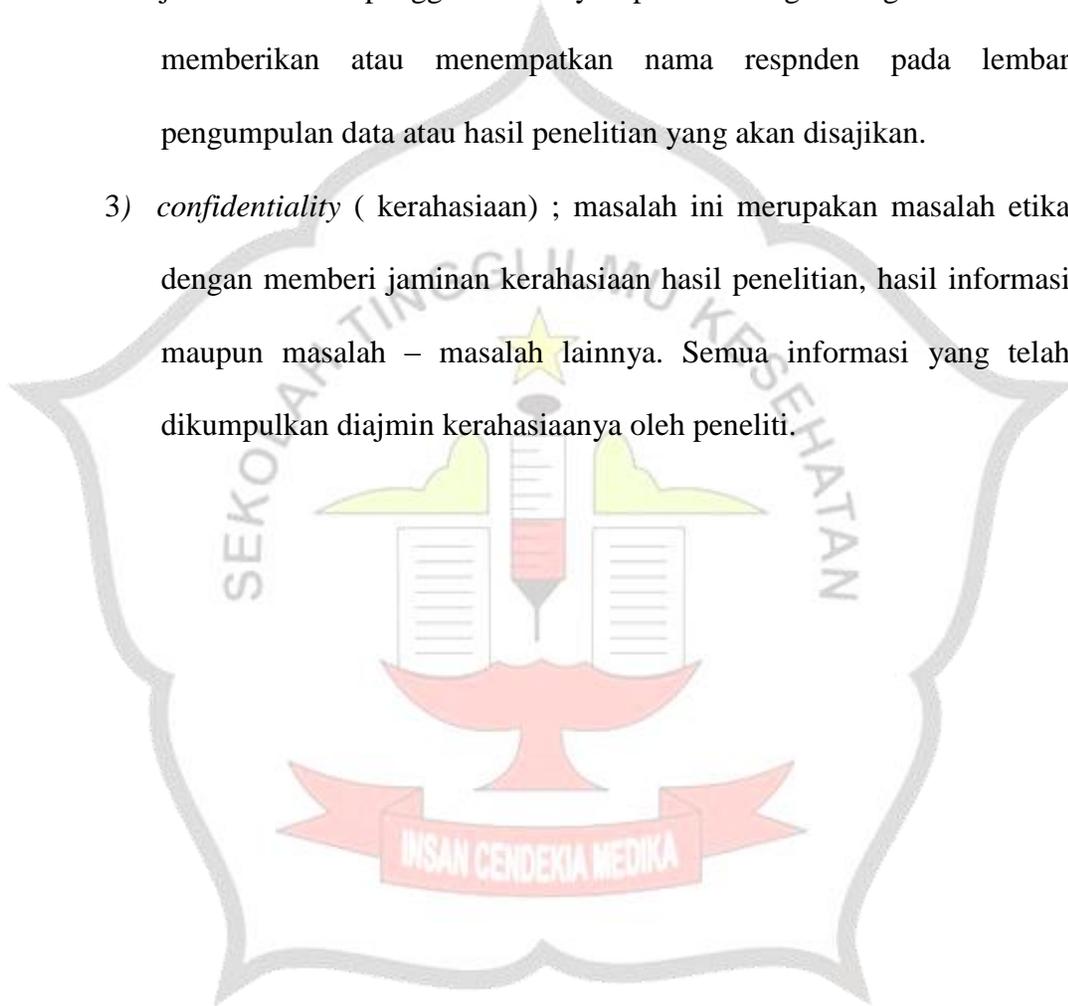
Dalam melakukan penelitian izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi : informed consent (persetujuan menjadi responden), anonymity (tanpa nama), dan confidentiality (kerahasiaan) (Tri, 2015).

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 memberi lembar persetujuan untuk menajdai responden. Tujuan informed conent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

- 2) *anonymity* (tanpa nama) ; masalah etika penelitian yang memberikan jaminan dalam penggunaan suvyek penelitian agar dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama respnden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
- 3) *confidentiality* (kerahasiaan) ; masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian, hasil informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan diajmin kerahasiaanya oleh peneliti.



BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Jl. Raya Raci Masangan No. 9 Bangil Ruang Bangsal Melati G1 ,dengan kapasitas 16 kamar tidur dengan klien 14 yang opname disertai ruangan dan ventilasi yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. H	Ny. N
Umur	48 tahun	48 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Swasta	Ibu Rumah Tangaa
Status perkawinan	kawin	kawin
Alamat	Kebotohan selatan, Kraton	Watodek Kei Kecil Maluku
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	25-02-2017	24-02-2017
Tanggal Pengkajian	27-02-2017	27-02-2017
Jam masuk	15.54.50 WIB	19.36.08 WIB
No. RM	00-32-XX	00-32-XX
Diagnosa Masuk	Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus

2. Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan badannya lemas dan cepat haus.	Klien mengatakan badannya lemas dan cepat haus.
Riwayatpenyakit sekarang	Klien mengatakan pada hari jum,at tiba- tiba badannya lemas dan tidak sadarkan diri, keluarga memutuskan untuk dibawa ke RSUD Bangil pada jam 14.45, setelah tiba lalu pasien di bawa menuju ke IGD dan di rawat inap di ruang Melati RSUD Bangil pukul 15.54 wib.	Klien mengatakan pada hari sabtu sore badannya terasa lemas dan nyeri kaki sebelah kanan, lalu anak pasien memutuskan untuk dibawa ke RSUD Bangil pada pukul 18.30 ,setelah sampai pasien dibawamenuju ke IGD dan dirawat inap di ruang Melati RSUD Bangil pada pukul 19.36. wib.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan tidak menderita penyakit diabetes mellitus.	Klien mengatakan menderita penyakit diabetes mellitus sejak tahun 2016.
Riwayat keluarga	Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak atau ibu tidak mempunyai riwayatpenyakit seperti klien.	Keluargaklien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak atau ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.
Riwayat psikososial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya : Tn. H menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat: Tn. H hanya bisa berbaring di atas tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa- apa dan tidak bisa melakukan kewajibannya sebagai seorang keluarga yaitu sebagai tulang punggung keluarganya selain itu klien tidak bisa berkumpul bersama keluarganya dan masyarakat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya: Ny. N menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari tuhan. 2. pengaruh penyakit terhadapperannya di keluarga dan masyarakat: Ny. N hanya bisa berbaring di atas tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa- apa,selain itu, klien tidak bisa berkumpul bersama keluarganya dan masyarakat.
Pengkajian spiritual	Klien walaupun sedang sakit selalu berikhtiar lahir batin akan kesembuhannya,klien jarang melakukan beribadah.	Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini,walaupun sedang sakit klien selalu berdoaakan kesembuhannya, klientidak pernahmelakukan ibadah selama di rumah sakit.

3. perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/ pendekatan system

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat sakit berobat di dokter yang berada di sekeliling rumahnya, klien bahkan sering memeriksakan kadar gulannya ke tenaga medis setempat. berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut ,klien akhirnya berobat ke RSUD Bangil.	Klien mengatakan saat sakit berobat ke tenaga medis disekeliling rumahnya. Berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut, akhirnya klien berobat ke RSUD Bangil.
Pola nutrisi		
Pola eliminasi	Klien mengatakan sebelum sakit selera makan 3x/hari dengan menu nasi dan lauk pauk, dan munum air putih 1500ml/hari. Ketika sakit klien mengatakan nafsu makan menurun dengan porsi sedikit sebanyak 2x/hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih kurang lebih 500 ml/hari. Klien diet rendah glukosa	Klien mengatakan sebelum sakit selera makan tidak menurun dengan porsi banyak dan sebanyak 3x/hari dengan nasi dan lauk pauk dan minum air putih 1500ml/hari. Ketika sakitklien mengatakan nafsu makan menurun dengan porsi sedikit tapi sering dengan menu nasi lauk pauk, minum air putih kurang lebih 1000ml/hari. Klien diet rendah glukosa.
Pola istirahat tidur	Klien mengatakan kebiasaan BAK 5x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning dan khas bau feces. Ketika di rumah sakit klien mengatakan BAK 10x/hari selama 10 hari di rumah sakit klien belum BAB.	Klien mengatakan kebiasaan BAK 4x/hari warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning dank khas bau feces. Ketika dirumah sakit klien mengatakan BAK 9x/hari selama 7hari di rumah sakit klien belum BAB.
Pola aktivitas		
Pola reproduksi seksual	Klien mengatakan ketika istirahat tidur di rumah 7-8 jam/hari dengan perlengkapan dan penerangan yang baik. Klien mengatakan susah tidur ketika di rumah sakit, kadang terbangun merasakan haus. Tidur 4-5 jam/ hari	Klien mengatakan ketika masih sehat, klien tidak pernah tidur selama 7-8jam. Tetapi terdapat perubahan pada pola tidur dan istirahat ketika klien dalam keadaan sakit yaitu tidur yaitu tidur pada siang hari 2-3 jam dan pada malam hari 6 jam.
Pola penanggulangan setres		
	Disaat Tn. H ketika di rumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri .tetapi ketika di rumah sakit semua aktivitas dibantu oleh keluarganya.	Disaat Ny. N ketika di rumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri. Tetapi ketika di ruah sakit semua aktivitas klien dibantu oleh keluaraganya.
	Tn. H masih ada keinginan untuk melakukan hubungan seksual dan	Ny. N masih ada keinginan

