# BAB 4

61

**ANALISIS DAN PEMBAHASAN**

* 1. **4.1 Analisi kasus**

Pada analisa data laporan ini penulis melakukan analisis terhadap kesamaan dan perbedaan antara teori dan masing-masing kasus meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implentasi serta evaluasi keperawatan. Untuk menyamakan standart pengkajian dari semua kasus penulis menggunakan format pengkajian keperawatan Medikal Bedah yang memuat pengkajian bio-psiko-sosial-spiritual. Dari pengkajian 4 kasus pasien pada waktu pasien tiba di ruangan keperawatan penulis menemukan data biologis meliputi : keluhan utama saat masuk yaitu keluhan lemas, tidak bertenaga serta sering buang air kecil. Pada pengkajian aspek psiko-sosial-spiritual tidak dirinci secara detail karena penulis tidak menemukan masalah dalam aspek tersebut. Untuk memudahkan dalam melihat secara keseluruhan dalam membandingkan masing masing kasus maka analisis data tersebut dsajikan dalam bentuk tabel.

Pada pembahasan pengkajian penulis membahas faktor faktor yang mempengaruhi penyakit Diabetes mellitus sehingga berdampak pada langkah perawatan yang dilakukan untuk pasien,antara lain faktor usia, gaya hidup sebelumnya, indeks massa tubuh, keluhan penyakit sekarang, peningkatan hasil laboratorium Hba1c, riwayat penyakit terdahulu, dan pengelolaan diabetes mellitus sebelumnya. Sedangkan pembahasan pada diagnosa keperawatan yang dibahas adalah kesamaan diagnosa teori dengan kasus nyata serta kesenjanganya diagnosa teori yang tidak muncul pada kasus nyata dikarenakan faktor apa saja, serta kenapa masing masing kasus munculnya jenis diagnosa keperawatan yang

61

62

berbeda. Pada intervensi yang dibahas adalah kesamaan intervensi apa saja antara teori dan kasus nyata serta adakah kesenjangannya. Untuk implementasi yang dibahas adalah kesenjangan dan kesamaan antara teori dan kasus serta antar masing masing kasus. Pada evaluasi keperawatan masing masing masalah keperawatan teratasi pada hari keberapa serta berapa lama total hari perawatan masing masing kasus.