Tn. H sudah menikah dan memiliki 1 anak .

Tn. H mengalami stress karena semenjak ia sakit istrinya yang menjadi tulang punggung keluarga, sementara anaknya masih memerlukan biaya untuk bangku sekolah.

untuk melakukan hubungan seksual dan Ny. N sudah menikah dan memiliki 3 anak.

Ny. N tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.

4. Pemeriksaan fisik (head toe to/ pendekatan system)

Obseravasi	Klien 1	Klien 2
S	38,1	37,9
N	77x/menit	76x/menit
TD	90/70 mmhg	110/80 mmhg
RR	22x/menit	21x/menit
GCS	4 5 6	4 5 6
Kesadaran Keadaan umum	Composmentis CRT > 2 detik .lemah , mual-muntah ,pusing, lemas, cepat haus, terdapat luka di ekstermitas bawah .sebelah kanan. GDA 90 mg/dl	Composmentis, CRT 2>detik ,Lemah, mual muntah,lemas, pusing, cepat haus .GDA 235mg/dl
GDA	90 mg/dl	235 mg/dl
Pemeriksaan fisik (head toe to) Kepala	Inspeksi : wajah berbentuk oval, ekspresi wajah gelisah, rambut berwarna hitam halus, kulit kepala kotor dan berbau Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : wajah berbentuk lonjong , ekspresi wajah sedih, rambut berwarna hitam, , kulit kepala kotor dan berbau Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, sclera mata ikterik, konjungtiva ikterik, gerakan bola mata normal	Inspeksi : mata kanan dan kiri simetris, sclera mata tidak ikterik, konjungtiva anemis, gerakan bola mata normal
Hidung	Inspeksi : tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada gangguan penciuman	Inspeksi : tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada gangguan penciuman
Telinga	Inspeksi : canalis baik ,tidak memakai alat bantu	Inspeksi : canalis baik, tidak memakai alat bantu Palpasi : tidak ada benjolan pada daun telinga

	Palpasi : tidak ada benjolan pada daun telinga pendengaran baik	Pendengaran baik
Mulut dan gigi	Inspeksi : ada karies gigi, mukosa bibir pucat dan kering, klien tidak memakai gigi palsu, lidah bersih	Inspeksi : tidak ada karies gigi, mukosa bibir pucat ,tidak memakai gigi palsu,lidah bersih
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
Toraks dan paru	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	Inspeksi : bentuk dada normal chest, simetris kanan kiri, tidak ada tarikan intercostal saat bernafas,pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi normal Paru Inspeksi : tulang iga simetris kiri dan kanan, payudara normal
Jantung	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Suara nafas vesikuler Palpasi : Denyut nadi teraba	Palpasi : tidak ada nyeri tekan Auskultasi : suara nafas vesikuler Palpasi : denyut nadi teraba
Abdomen	Inspeksi : abdomen simetris datar, tidak ada luka Palapsi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : abdomen simetris datar, tidak ada luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Genetalia	Inspeksi : Nampak keputihan, Nampak bekas garukan di sekitar area genetalia	Inspeksi : ada bekas garukan kemerahan di sekitar area genetalia, gatal- gatal
Muskoloskeletal	Inspeksi : Ekstremitas atas: Lengan kanan dan kiri simetris,odema terpasang infus NaCl 20 tetes/menit di tangan kanan Ekstremitas bawah : Kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada luka, Nampak odem tidak lesi dan kering,terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah sinistra ,luka berwarna putih kekuningan dan ada pus. Kedalaman luka 2 cm. Skala kekuatan otot:	Inspeksi : Ekstremitas atas: Lengan kanan dan kiri simetris,odema terpasang infus NaCl 20 tetes/menit di tangan kanan Ekstremitas bawah : Kaki kanan dan kiri simetris, tidak ada luka ,Nampak odem dan tidak ada lesi Skala kekuatan otot:

	5	5	5	5
	5	2	5	2
Integument	Inspeksi : Warna kulit kecoklatan, turgor kulit kurang baik		Inspeksi : Warna kulit kecoklatan, turgor kulit kurang baik	
Data psikososial spiritual	Palpasi : ada nyeri tekan		Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	
	Klien mengatakan aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu		Klien mengatakan aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu	
	Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.		Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaituberibadah.	

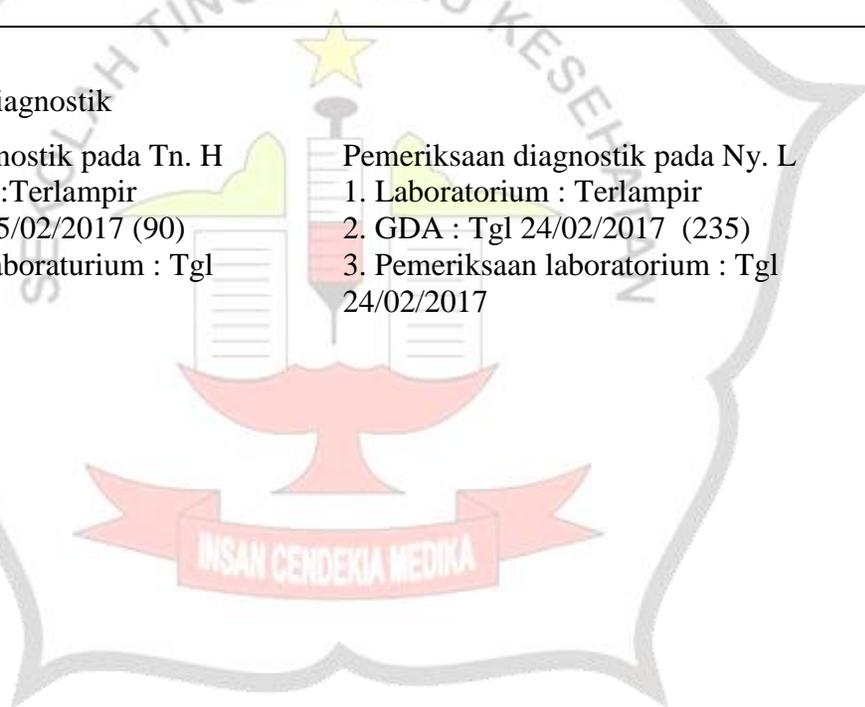
6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Tn. H

1. Laboratorium :Terlampir
2. GDA : Tgl 25/02/2017 (90)
3. Pemeriksaan laboratorium : Tgl 25/02/2017

Pemeriksaan diagnostik pada Ny. L

1. Laboratorium : Terlampir
2. GDA : Tgl 24/02/2017 (235)
3. Pemeriksaan laboratorium : Tgl 24/02/2017

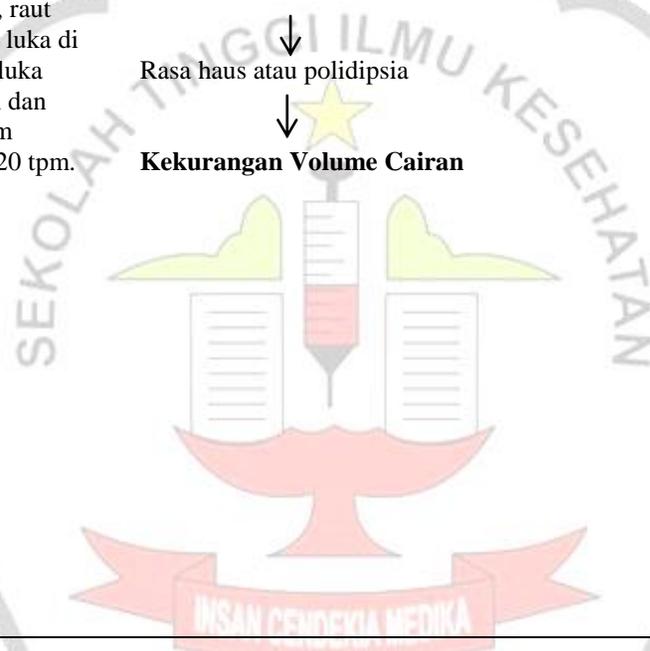


Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI	Klien 1	Klien 2	
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	12,03	1,0	
Neutrofil	11,1	10,9	
Limfosit	0,4	0,3	
Monosit	0,3	0,2	% 3,70 – 10,1
Eosinofil	0,1	0,1	%
Basofil	0,0	0,0	%
Neutrofil %	H 91,9	H 81,9	% 39,3- 73,7
Limfosit %	L 3,4	L 2,5	% 18,0 – 48,3
Monosit %	L 2,7	L 2,6	% 4,40 – 12,7
Eosinofil %	0,8	0,7	$10^6/\mu\text{L}$ 0,600 – 7,30
Basofil %	0,3	0,3	g/Dl 0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	5,540	4,450	% 4,6- 6,2
Hemoglobin (HGB)	14,70	13,70	μm^3 13,5 – 18,0
Hematokrit (HCT)	42,80	42,80	Pg 40 -54
MCV	L 77,10	L 66,80	g/dL 81,1 – 96,0
MCH	L 26,50	L 26,50	% 27,0 – 31,2
MCHC	34,40	33,30	$10^3/\mu\text{L}$ 31,8 – 35,4
RDW	13,90	12,90	fL 1,5 – 14,5
PLT	182	185	155 -366
MPV	8,0	7,0	6,90 – 10,6
KIMIA KLINIK			mg/dL
FAAL GINJAL			mg/dL
BUN	H 67	H 77	7,8 – 20,23
Kreatinin	H 3,818	H 4,715	3,5 – 5
ELEKTROLIT			g/dl
ELEKTRLIT SERUM			Mg/dl
Natrium (Na)	L 134,80	L 130,80	Mg/dl 135 – 147
Kalium (K)	4,58	4,68	Mg/dl 3,5 – 5
Klorida (Cl)	103,10	104,10	Mg/dl 95 -105
Kalsium Ion	L 1,139	L 1,128	mg/dL 1,16 – 1,32
GULA DARAH			
Glukosa Darah	90	235	< 200
Sewaktu			

Klien 1		Klien 2	
Infus Ns	20 tpm/menit	Infus Ns	20 tpm/menit
Infus metronidasol	3 x1 fles	Infus metronidasol	3 x 1 fles
Injek Ceftriaxon	100ml 2 x 1 (Via IV)	Injeksi antrain	100 ml 2x 1 (Via IV)
Injek Ranitidin	25mg 2x1 (Via IV)	Injeksi viccilin	250 mg 3x 1 (Via IV)
Apidra	6 x 6 unit	Apidra	3 x 8 unit
Lantus	0 – 0 – 12	Lantus	0- 0 -16



ANALISA DATA	Klien 1	
DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data subjektif : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus, pusing</p> <p>Data objektif:</p> <p>Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT >2 detik</p> <p>GDA : 90 mg/dl</p> <p>TTV</p> <p>TD: 90/70 mmHg</p> <p>RR : 22 x/menit</p> <p>S : 38, 1 °C</p> <p>N : 77x/mnt</p> <p>Klien tampak lemah, gelisah, akral hangat</p> <p>Mukosa bibir kering, raut wajah pucat terdapat luka di ekstermitas sinistra ,luka berwarna kemerahan dan ,kedalaman luka 2cm</p> <p>terpasang infus RL 20 tpm.</p>	<p>Defisiensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Penurunan pemakaian glukosa oleh sel</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Glikosuria</p> <p>↓</p> <p>Osmotic diuresis atau poliuria</p> <p>↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↓</p> <p>Rasa haus atau polidipsia</p> <p>↓</p> <p>Kekurangan Volume Cairan</p>	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p>



Klien 2

<p>Data subjektif : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus, pusing</p> <p>Data objektif:</p> <p>Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT > 2 detik</p> <p>GDA : 235 mg/dl</p> <p>TTV</p> <p>TD: 100/80 mmHg</p> <p>RR : 21 x/menit</p> <p>S : 38,9 °C</p> <p>N : 76x/mnt</p> <p>Klien tampak lemah, akral hangat</p> <p>Mukosa bibir kering, raut wajah pucat terpasang infus RL 20 tpm.</p>	<p>Defisiensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Penurunan pemakaian glukosa oleh sel</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Glikosuria</p> <p>↓</p> <p>Osmotic diuresis atau poliuria</p> <p>↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↓</p> <p>Rasa haus atau polidipsia</p> <p>↓</p> <p>Kekurangan Volume Cairan</p>	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p>
--	--	--

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Data	Etiologi	Problem/ masalah
<p>Klien 1</p> <p>Data subjektif : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus, pusing</p> <p>Data objektif:</p> <p>Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT >2 detik</p> <p>GDA : 90 mg/dl</p> <p>TTV</p> <p>TD: 90/70 mmHg</p> <p>RR : 21 x/menit</p> <p>S : 38,1 °C</p> <p>N : 77x/mnt</p> <p>Klien tampak lemah, gelisah,</p>	<p>Kekurangan volume cairan</p>	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p>

Akral hanga t Mukosa bibir kering, raut wajah pucat dan terdapat luka ,luka berwarna kemerahan ,kedalaman luka 2cm Dan terpasang infus RL 20 tpm.

Klien 2

Data subjektif : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus, pusing
Data objektif:

Keadaan umum : lemah

Kesadaran : composmentis

GCS 4-5-6, CRT >2 detik

GDA : 235 mg/dl

TTV

TD: 110/80 mmHg

RR : 22 x/menit

S : 37,9 °C

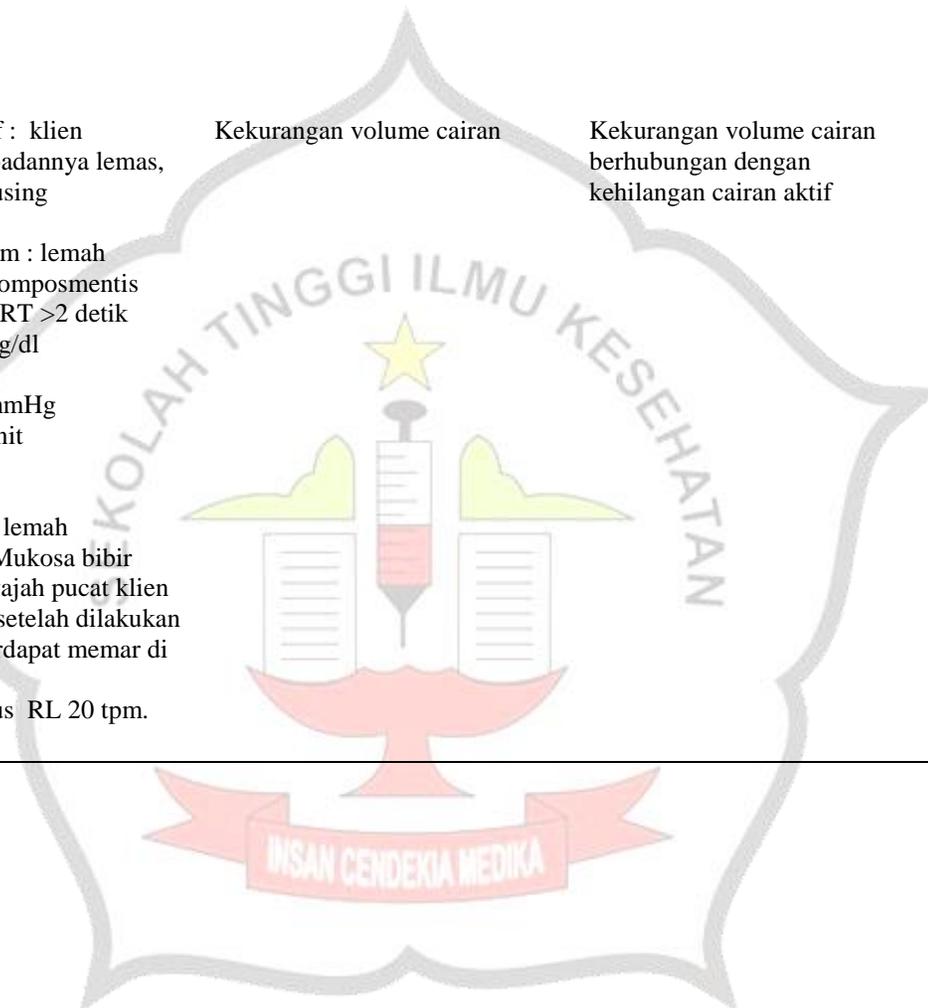
N : 76x/mnt

Klien tampak lemah

akral hangat Mukosa bibir kering, raut wajah pucat klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit, , terpasang infus RL 20 tpm.

Kekurangan volume cairan

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif



4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	NOC	NIC
Klien 1 Tn. H		
Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	<p>NOC Tujuan : setelah dilakukan asuhahn keperawatan 3x24 jam di harapkan cairan pasien dalam keadaan seimbang/ normal. Indicator : 1. Fluid Balance 2. Hydration 3. Nutritional Status : Food and Fluid Intake Kriteria Hasil : 1. Fluid balance a. berat badan stabil b .keseimbangan intake dan output dalam 24 jam c. berat jenis urin normal d. turgor kuli tbaik e. tekanan baji paru- paru norma f. kelembaban membran mukosa penilaian : 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 2. Hydration a. turgor kulit baik b. membrane mukosa lembab c. intake cairan seimbang d. tekanan darah dan suhu dalam batas normal e. denyut nadi dalam batas normal f. berat badan normal penilaian : 1. berat 2. cukup berat 3. sedang 4. ringan 5. tidak ada 3. Nutritional status : food</p>	<p>NIC Fluid management 6. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 7. Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekana darah ortostatik). Jika diperlukan. 8. Monitor masukan makan/ cairan dan hitung intake kalori harian. 9. Berikan nesogatrik sesuai output 10. Dorong masukan oral Hypovolemic management 5. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan Monitor tingkat HB dan hematocrit 6. Monitor tanda vital 7. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 8. Monitor berat badan</p>

Klien 2 Ny. N Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

and fluid intake

- a. berat badan normal
- b. berat urin normal
- c. membrane mukosa lembab
- d. nutrVisi terpenuhi
- e. turgor kulit baik

penilaian :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

NOC

Tujuan : setelah dilakukan asuhahn keperawatan 3x24 jam di harapkan cairan pasien dalam keadaan seimbang/ normal.

Indicator :

1. Fluid Balance
2. Hydration
3. Nutritional Status : Food and Fluid Intake

Kriteria Hasil :

1. Fluid balance

- a. berat badan stabil
- b. keseimbangan intake dan output dalam 24 jam
- c. berat jenis urin normal
- d. turgor kuli tbaik
- e. tekanan baji paru- paru norma
- f. kelembaban membran mukosa .

penilaian :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

2. Hydration

- a. turgor kulit baik
- b. membrane mukosa lembab
- c. intake cairan seimbang
- d. tekanan darah dan suhu dalam batas normal
- e. denyut nadi dalam batas normal
- f. berat badan normal

penilaian :

1. berat
2. cukup berat

NIC

Fluid management

11. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
12. Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekana darah ortostatik). Jika diperlukan.
13. Monitor masukan makan/ cairan dan hitung intake kalori harian.
14. Berikan nesogatrik sesuai output
15. Dorong masukan oral

Hypovolemic management

9. Monitor status cairan

3. sedang	termasuk intake dan output cairan
4. ringan	
5. tidak ada	Monitor tingkat HB dan hematocrit
3. Nutritional status : food and fluid intake	
a. berat badan normal	10. Monitor tanda vital
b. berat urin normal	11. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan
c. membrane mukosa lembab	
d. nutrisi terpenuhi	
e. turgor kulit baik	12. Monitor berat badan
penilaian :	
1. Sangat terganggu	
2. Banyak terganggu	
3. Cukup terganggu	
4. Sedikit terganggu	
5. Tidak terganggu	

4.1.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Klien 1 Tn . H

Implementasi Keperawatan				
Waktu	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/ tanggal	Paraf
14.00	27 februari 2017 Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	28 februari 2017 08.00 Melakukan komunikasi terapeutik kepada keluarga pasien	29 februari 2017 08.10 Menanyakan pada keluarga pasien tentang perkembangan pasien	
14.35	Mengontrol intake dan output cairan (intake 2000 ml dan output 1000cc/ hari) tiap 1 jam sekali	08.30 Mengontrol intake (2100 ml dan output 900cc/ hari) tiap 1 jam sekali	08.20 Melakukan perawatan luka	
14.50	Melakukan verbed setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus	08.45 Mengontrol turgor kulit tiap 1 jam sekali untuk menentukan apakah cairan sudah terpenuhi atau belum CRT = 3 detik	08.45 Mengontrol intake (1800 dan output 1000cc/ hari) cairan tiap 1 jam sekali	
15.10	Melakukan TTV TD= 90/70 mmhg S= 37,9 RR= 21/menit N= 76x/menit GDA= 95 mg/dl	09.00 Melakukan perawatan luka	08.50 Mengontrol turgor kulit untuk menentukan cairan sudah terpenuhi atau masih kurang. CRT = 2 detik	

15.20	Berkolaborasi dalam pemberian obat terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol Inj Ceftriaxson 100ml (IV) Inj Antrain 500mg (IV) Inj ranitidin 25mg (IV) Apidra 6 unit (SC) Lantus 0 – 0 – 12	09.15	Melakukan verbedsetiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus	09.00	Melakukan verbedsetiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan luka baruatau decubitus
15.30	Mengontrol turgor kulit, untuk menentukan cairan sudah terpenuhi atau masih kurang. CRT = 4 detik	09.20	Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru .	09.15	Berkolaborasi dalam pemberian terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol Inj Ceftriaxson 100ml (IV) Inj Antrain 500mg (IV) Inj ranitidin 25mg (IV) Apidra 6 unit (SC) Lantus 0 – 0 – 12
15.55	Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan	09.40	Berkolaborasi dalam pemberian obat terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol Inj Ceftriaxson 100ml(IV) Inj Antrain 500mg (IV) Inj ranitidin 25mg (IV) Apidra 6 unit (SC) Lantus 0 – 0 – 12	09.30	Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan
17.00	Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	10.20	Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan	09.40	Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan
17.15	Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien	10.30	Memonitor status nutrisi pasien,untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	10.00	Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien
17.30	Melakukan TTV TD= 90/70mmhg S=37,00	10.45	Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah	12.00	Melakukan TTV TD= 110/90 mmhg

RR=80x/menit
GDA=90mg/dl

pasien

S= 36,2
RR= 24x/menit
N= 82x/menit
GDA = 110 mg/dl

12.00 Melakukan TTV
TD= 100/70 mmhg
S= 37,00
RR= 23/menit
N= 80x/menit
GDA= 100mg/dl

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Klien 2. (Ny. N)