Tabel : 4.1. Analisis asuhan keperawatan pasien dengan Diabetes mellitus

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **variabel** | | | **Kasus 1: Tn.T** | **Kasus 2 : Ny.N** | **Kasus 3 : Tn.G** | **Kasus 4 : Ny.K** |
| **1** | **Pengkajian keperawatan** | | | | | | |
|  | **a** | **Identitas pasien** | | | | | |
|  |  | 1) | Faktor Usia | 53tahun | 68 tahun | 49 tahun | 51 tahun |
|  |  | (kasus lebih banyak pada usia produktif sampai lansia 15-  >60 th). |  |  |  |  |
|  | **b** | **Gaya Hidup** | | | | | |
|  |  | 1) | Gaya hidup tidak sehat memicu terjadinya resistensi insulin seperti (merokok, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, pola makan yang tidak | 1. Konsumsi alkohol, ±1 bulan 1-2x 2. Kurang aktivitas fisik,tidak pernah olahraga,hanya melakukan kerja sehari- hari. 3. Perokok aktif, 1 hari menghabiskan 1 bungkus rokok 4. Tidak melakukan diit DM, sehari- hari lebih suka makanan manis | 1. Perokok aktif, 1 hari 4- 5 batang perhari 2. kurang aktivitas fisik, tidakpernah olahraga, dan tidak pernah ikut posyandu lansia 3. Tidak melakukan diit DM, makan apa saja yang disukai | 1. Perokok aktif , 1 hari menghabiskan 1 bungkus rokok 2. kurang aktivitas fisik, tidak pernah olah raga. 3. tidak melakukan diit DM, makan apa saja yang disukai | 1. kurang aktivitas fisik, tidak pernah olahraga 2. tidak melakukan diit dM, makan apa saja yang disukai 3. Menyukai makanan siap saji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | seimbang dan menyukai makanan manis, dan sebagainya) |  |  |  |  |
| **c. IMT** | | | | | | |
|  | 1) | IMT lebih dari 25 beresiko terjadinya resistensi insulin | IMT 23,30 | IMT 23,31 | IMT 26,12 | IMT 28,30 |
| **d** | **Riwayat penyakit sekarang** | | | | | |
|  | 1) | Keluhan pasien | a. lemas  b.sering haus dan mulut kering  c. Sering BAK 4-5x  d. terdapat ganggren | 1. lemas, tidak bertenaga 2. mual, muntah 3. Sering BAK 6-8x 4. sering haus | 1. lemas, tidak bertenaga 2. sesak 3. Sering BAK 5-7x 4. Sering haus | 1. lemas, tidak bertenaga 2. sering haus 3. Sering BAK4-6x 4. terdapat ganggren |
|  | 2) | Hasil laboratorium | GDA 481 mg/dl  HbA1c 9,2 | GDA 486 mg/dl  HbA1c 8,1  Ureum 44 Kreatinin1,5 | GDA 515 mg/dl  HbA1c 12,4  Ketonuria+ | GDA 364 mg/dl  HbA1c 9,8  Ureum 44 Kreatinin1,74 |
|  | 3) | Pengelolaan DM  sebeumnya | Tidak melakukan diet DM, kurang aktivitas fisik,tidak kontrol rutin, tidak | Tidak melakukan diet DM, kurang aktivitas fisik,tidak  kontrol rutin, tidak | Tidak melakukan diet DM, kurang aktivitas fisik,tidak  kontrol rutin, tidak | Tidak melakukan diet DM, kurang aktivitas fisik,tidak  kontrol rutin, tidak |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | menggunakan terapi obat hipoglikemik oral (OHO) secara rutin, | menggunakan terapi obat hipoglikemik oral (OHO) secara rutin, | menggunakan terapi obat hipoglikemik oral (OHO) secara rutin, | menggunakan terapi obat hipoglikemik oral (OHO) secara rutin, |
|  | 4) | Teraphi medis | Oral:  Paracetamol 3x1 tab Glimepirid 0-1-0tab  Injeksi:  Ceftriaxon 2x1 amp Pethidin 2x1 amp Insulin 10-10-10 ui  IV line Nacl 2500cc 20 tpm Diit:  Lunak,RKTP 1900 kal | Oral:  Glimepirid 0-1-0 tab  Cimetidin 1-1-1 tab  Injeksi:  Insulin 10-10-10 ui Ondansentron 2 ml 2x1  IV line Nacl 2500cc 20 tpm Diit:  Lunak,RKTP 1900 kal | Oral:  Paracetamol 3x1 tab Glimepirid 0-1-0 tab  Ikaneuron 1-0-0 tab  Injeksi:  Ceftriaxon 2x1 amp Pethidin 2x1 amp Insulin 15-15-15 ui  IV line Nacl 2500cc 20 tpm O2nasal kanul4 lpm  Diit:  Lunak,RKTP 2000 kal | Oral:  Glimepirid 0-1-0 tab  Injeksi:  Ceftriaxon 2x1 amp Pethidin 2x1 amp  Ondancentron 2 mg 2x1 amp Insulin 10-10-10 ui  IV line Nacl 2500cc 20 tpm Diit:  Lunak,RKTP 1900 kal |
| **c** | **Riwy peny dahulu** | | | | | |
|  | (Riwy peny dahulu adalah faktor yang memperberat kondisi penyakit pasien) | | Menderita DM sejak 2 tahun yang lalu  Riwayat keluarga mempunyai Hipertensi dan DM | Menderita DM sejak 10 tahun yang lalu | Menderita DM sejak 1 minggu yang lalu | Menderita DM sejak4 tahun yang lalu |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **d** | **Pemeriksaan fisik** | | | | |