Implementasi keperawatan

Waktu	Hari/ tanggal	Hari/ tanggal	Hari/ tanggal	Paraf	
08.25	27 februari 2017 Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	28 februari 2017 14.00	Mengontrol intake (1500 ml) dan output (800 ml) tiap 1 jam sekali	29 februari 2017 08.00	Mengontrol turgor kulit untuk menentukan cairan sudah terpenuhi atau masih kurang. CRT = 2 detik
08.35	Mengontrol intake (1600 ml) dan output (900ml) tiap 1 jam sekali	14.20	Memantau turgor kulit untuk menentukan cairan sudah terpenuhi atau masih kurang. CRT = 4 detik	08.10	Melakukan verbed untuk mencegah terjadinya dikubitus
08.50	Memantau turgor kulit untuk menentukan cairan sudah terpenuhi atau masih kurang. CRT = 5 detik	14.30	Melakukan verbed setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan decubitus	08.30	Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan
09.00	Melakukan verbed setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan decubitus.	14.50	Mengontrol respon pasien terhadap penambahan cairan	08.55	Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan

09.15	Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan.	15.05	Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	09.15	Berkolaborasi dalam pemberian obat terapi Infus RL 20 tpm/menit. Injeksi metronidasol Injeksi antrain 100 ml (IV) Injeksi viccilin 250 mg (IV) Apidra 8unit (SC) Lantus 0- 0 -16
09.30	Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan.	15.15	Berkolaborasi dalam pemberian obat terapi Infus RL 20 tpm/menit. Injeksi metronidasol Injeksi antrain 100 ml (IV) Injeksi viccilin 250 mg (IV) Apidra 8 unit (SC) Lantus 0- 0 -16	10.10	Berkolaborasi dengan laboratorium untuk memantau gula darah pasien.
10.00	Berkolaborasi dalam pemberian obat terapi Infus RL 20 tpm/menit. Injeksi metronidasol Injeksi antrain 100 ml (IV) Injeksi viccilin 250 mg (IV) Apidra 8 unit (SC) Lantus 0- 0 -16	16.00	Berkolaborasi dengan laboratorium untuk memantau gula darah pasien.	12.00	Melakukan TTV TD= 120/80 mmhg S= 36,00 RR= 23X/menit N = 82x/menit GDA = 185 mg/dl
12.00	Melakukan obeservasi TTV GDA= 235 mg/ TD= 110/80 mmhg S= 38,00 RR= 22x/menit N= 78x/menit	16.15	Melakukan observasi tanda – tanda vital GDA = 210mg/dl TD= 120/90 mmhg S= 37,5 GDA=210 RR= 21x/menit N = 80x/menit		

4.1.6 EVALUASI KEPERAWATAN

EVALUASI	Hari 1 27 februari 2017	Hari 2 28 februari 2017	Hari 3 29 februari 2017
Klien 1 (Tn . H)	<p>S : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus,pusing +.</p> <p>O : Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6, CRT 4 detik GDA: 90 mg/dl TTV TD: 90/70mmHg RR : 21 x/menit S : 37,9 °C N : 76x/mnt -kulit kering -terjadi nyeri - turgor kulit baik - cairan dalam keadaan seimbang -warna kulit pucat -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi a. Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 3x1 fles Inj Ceftriaxon 100ml 2 x 1 (Via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (Via IV) Inj ranitidin 25mg 2x1 (Via IV) Apidra 6 x 6 unit Lantus 0 – 0 – 12</p> <p>b. Memantau turgor kulit pasien</p> <p>c. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>d. Melakukan TTV</p>	<p>S : klien mengatakan lemas badannya berkurang, haus dan pusing .</p> <p>O : Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6, CRT 3 detik GDA: 100 mg/dl TTV TD: 100/70mmHg RR : 23 x/menit S : 37 °C N : 80x/mnt -kulit kering dan pucat - turgor kulit baik - cairan dalam keadaan seimbang -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi a. Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 3x1 fles Inj Ceftriaxon 100ml 2 x 1 (Via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (Via IV) Inj ranitidin 25mg 2x1 (Via IV) Apidra 6 x 6 unit Lantus 0 – 0 – 12</p> <p>b. Memantau turgor kulit pasien</p> <p>c. Mememonitor intake dan output cairan</p> <p>d. Melakukan TTV</p>	<p>S : klien mengatakan sudah tidak lemas dan tidak pusing</p> <p>O : keadaan umum : cukup Kesadaran : composmentis GCS : 4 – 5 -6 CRT 2 detik GDA : 110 mg/dl TTV TD : 110/90 mmHg RR : 24 x/ menit S : 36,2 °C N : 82x/ menit -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya - bekas luka warna hitam - Turgor kulit baik - cairan dalam keadaan seimbang</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Klien rencana KRS</p>

Klien 2 (Ny. N)	S : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus	S : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus	S : klien mengatakan badannya lemas, cepat haus
	<p>O : Keadaan umum: lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT 5 detik GDA: 235 mg/dl TTV TD: 110/80mmHg RR : 22 x/menit S : 38,00 °C N : 78x/mnt -kulit kering -warna kulit pucat -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt</p>	<p>O : Keadaan umum: lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT 4 detik GDA: 210mg/dl TTV TD: 120/80mmHg RR : 21 x/menit S : 37,5 °C N : 80x/mnt -kulit kering -warna kulit pucat -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt</p>	<p>O : Keadaan umum: lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT 2detik GDA: 185mg/dl TTV TD: 120/80mmHg RR : 24 x/menit S : 36 °C N : 82x/mnt -kulit kering -warna kulit pucat -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt</p>
	A : Masalah teratasi Sebagian	A : Masalah teratasi Sebagian	A : Masalah teratasi Sebagian
	<p>P : lanjutkan intervensi Infus RL 20tpm/mnt Injeksi metronidasol 3x1fles Injeksi antrain 100 ml 2x 1 (Via IV) Injeksi viccilin 250 mg 3x 1 (Via IV) Apidra 3 x 8 unit Lantus 0- 0 – b. Memantau turgor kulit c. Memonitor intake dan output klien d. Melakukan TTV e. Menganjurkan kepada klien untuk tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung gula secara berlebihan</p>	<p>P : lanjutkan intervensi a. Infus RL 20tpm/mnt Injeksi metronidasol 3x1 fles Injeksi antrain 100 ml 2x 1 (Via IV) Injeksi viccilin 250 mg 3x 1 (Via IV) Apidra 3 x 8 unit Lantus 0- 0 -16 b. Memanatau intake dan output cairan c. Melakukan TTV d. Menganjurkan klien untuk mengurangi konsumsi makana yang bayak mengandung gula secara berlebihan</p>	P : Klien rencana KRS

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis menguraikan beberapa kesenjangan yang terjadi, antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori dalam “Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Diabetes Mellitus dengan Masalah Kekurangan Volume Cairan” di Ruang Melati RSUD Bangil. Selain itu penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

4.2.1 Pengkajian

1. Data subjektif

Data subjektif pada tinjauan kasus Diabetes mellitus dengan masalah kekurangan volume cairan dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengatakan badannya lemas, akan tetapi lemas yang dialami lebih lama klien 1 dari pada klien 2.

Menurut peneliti dari data subjektif, kelemahan yang terjadi pada klien 1 karena kekurangan volume cairan yang dialaminya sudah lama dan rendahnya kadar gula disebabkan oleh proses autoimun, kerja pankreas sedikit yang masuk dalam sel, hal tersebut dapat menyebabkan kelemahan dengan kadar glukosa darah meningkat, selain itu tubuh akan menurunkan penggunaan glukosa otot, lemak dan hati serta peningkatan produksi glukosa oleh hati dengan pemecahan lemak terhadap kelaparan sel, meningkatnya jumlah urin yang berakibat dehidrasi berakibat meningkatnya rasa haus.

2. Data objektif

Data objektif dari pengkajian 2 klien sama mengalami kekurangan volume cairan dan terdapat perbedaan dari respon klien 1 yang cepat merasa haus karena jumlah glukosa dalam darah kurang dari normal yaitu 90 mg/dl dan klien 2 tidak cepat haus karena glukosa dalam darah sudah dalam batas normal yaitu 129 mg/dl.

Menurut peneliti dari data objektif pada klien 2, tidak Merasa cepat haus karena pada klien 2 tidak mengalami peningkatan dalam berkemih atau urinasi.

Menurut andara saferi wijaya (2013) terjadinya kekurangan volume cairan disebabkan oleh Dalam peningkatan upaya untuk menghilangkan glukosa yang berlebihan dari dalam tubuh, ginjal akan mengekskresikan glukosa bersama-sama air dan elektrolit (seperti natrium dan kalium). Diuresis osmotik yang ditandai oleh urinasi berlebihan (poliuria).

3. Pemeriksaan diagnostic

Pada pemeriksaan laboratorium yang diperoleh dari hasil test kadar gula darah pada hari pertama pengkajian didapatkan klien 1 GDA 90 dan klien 2 GDA 235. Menurut peneliti klien 2 mengalami peningkatan kadar glukosa, karena pola makan klien 2 sering melanggar makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan oleh tenaga kesehatan, serta pola penanggulangan stress karena faktor ekonomi.

Menurut Adib(2012) makanan tertentu jika dikonsumsi dapat menaikkan kadar gula dalam darah, karena itu klien harus berhati-hati memilih makanan, bahkan pangan kaya karbohidrat membuat kerja organ pancreas menjadi lebih berat,

karbohidrat akan segera diubah menjadi glukosa akibatnya kadar gula meningkat, selanjutnya pancreas bereaksi mengeluarkan insulin agar dapat menarik gula dalam darah dan menyimpannya dalam otot sebagai cadangan energi. Pola makan adalah tingkah laku, jadi pola makan adalah tingkah laku atau cara makan. Klien diabetes dapat hidup dengan yang membutuhkan konsentrasi penuh kadang menyebabkan tidak teraturnya pola makanan, sedangkan menurut Rusman (2004) stress dan diabetes mellitus memiliki hubungan yang sangat erat terutama pada gaya hidup yang tidak sehat. Tekanan kehidupan dan gaya hidup tidak sehat sangat berpengaruh, berbagai penyakit yang sedang diderita, menyebabkan penurunan kondisi seseorang sehingga memicu terjadinya stress yang berakibat gangguan pada kadar gula darah tidak terkontrol.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Menurut peneliti klien 1 dan klien 2 didiagnosa kekurangan volume cairan akibat kehilangan cairan aktif karena adanya penurunan cairan pada intravaskuler/ interstisial dan intraseluler.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. H dan Ny. L dengan diagnosa kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif . Intervensi yang digunakan NOC : 1. Keseimbangan cairan , 2. Hidrasi, 3. Status nutrisi dan cairan NIC : 1. manajemen cairan , 2. Manajemen hipovolemik .Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjang lainnya, dan dilakukan menurut dengan kondisi klien,

sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus dilahan praktik.

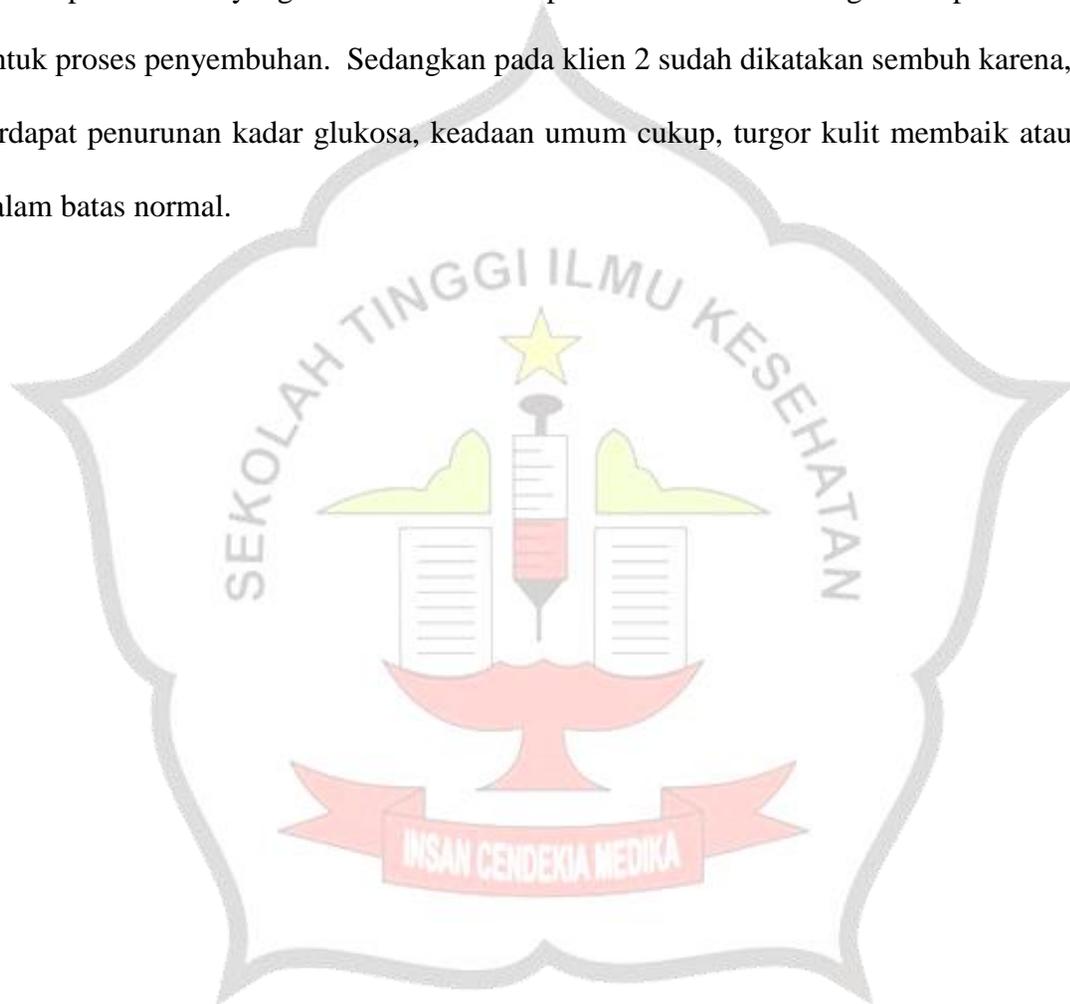
4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dengan pemberian terapi, klien 1 mendapatkan reguler insulin 6 x 6 unit dan klien 2 mendapatkan reguler insulin 3x8 unit serta mendapatkan viccilin 350 mg 3x 1. Menurut peneliti dari implementasi pendapatan reguler insulin pada pasien diabetes mellitus tipe 1 mampu memproduksi insulin dalam tubuhnya, sehingga sangat tergantung pada pemberian insulin. Berbeda dengan diabetes mellitus tipe 2 yang tidak tergantung insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Dosis insulin ditentukan berdasarkan pada, kebutuhan klien. Keutuhan insulin meningkat pada keadaan sakit yang serius atau parah, infeksi, trauma berat dan menjalani operasi. Menurut Wijaya & Putri (2013) pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, melaksanakan advis dokter sesuai sesuai kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 1 belum dikatakan belum sembuh dengan ditandai adanya peningkatan pus, luka berbau, sebagian luka granulasi, luka kemerahan, kulit kering, turgor kulit buruk > 2 detik dan kadar glukosa darah kurang dari normal. Berbeda dengan klien 2

masih didapatkan kadar glukosa dalam batas normal, keadaan umum cukup, turgor kulit membaik. Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 belum dikatakan sembuh, karena cairan belum terpenuhi atau belum seimbang dan pada hasil kadar glukosa darah dalam batas kurang dari normal. Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat komperhensif untuk proses penyembuhan. Sedangkan pada klien 2 sudah dikatakan sembuh karena, terdapat penurunan kadar glukosa, keadaan umum cukup, turgor kulit membaik atau dalam batas normal.



BAB 5

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus pada Tn. H dan Ny. N dengan masalah kekurangan volume cairan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami diabetes mellitus pada Tn.. H dan Ny. N Data subjektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengatakan badannya lemas, akan tetapi lemas yang dialami klien 1 lebih lama dari pada klien 2 karena didapatkan kekurangan volume cairan yang sudah lama kemudian didukung dengan kadar gula yang meningkat.
2. Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan menunjukkan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif akan di tandai berbagai gejala seperti cepat haus, lemas , pusing , turgor kulit > 2 detik, mukosa bibir kering.