|  |  | Head to toe | * Keadaan Umum: lemah * Kesadaran: Compos mentis * Tanda vital   - TD: 135/90 mmHg   * N : 98X/Mnt   - S : 37,9`C   * RR : 18X/Mnt * Akral:panas dan kulit kemerahan * suara nafas vesikuler * warna kulit pucat * luka ekstremitas ada, kharakteristik luka: merah, adapus, ada nyeri tekan dengan skala 4-5, nekrosis, luas luka 0,5-1 cm,   kedalaman 1 cm | * Keadaan Umum: lemah * Kesadaran: Compos mentis * Tanda vital   - TD: 110/70 mmHg   * N : 98X/Mnt   - S : 36,3`C   * RR : 18X/Mnt * Akral hangat * nafsu makan menurun * mual, muntah 4-5x saat pengkajian | * Keadaan Umum: lemah * Kesadaran: Compos mentis * Tanda vital   - TD: 130/90 mmHg   * N : 95X/Mnt   - S : 38,2`C   * RR : 24X/Mnt * Akral panas, kulit kemerahan * sesak, retraksi dada ada, ada pernafasan cuping hidung, ekspirasi memanjang | * Keadaan Umum: lemah * Kesadaran: Compos mentis * Tanda vital   - TD: 125/90 mmHg   * N : 92X/Mnt   - S : 36,1`C   * RR : 19X/Mnt * Akral hangat * suara nafas vesikuler * warna kulit pucat * luka ekstremitas ada, kharakteristik luka: merah, ada pus, ada nyeri tekan dengan skala 5-6, nekrosis, ada goa, luas luka 1-2 cm, kedalaman 2 cm |
| **2** | **Diagnosa keperawatan** | | | | | |
|  |  | **Muncul 4 diagnosa kep** 1.Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin   1. hipertermi berhubungan dengan gangren 2. nyeri akut berhubungan dengan adanya gangren 3. gangguan itegritas kulit | **Muncul 4 diagnosa kep** 1.Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin  2.Nausea berhubungan denga peningkatan ureum kreatinin dalam darah 3.Resiko hipovolemia berhubungan denan dieresis | **Muncul 5 diagnosa kep** 1.Pola nafas tidak efektif sehubungan dengna ketoasidosis **2.**Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin  3.keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer | **Muncul 4 diagnosa kep**   1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin 2. nyeri akut berhubungan dengan adanya gangrene 3. gangguan itegritas kulit dan jaringan berhubungan dengan adanya gangrene |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | dan jaringan berhubungan dengan adanya gangren | | osmotic  4. Keletihan berhubungan dengan penurunan produksi energy metabolisme | 1. hipertermi berhubungan dengan gangrene 2. Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan | 4. Nausea berhubungan denga peningkatan ureum kreatinin dalam darah |
| **3** | **Intervensi keperawatan** | | | | | | | |
|  |  |  |  | 1. managemen hiperglikemia 2. managemen hipertermi 3. pemberian analgesic 4. perawatan luka | | 1. Managemen hiperglikemia 2. managemen mual 3. managemen hipovolemia 4. managemen energy | 1. Managemen jalan nafas 2. managemen hiperglikemia 3. managemen hipertermi 4. managemen energy 5. pencegahan jatuh | 1. managemen hiperglikemia 2. pemberian analgesic 3. perawatan luka 4. managemen mual |
| **4** | **Implementasi keperawatan** | | | | | | | |
|  |  |  |  | 1.managemen hiperglikemia a.Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  b.Memonitor kadar glukosa darah   1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor frekuensi nadi f.Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan | 1.Managemen hiperglikemia a.Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  b.Memonitor kadar glukosa darah   1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor frekuensi nadi f.Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian | | 1. Managemen jalan nafas Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)   Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, whezingm ronkhi)  Memposisikan semi fowler Memberikan oksigen  O2 4 lpm nasal canul Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari   1. managemen hiperglikemia a.Mengidentifikasi | 1.managemen hiperglikemia a.Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  b.Memonitor kadar glukosa darah   1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor frekuensi nadi f.Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  g. berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 10 unit  h. berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   1. managemen hipertermi Mengidentifikasi penyebab hipertermi   Memonitor suhu tubuh melakukan pendingingan eksternal (kompres dingin) Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian cairan elektrolit IV dan terapi medis.  