3. Di dalam intervensi keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus pada Tn. H dan Ny. N dengan masalah kekurangan volume cairan dilapangan meliputi; monitor status nutrisi dan intake output cairan klien, monitor tanda – tanda vital dan gula darah, monitor terjadi perubahan pada turgor kulit, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.
4. Implementasi klien yang mengalami diabetes mellitus pada Tn. H dan Ny. N dengan masalah kekurangan volume cairan dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi, dan tidak rujukan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah kekurangan volume cairan dari disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada implementasi nyata sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan tindakan masih sesuai dan di butuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini, perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 hari rawat, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih atau membaik.
5. Evaluasi klien yang mengalami diabetes mellitus pada Tn. H dengan Masalah kekurangan volume cairan , catatan perkembangan klien 2 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan cairan dalam keadaan seimbang, turgor kulit baik, dan pada hasil kadar glukosa dalam darah mengalami nilai normal.

Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat komperhensif untuk proses penyembuhan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

1. Bagi Klien dan Keluarga

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis selama proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan keluarga klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan serta bisa menerima dan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan di ruangan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Intitusi diharapkan bisa lebih meningkatkan pengayaan, penerapan dan pengajaran asuhan keperawatan bagi mahasiswanya, penambahan sarana dan prasarana yang dapat menunjang ketrampilan mahasiswanya dalam segi pengetahuan, afektif dan psikomotor serta skillstation.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif, (2015), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*, Yogyakarta : Mediacion Yogya.
- Clevo Rendi & Margareth TH, (2012), *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Diagnosa Medis dan Nanda Nic- Noc. Edisi Jilid 1. Yogyakarta : Mediacion.
- Digiulio Mary, (2007), *Keperawatan Medikal Bedah Edisi : 1*, Yogyakarta : Rapha Publishing.
- H.R. Hasdianah. 2012. *Diabetes Mellitus*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- H. Alimul, Aziz.A . 2006 *.Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan .* Jakarta. Buku 2 : Salemba Medika.
- ICME STIKes, (2015), *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus*, Jombang : Stikes Icme.
- Lestari Dian, dkk(2013), *Upaya Penanganan Pasien Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Maradekaya Kota Makasar Tahun 2013 Vol 1*.
- Lynda Juall, Carpenito, (2012), *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Mardianti Yessi , (2013), *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya: Vol 2 No 2*
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis ,Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuarif, Amin Huda & Kusuma, Hardi. 2015 *.Aplikasi Asuhan Keperawatan*
- Padila 2012. *Buku Ajar KMB* .Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rajasa, dkk .2016 *.Hubungan Tingkat Keteraturan Berolahraga Terhadap Komplikasi Penyakit Pada Pasien DM Tipe 2 di Poliklinik Endokrin RSUP DR. M. Djamil .Padang . Padang. Vol 5 . No. 2 : Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Taqiyah Baroroh & Jauhar, (2013), *Asuhan Keperawatan Panduan*
- Tri, Maharani , dkk,. 2016. *Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan* .Jombang : STIKes ICMe.
- Tarwoto, (2012), *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*,

CV.Trans Info Media : Jakarta.

T. Herdman Heater, (205- 2017), *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015- 2017 Edisi : 10* , Jakarta : EGC

Wartolah, Tarwoto. 2006 *.Kebutuhan Dasar Manusia aplikasi dan Proses Keperawatan . Jakarta. Edisi Ketiga : Salemba Medika.*

Waspadji Sarwono ,(2005), *Penyuluhan Diabetes*, Jakarta :FKUI

Wijaya Saferi Andra . 2013. *KMB 2* .Yogyakarta : Nuha Medika.



Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016**

No	Kegiatan	Bulan																											
		Septembe r				Desembe r				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	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus				■																								
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus				■	■	■	■	■	■																			
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus									■																			
4	Ujian Proposal Studi Kasus										■																		
5	Revisi Proposal Studi Kasus											■	■																
6	Pengambilan dan pengolahan data													■															
7	Pembimbingan Hasil														■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																											■	
9	Ujian Sidang Studi Kasus																												■
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																												■



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Dwi Agustinningsih
NIM : 141210011
Judul : Asuhan Keperawatan Klien Diabetes Mellitus Dengan
Kekurangan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, Februari 2017

Peneliti

(Dwi Agustinningsih)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

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, Februari 2017

Responden

()

Lampiran 4

FORMAT PENGKAJIAN HEAD TO TOE

Pengkajian tgl : Jam :
MRS tgl : No. RM :
Diagnosa masuk :

A. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya
:
Umur : Nama :
Jenis Kelamin : Alamat :
Pendidikan : Hub dengan px :
Pekerjaan : No telp :
Agama :
Suku/Bangsa :
Status Perkawinan :
Alamat :

II. RIWAYAT PENYAKIT

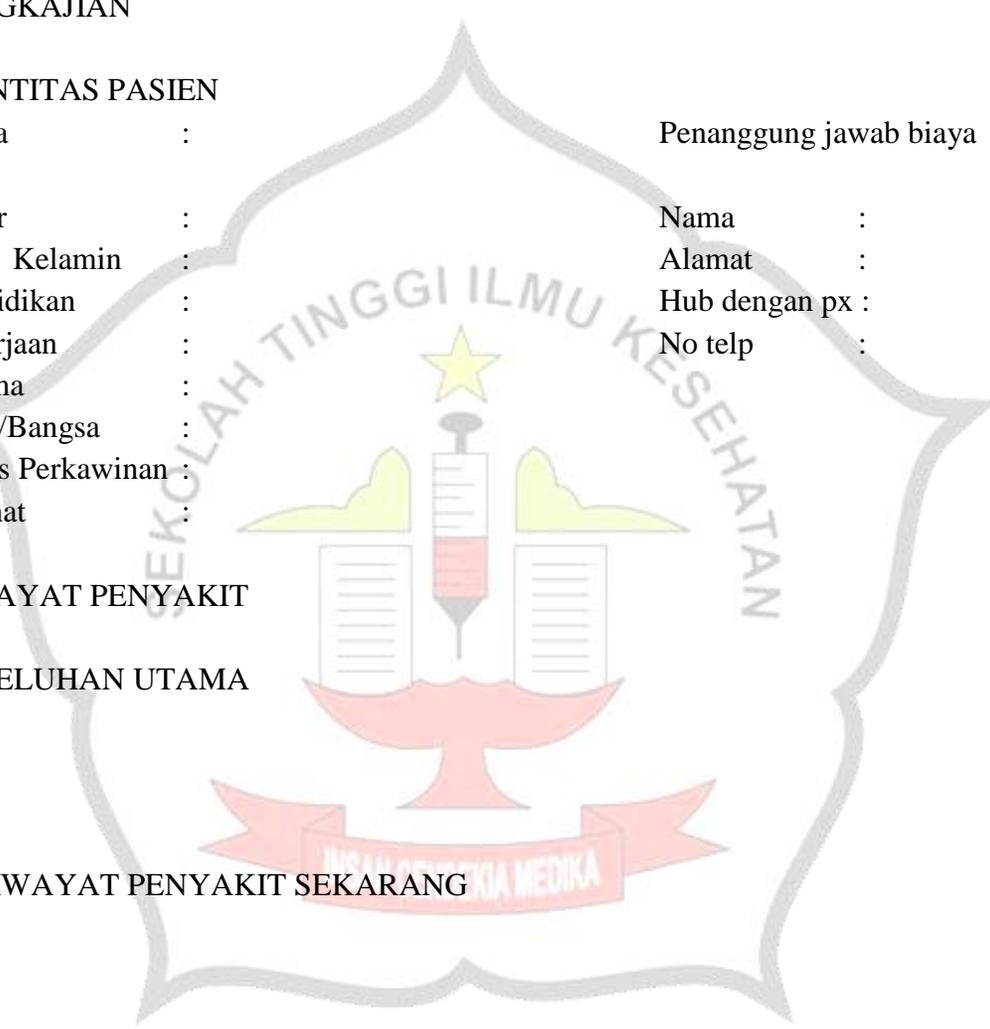
A. KELUHAN UTAMA

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

C. RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU

1. Riwayat penyakit kronik & menular :
2. Riwayat penyakit alergi :
3. Riwayat operasi :

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA



III. PEMERIKSAAN FISIK

A. KEADAAN UMUM PASIEN

Kesadaran: composmentis apatis somnolen
 sopor koma

G: C: S:

Vital Sign :

TD : mmHg RR : x/ menit,
Suhu : °C Nadi : x/ menit.