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm  Paracetamol 1x1 tab   1. pemberian analgesic mengidentifikasi kareakteristik nyeri mengidentifikasi riwayat alergi obat   memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian | karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  g. berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 10 unit  h. berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   1. managemen mual menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup Menganjurkan makanan rendah lemak Berkolaborasi pemberian antiemetic    * Cimetidine tab 1-1-1 tab    * Ondansentron 2 ml 1x1 inj 2. managemen hipovolemia Memeriksa tanda dan gejala hypovolemia (frekuensi nadi, TD menurun, turgor menurun, mmbran mukosa kering, volume urin menurun, Ht meningkat, haus, lemah) Memonitor intake dan output cairan   Menganjurkan untuk memperbanyak asupan cairan | kemungkinan penyebab hiperglikemia  b.Memonitor kadar glukosa darah   1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor frekuensi nadi f.Mengajarkan pengelolaan diabetes (misalkan penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)   g. berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 15 unit, glimepirid 1x1  h. berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl ; 2500 cc, 20 tpm  3. managemen hipertermi Mengidentifikasi penyebab hipertermi  Memonitor suhu tubuh melakukan pendingingan eksternal (kompres dingin) Menganjurkan tirah baring Berkolaborasi pemberian | professional kesehatan)  g. berkolaborasi pemberian insulin, Insulin 10 unit  h. berkolaborasi pemberian cairan IV, Nacl ; 2500 cc, 20 tpm   1. pemberian analgesic mengidentifikasi kareakteristik nyeri   mengidentifikasi riwayat alergi obat  memonitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesic memonitor efektivitas analgesic  berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic   * + Pethidin 1x1 amp  1. perawatan luka Memonitor karakteristik luka   (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi Membersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan jenis luka |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | analgesic  memonitor efektivitas analgesic  berkolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic   * Pethidin 1x1 amp   4. perawatan luka Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) Memonitor tanda- tanda infeksi  Membersihkan dengan cairan NAcl sesuai kebutuhan Membersihkan jaringan nekrotik  memasang balutan sesuai dengan jenis luka mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  berkolabrasi pemberian antibiotic. | oral  Menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm  4. managemen energy Memonitor kelelahan fisik dan emosional  Memonitor pola dan jam tidur Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama Melakukan aktivitas Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Menganjurkan tirah baring Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang  berkolaborasi dengan ahli gixi tentang cara Meningkatkan asupan makanan.  lunak, rendah kalori tinggi protein, kalori 1800 kal | cairan elektrolit IV dan terapi medis.  Nacl ; 2500 cc, 20 tpm Paracetamol 1x1 tab   1. managemen energy Memonitor kelelahan fisik dan emosional   Memonitor pola dan jam tidur Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama Melakukan aktivitas Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif Menganjurkan tirah baring Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Menganjurkan menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang   1. pencegahan jatuh mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh   Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya Mengorientasikan ruangan | mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Menjelaskan tanda dan gejala infeksi  Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  berkolabrasi pemberian antibiotic.   * Ceftriaxon : 1x 1 amp  1. managemen mual menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup Menganjurkan makanan rendah lemak   Berkolaborasi pemberian antiemetic   * + Ondansentron 2 ml 1x1 inj |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | * Ceftriaxon : 1x 1 amp |  | kepada pasien dan keluarga Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci Memasang handrall tempat tidur  Menempatkan pasien beresiko jatuh tinggi dekat dengan pantauan perawat dari nurse station  Mempersiapkan dan menganjurkan pasien untuk menggunakan alat bantu berjalan misal kursi roda, walker  Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh  Menganjurkan untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Evaluasi keperawatan** | | | | | | |
|  |  |  |  | 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin   S:  Pasien mengatakan sudah tidak merasakan lemas O:  Kesadaran composmentis Pasien mulai terlihat segar Gemetar-  Berkeringat- Mulut lembab  GDA evaluasi 12 jam= 132 mg/dl.  A: masalah teratasi  P: pertahankan intervensi   1. hipertermi berhubungan dengan gangrene   S:  Pasien merasakan badannya sudah tidak panas lagi  O:  Kulit terlihat merah- Pucat-  Takikardi-, Nadi 80x/menit RR 18x/menit  S: 36,4 C | 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin   S: pasien sudah tidak merasakan lemas  O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk  Tidak pusing Pasien terlihat segar Gemetar- Berkeringat-  Mulut lembab  GDA evaluasi: 148 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi   1. Nausea berhubungan denga peningkatan ureum kreatinin dalam darah   S: pasien tidak merasakan mual  O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual-  Tidak ada perasaan asam di mulut | 1. Pola nafas tidak efektif sehubungan dengna ketoasidosis   S:  Pasien mengatakan sudah tidak sesak  O:  dipsneu/ sesak-  Tidak ada penggunaan otot bantu nafas  Tidak ada pemanjangan fase ekspirasi  Tidak ada pernafasan cuping hidung  Frekuensi nafas 18x/menit  A: masalah teratasi  P: hentikan Intervensi   1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin   S:  Pasien merasakan sudah mulai bertenaga  O:  Kesadaran composmentis Tidak mengantuk | 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin   S:  Pasien mengatakan sudah mulai bertenag  O:  Kesadaran composmentis Pasien terlihat lebih segar Gemetar-  Berkeringat- Mulut lembab  GDA evaluasi 138 mg/dl. A: masalah teratasi  P: hentikan intervensi   1. nyeri akut berhubungan dengan adanya gangrene S:   Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2 Gelisah-  kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | TD 130/80 mmHg GDA 132 mg/dl A: masalah teratasi  P: hentikan intervensi   1. nyeri akut berhubungan dengan adanya gangrene S:   Pasien masih mengeluhkan nyeri, tetapi sudah berkurang banyak  O:  Keluhan nyeri +, Skala nyeri 2  Gelisah- kesulitan tidur - diaphoresis-  N: 80x/menit  Pola nafas normal, RR 18x.menit  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi   1. gangguan itegritas kulit dan jaringan berhubungan dengan adanya gangren   S:- O:  Kerusakan jaringan dan | Tidak diaphoresis Pucat-  takikardi, Nadi 82 x/menit A; masalah teratasi P;hentikan intervensi   1. Resiko hipovolemia berhubungan denan dieresis osmotic   S: Pasien sudah tidak merasakan lemas.  O:  Nadi 82x/menit, kuat Turgor kulit baik  Output urine normal (0,5-1 cc/kgBB), evaluasi 1 shift ± 320 cc  Tidak ada sesak Membran mukosa lembab TD 130/80 mmhg  Suhu tubuh normal 36, 5C A: masalah teratasi  P; hentikan intervensi   1. Keletihan berhubungan dengan penurunan produksi energy metabolisme   S: Pasien sudah tidak merasakan lemas  O: | Tidak pusing  Pasien tampak segar Gemetar- Berkeringat-  Mulut lembab  Kadar glukosa evaluasi 145 mg/dl  3.hipertermi berhubungan dengan gangrene  S:  Pasien sudah tidak merasakan meriang  O:  kulit normal, tidak merah pucat-  takikardi- Nadi 82x/menit RR 18x/menit  suhu tubuh 36,2 C  f. TD 110/80 mmHg  g. kadar glukosa darah evaluasi 145 mg/dl  **4.** keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer S:  Pasien merasakan sudah tidak lemas lagi  O:  Verbalisasi kepulihan energi | Pola nafas normal, RR 19x.menit  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi   1. gangguan itegritas kulit dan jaringan berhubungan dengan adanya gangrene   S:- O:  Kerusakan jaringan dan kulit+, luas luka 2 cm, kedalaman 1 cm, goa+, warna dasar luka merah  Nyeri menurun, skala nyeri 2 Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka- Nekrosis-  Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi   1. Nausea berhubungan denga peningkatan ureum kreatinin dalam darah   S: pasien tidak merasakan mual O:  Nafsu makan meningkat, 1 porsi makanan, sisa - keluhan mual- |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | kulit+, luas luka 1 cm, kedalaman 1 cm, goa- Nyeri menurun, skala nyeri 2  Tidak ada perdarahan Kemerahan pada luka- Tidak ada nekrosis Suhu kulit hangat  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi | Verbalisasi kepulihan energi+ Tenaga meningkat+ Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat+ ( pasien terlihat bias berjalan sendiri tanpa bantuan dari keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun+ Pasien tampak segar Frekuensi nafas normal 19x/menit  Tidak gelisah  A: masalah teratasi P; hentikan intervensi | Tenaga meningkat Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat (dapat duduk sendiri, berjalan sendiri, tanpa bantuan keluarga)  Verbalisasi Lelah menurun Pasien masih nampak segar Frekuensi nafas 18x/menit Tidak gelisah  A: masalah teratasi P:hentikan intervensi  5. Resiko jatuh berhubungan dengan keletihan  S:- O:  Tidak jatuh dari tempat tidur Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berjalan  A: masalah teratasi P: hentikan intervensi | tidak ada perasaan asam di mulut  diaphoresis- Pucat-  takikardi, Nadi 80x/menit A; masalah teratasi  P; hentikan intervensi |