B. KEPALA

Inspeksi :

Bentuk wajah : simetris/ tidak, Bentuk kepala : simetris/ tidak,
ketombe : ada/ tidak, kotoran pada kulit kepala: ada/ tidak,
pertumbuhan rambut: merata/ tidak
lesi : ada/ tidak,

palpasi

nyeri tekan : ada/ tidak keadaan rambut : mudah dicabut/ tidak
Benjolan : ada/ tidak

C. MATA

Inspeksi :

Pergerakan bola mata : simetris/tidak, Kelopak mata : simetris/ tidak
refleks pupil : normal/ tidak, Kornea : bening/ tidak,
Konjungtiva : anemis/ tidak, sclera : ikterik/ tidak,

Palpasi

Tumor : ada/ tidak, nyeri tekan: ya/ tidak

D. HIDUNG

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak, fungsi penciuman : baik/ tidak,
Peradangan : ada/ tidak, polip : ada/ tidak
Mukosa : kering/ lembab, lubang hidung : simetris/tidak

Septum : ada/ tidak,

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

tumor : ada/ tidak.

E. TELINGA

Inspeksi dan palpasi :

Bentuk daun telinga : simetris/ tidak, letak : simetris/ tidak,

Peradangan : ada/ tidak,

fungsi pendengaran : normal/ tidak,

Serumen : ada/ tidak,

cairan : ada/ tidak

F. MULUT DAN FARING

Inspeksi :

Bibir : cyanosis/ merah,

Mukosa : lembab/ kering,

Bibir pecah : ya/ tidak,

Gigi :bersih/ tidak,

Gusi : berdarah/ tidak,

tonsil : radang/ tidak,

Lidah : kotor/ tidak,

Fungsi pengecapan : baik/ tidak,

Stomatitis : ya/ tidak.

Karies : ada/ tidak

Abses : ada/ tidak.

Pembesaran tonsil : ya/ tidak,

G. LEHER

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak

Palpasi :

Benjolan/massa : ada/ tidak,

pembesaran vena jugularis : ya/ tidak,

nyeri tekan : ya/ tidak,

pemeriksaan mobilitas :

bisa fleksi/ tidak,

bisa rotasi/ tidak,

bisa hiper ekstension/ tidak,

kaku kuduk : ada/ tidak.

H. THORAK

Inspeksi :

Bentuk : normal, funnel, barrel, pigeon,
Pergerakan nafas : simetris/ tidak,
Retraksi interkosta & supra sternal : ya/ tidak
Bentuk tulang belakang :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak, traktil vremitus : ya/ tidak,

Inspeksi : paru

Kesimetrisan insirasi &ekspirasi : ya/ tidak,
irama pernapasan : vesikuler/ tidak,

palpasi : paru

adakah suara abnormal : hipertimpani, hipersonor, pekak

auskultasi : paru

suara nafas : vesikuler, ronki, whzing, rales.

Inspeksi : jantung

Bentuk perikordium : denyut pada apeks :

Denyut nadi pada dada : denyut vena :

Palpasi : jantung

Pembesaran jantung : ya/ tidak

Auskultasi : jantung

Suara normal jantung satu (S1) dan dua (S2) :

I. ABDOMEN

Inspeksi :

Bentuk : simetris/ tidak, ascites : ya/ tidak

Palpasi :

Nyeri tekan : ada/ tidak, pembesaran hati/ lien : ada/ tidak

Perkusi :

Suara : Timpani/ redup/ hipertimpani

Auskultasi :

Bising usus : x/ menit

J. KULIT

Inspeksi

Warna kulit (),

Lesi : ada /tidak,

Peradangan : ada/ tidak.

Bentuk & warna kuku :

Palpasi :

Turgor kulit : baik/ buruk

nyeri tekan: ya/ tidak.

K. EKSTREMITAS

Inspeksi & palpasi :

Otot :

Hipertropi/ atrofi

lesi : ada/ tidak

Tonus otot :

kelainan lainnya :

Tulang:

Fraktur : ada/ tidak

sendi palsu : ada/ tidak

Edema : ya/ tidak

nyeri tekan : ya/ tidak

Krepitasi : ya/ tidak

Persendian

Nyeri tekan : ya/ tidak

lainnya :

L. GENETALIA

Inspeksi :

Rambut pubis :

lesi : ada/ tidak

Cairan pus : ada tidak

skrotum :

Palpasi :

Nyeri tekan : ya/ tidak

M. NYERI

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IV. KEBUTUHAN FISIK,PSIKOLOGIS,SOSIAL,SPIRITUAL

A.AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT

Dirumah	Di RS
AKTIVITAS :	AKTIVITAS :

TIDUR SIANG :	TIDUR SIANG :
TIDUR MALAM :	TIDUR MALAM :

B. PERSONAL HYGIENE

Di rumah	Di RS
Mandi :	
Keramas:	
Gosok gigi :	
Ganti pakaian :	

C. NUTRISI

Di rumah	Di RS
Makan :	
Minum :	

D. ELIMINASI

Di rumah	Di RS
Frekuensi BAB :	
Konsistensi :	
Warna :	
Bau :	
Frekuensi BAK :	

Warna :	
Konsistensi :	
Bau :	

E. SEKSUALITAS

Di rumah	Di RS

F. PSIKOSOSIAL

Hubungan dengan keluarga :

Hubungan dengan lingkungan :

G. SPIRITUAL

Di rumah	Di RS
Ibadah :	

PEMERIKSAAN PENUNJANG :

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	DIAGNOSA KEPERAWATAN
DO :		
DS :		

INTERVENSI

HARI/ TANGGAL	NO DIAGNOSA	NOC	NIC

IMPLEMENTASI

HARI/ TANGGAL	NO DIAGNOSA	WAKTU	IMPLEMENTASI	PARAF

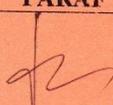
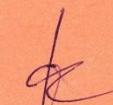
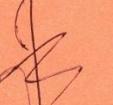
EVALUASI

<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p>	<p>PARAF</p>
---	--------------

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Dwi Agustini Ningsih
 NIM : 141210011
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dengan masalah kekurangan Volume Cairan
 PEMBIMBING I : MAHARANI TRI PUSPITASARI, S.Kep.Ns., MM

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	4/2016	judul masalah	
2	14/2016	masalah & judul keperawatan	
3	14/2016	masalah keperawatan solusi keperawatan	
4	21/2016	daftar manfaat	
5	29/2016	manfaat cover	
6	4/2017	bab I race Lampiran bab II, III fungsi dan pertukaran cover	
7	6/2017	keperawatan daftar isi lampiran I	

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Dwi AGUSTININGSIH
 NIM : 141210611
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Diabetus Mellitus dengan masalah kekurangan Volume Cairan
 PEMBIMBING II : H. BAMBANG TUTUKO, ST., Sikep., Ns., MHI

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	21/12/16	Asuhan masalah Revisi Bab 1	
2.	5/01/17	BAB 3 ^{revisi} Batasan Masalah	
3.	10/01/17	ACC Ujian Proposal	
4.	07/06/17	konsul hasil penelitian	

Lampiran 6

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. : '040/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data dan Studi Pendahuluan

Jombang, 12 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 ijin melakukan Pre survey data dan Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **DWI AGUSTININGSIH**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0011
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Kekurangan Volume Cairan*

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

Lampiran 6

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. : '022/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017

Jombang, 05 Januari 2017

Lamp. : -

Perihal : Penelitian

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 ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **DWI AGUSTININGSIH**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0011
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dengan Masalah Kekurangan Volume Cairan*

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

Lampiran 6



**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 Penelitian Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Mojosongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/344/424202/2017 tanggal 6 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Dwi Agustiningsih
NIM : 14 121 0011
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Kekurangan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan

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

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : DWI AGUSTININGSIH

NIM : 141210011

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



DWI AGUSTININGSIH
NIM : 141210011