# 4.2 Pembahasan

**4.2.1 Analisa pengkajian keperawatan pada pasien dengan Diabetes mellitus**

Pengkajian adalah fase yang sangat menentukan terhadap fase selanjutnya yaitu diagnose keperawatan, intervensi sampai evaluasi. Dalam pengkajian ini penulis membahas tentang faktor yang menyebabkan resiko terjadinya Diabetes mellitus. sehingga setiap antar pasien kasus dilapangan (kasus 1-4) memiliki diagnosa yang muncul, intervensi dan evaluasi keperawatan yang berbeda. Factor factor tersebut adalah:

1. Faktor usia dan lama menderita DM

Berdasarkan identitas pasien (fakta dilapangan) dari ke empat pasien rentang usia 40-70 tahun, ,dimana rentang usia tersebut mempunyai resiko tinggi terkena penyakit diabetes mellitus. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hutapea, dkk (2016) yang menyebutkan bahwa mayoritas usia yang mengalami penyakit Diabetes mellitus adalah dalam rentang 45-70 tahun. Menurut Suri, dkk(2015) mengatakan bahwa peningkatan usia dapat menyebabkan proses penuaan atau degenerasi pada organ, terutama organ pancreas yang memproduksi insulin pada sel betanya.

Lama menderita DM juga mempengaruhi proses penyakit diabetes mellitus. Menurut Donald (2003) menjelaskan bahwa durasi diabetes yang panjang mempengaruhi adaptasi perilaku penderita baik itu adaptasi positif maupun negative. Pasien yang lama menderita DM mampu beradaptasi dengan lingkungan dan penyakitnya jika mampu mengatur tingkat stress emosionalnya sehingga kualitas hidupnya akan terjaga dengan baik. Pada ke empat kasus yang dilakukan pengkajian, ditemukan 1 pasien dengan lama menderita 10 tahun, 2

pasien dengan lama menderita 2 tahun,dan 1 pasien dengan lama menderita 3 minggu. Dari keempat pasien tersebut tidak menunjukkan adanya adaptasi pasien dengan penyakitnya. Hal ini dikarenakan keempat pasien tersebut belum mempunyai kesadaran untuk beradaptasi dengan penyakitnya melalui pengelolaan yang baik.

1. Gaya hidup

Dari pengkajian yang dilakukan kepada 4 kasus, ditemukan bahwa gaya hidup yang dilakukan oleh ke empat pasien sangat berpotensi memperparah keadaan glukosa darah, misalnya pada kasus yang pertama pasien mengkonsumsi alcohol, pada kasus 1,2, dan 3 merupakan perokok aktif, dan pada semua kasus tidak menjalankan diit, walaupun sudah mengetahui bahwa pasien menderita Diabetes mellitus. Menurut Suhartono (2011) menyebutkan bahwa, gaya hidup yang tidak sehat seperti konsumsi alcohol, diet tidak seimbang, meningkatkan asupan makanan dengan tipe makanan siap saji, menjadi perokok aktif maupun pasif, dan kurangnya aktivitas, sangat memicu terjadinya resistensi insulin di dalam tubuh.

1. Status Indeks Massa Tubuh

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada 4 kasus diabetes mellitus, didapatkan sebesar 2 pasien atau 50% mempunyai status indeks massa tubuh yang lebih dari rentang normal 18-25. Kedua pasien pada kasus tersebut mempunyai indeks massa tubuh lebih dari 25, yang artinya sangat meningkatkan resiko ketidakstabilan kadar glukosa di dalam darah. Hal ini sejalan dengan pernyataan Depkes RI (2008) dalam pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penyakit diabetes mellitus yang menyebutkan bahwa Berat badan berlebih dengan IMT

lebih besar dari angka 25 merupakan salah satu hal yang beresiko meningkatkan gukosa darah karena kandungan lemak di dalam tubuh menjadi penyebab resistensi insulin yang pada akhirnya mengganggu keseimbangan glukosa itu sendiri.

1. Riwayat kesehatan sekarang

Berdasar data pengkajian yang ada rata – rata pasien masuk dengan keluhan lelah, lemas, tidak bertenaga,sering haus dan sering kencing. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Dipiro,dkk (2015) yang menyebutkan bahwa beberapa gejala DM yang sering dialami penderita yaitu meliputi sering berkemih, meningkatnya rasa haus, dan banyak makan serta kehilangan berat badan secara drastisdan kelelahan akibat dari peningkatan katabolisme protein dan glucagon yang merupakan manifestasi tubuh ketika terjadi penurunan insulin di dalam tubuh.

Pada kasus ketiga juga dijumpai keluhan sesak, dan sulit bernafas. Penurut penulis, hal ini disebabkan karena pasien sudah jatuh pada kondisi ketoasidosis yang ditunjukkan dengan adanya keton dalam urin. Menurut Brunner dan Suddarth (2013) menjelaskan salah satu komplikasi dari penyakit diabetes mellitus adalah ketoasidosis yang merupakan akibat dari gangguan metabolismekarbohidrat, protein, dan lemak karena tidak adanya insulin atau jumlah insulin di dalam tubuh tidak mencukupi.

Pada kasus 2 dan 4, juga ditemui keluhan mual, dan muntah. Menurut penulis, hal ini diakibatkan karena kadar ureum dan kreatinin dalam darah meningkat akibat dari hasil pemecahan lemak untuk membantu metabolisme tubuh karena penurunan insulin. Menurut Corwin (2009), menyebutkan bahwa

kondisi hiperglikemia juga berperan dalam pembentukan aterosklerosis. Buruknya sirkulasi ke sebagian besar organ menyebabkan hipoksia dan cedera jaringan serta merangsang reaksi peradangan pada dinding pembuluh darah sehingga terjadi penumpukan lemak pada lumen pembuluh darah. Konsekuensinya menyebabkan penurunan kecepatan aliran darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke ginjal. Hal ini dapat menimbulkan gangguan proses filtrasi di glomerulus dan penurunan fungsi ginjal yang dapat dilihat dari peningkatan kadar ureum dan kreatinin, hal yang sering dirasakan oleh penderia umumnya mual dan muntah.

1. Hasil laboratorium

Dari pemeriksaan GDA pada keempat pasien, ditemui hasil pemeriksaan lebih dari rentang normal atau lebih dari 200 mg/dl. Selain itu, ditemukan juga hasil HbA1c yang lebih dari 6. Menurut penulis, hal ini mengindiksikan bahwa selama 3 bulan sebelumnya, pengelolaan penyakit kencing manis sangat buruk. Hal ini sejalan dengan PERKENI (2015) yang menyebutkan bahwa terjadi pengelolaan yang buruk pada pasien yang didapatkan hasil GDA lebih dari rentang normal dan kadar Hba1C yang lebih dari normal. Normal Hba1C dalam hal ini adalah kurang dari 5,7.

1. Pengelolaan penyakit Diabetes mellitus

Dari ke 4 pasien yang telah dilakukan pengkajian, rata- rata tidak melakukan pengelolaan penyakit diabetes mellitus dengan baik dan benar sesuai dengan petunjuk 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus, padahal keempat kasus tersebut telah didiagnosa pasti DM. Menurut penulis, hal ini terjadi karena kurangnya informasi yang pasien dapat sebelumnya, kurang aktifnya pasien dalam mendapatkan informasi juga menyumbang penyebab terjadinya kondisi ini. Pada

semua kasus yang telah dikaji, aktivitas fisik yang kurang, konsumsi makanan yang mengarah pada tipe makanan siap saji, makanan manis, konsumsi alcohol, dan rokok juga mempengaruhi kondisi pasien. Terlebih lagi penggunaan obat hipoglikemik yang tidak rutin, sesuka sendiri, atau konsumsi obat ketika ada keluhan juga menjadi penyebab peningkatan GDA.

Hal ini sama seperti pernyataan PERKENI (2015), bahwa kestabilan glukosa dalam darah dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pola diit, aktivitas, terapi obat,kontrol rutin dan managemen stress serta edukasi yang tertuang dalam pilar pengelolaan glukosa, maka untuk menjaga status glukosa, penderita perlu untuk menjalankan dan mengaplikasikan pilar pengelolaan tersebut ke dalam kehidupannya sebagai bentuk upaya pengontrolan glukosa darah.

# 4.2.2 Analisa diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada pasien Diabetes Mellitus

* + - 1. Persamaan dan Kesenjangan Diagnose keperawatan antara teori dan kasus
         1. Persamaan

Berdasarkan teori keperawatan (pathway) diagnosa keperawatan pada pasien Diabetes mellitus adalah

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin Resiko devisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan
2. Resiko deficit nutrisi
3. Defisit nutrisi
4. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer
5. Nyeri akut berhubungan dengan gangrene
6. Resiko jatuh berhubungandengan keletihan
7. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangrene
8. Resiko infeksi sehubungan dengan gangren
9. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah
10. Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic
11. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresan pusat pernafasan sebagai manifest peningkatan glukosa
12. Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas

Pada kasus dilapangan diagnosa keperawatan rata rata yang muncul adalah sama dengan diagnosa keperawatan yang ada dalam teori.

* + - * 1. Kesenjangan

Dalam teori keperawatan jumlah diagnosa keperawatan yang muncul adalah berjumlah 12 diagnosa keperawatan sedangkan pasien kasus dilapangan dari ke empat kasus yang ada rata rata jumlah diagnose keperawatan yang muncul adalah 4 sampai 5 diagnosa keperawatan, jadi tidak semua diagnosa keperawatan dalam teori muncul dalam semua kasus. Menurut penulis, hal ini disesuaikan dengan tanda gejala yang muncul dan dialami oleh pasien itu sendiri. Ada beberapa diagnosa yang tidak muncul dalam kasus ini, misalnya deficit nutrisi, karena penurunan berat badan pasien sangat sulit untuk diukur. Semua pasien dalam kasus ini tidak ingat penurunan BB yang terjadi, padahal untuk menentukan adanya deficit nutrisi harus menunjukkan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal (SDKI, 2017). Sedangkan untuk diagnose resiko infeksi juga tidak dimunculkan karena penatalaksanaan di dalam intervensi sama dengan gangguan integritas kulit dan jaringan.

* + - 1. Persamaan dan Kesenjangan Diagnose keperawatan antara kasus satu dengan kasus lainya

Diagnose keperawatan yang muncul pada setiap kasus adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. Sedangkan untuk kasus 1 dan 3 ditambah dengan diagnose hipertermi, pada kasus 1 dan 4 ditambah diagnose nyeri akut dan gangguan integritas kulit dan jaringan.. Sedangkan pada kasus 2 dan 4 ditambahkan diagnose nausea, dan pada kasus 2 ditambahkan diagnose resiko hipovolemia. Pada kasus 2 dan 3 ditambahkan diagnose keletihan dan resiko jatuh, serta pada kasus ke 3 juga ditambahkan diagnose pola nafas tidak efektif. Menurut penulis, hal ini muncul karena:

1. Untuk kasus pertama dan ketiga dimunculkan diagnose hipertermi dikarenakan ada peningkatan suhu tubuh yang lebih dari normal (36-37 C), disertai dengan takikardi, kulit merah, dan kulit terasa panas sesuai dengan tanda gejala mayor dan minor (SDKI, 2017).
2. Pada kasus 1 dan 4 dimunculkan diagnose nyeri akut dan gangguan integritas kulit dan jaringan karena adanya perlukaan di kaki atau gangrene. Selain itu, juga ditemukan tanda gejala mayr dan minor yang dapat menegakkan diagnose tersebut.
3. Pada kasus 2 dan 4 dimunculkan diagnose nausea karena muncul keluhan mual, salah satu diantaranya sampai mengalami muntah. Hal ini sesuai dengan pengertian nausea yaitu : perasaan tidak nyaman pada bagian belkang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (SDKI, 2017)
4. Pada kasus ke 2 dan 3 juga ditambah dengan diagnose keletihan sebab dari pengkajian yang dilakukan ditemukan data bahwa pasien merasa kurang

bertenaga, mengeluh lelah, serta tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin.

1. Sedangkan pada kasus ke 3, disertakan diagnose Resiko jatuh karena selain faktor resiko seperti usia lanjut lebih dari 65 tahun,ada perubahan kadar glukosa darah, juga terdapat pula hasil skala jatuh morse fall yang menunjukkan nilai lebih dari 51 yng artinya resiko jatuh tinggi.
2. Pada kasus ke 2 juga dimunculkan resiko hipovolemia sebab terjadi kehilangan cairan aktif yang menjadi faktor resiko ditegakkannya diagnose tersebut (SDKI, 2017).
3. Pada kasus ketiga, juga diangkat diagnose pola nafas tidak efektif karena terdapat sesak, penggunaan otot bantu nafas, adanya pernafasan cuping hidung, pola nafas berubah cepat, fase ekspirasi memanjang, serta RR berubah cepat. Selain itu, ditemukan juga keton dalam urin yang menandakan adanya tanda ketoasidosis. Diagnosa ini juga menjadi prioritas pertama dalam penatalaksanaan kasus tersebut karena sesuai dengan kebutuhan Maslow yang menyebutkan bahwa kebutuhan fisiologis oksigenasi dan pertukaran gas menjadi hal yang pertama yang harus dipenuhi (Mubarak & chayatin, 2008).

# 4.2.3 Analisa perencanaan tindakan keperawatan pada masalah yang timbul meliputi penetapan tujuan dan intervensi keperawatan pada pasien Diabetes mellitus

a. Persamaan dan kesenjangan rencana tindakan keperawatan antara teori dan kasus**.**

Perencanaan tindakan keperawatan pada masalah yang timbul di setiap kasus sangat bergantung pada analisa data yang didapatkan dan rumusan diagnosa

keperawatan. Dalam laporan ini rencana tindakan keperawatan antara teori dan kasus memiliki kesamaan antara keduanya yang meliputi :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketoasidosis
3. Nyeri akut berhubungan dengan gangrene
4. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangrene
5. Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas
6. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah
7. Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic
8. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer
9. Resiko jatuh berhubungandengan keletihan.

# Analisa tindakan keperawatan berdasarkan tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan pada pasien Diabetes mellitus

a. Kesamaan dan Perbedaan tindakan keperawatan pada kasus satu sampai empat

1. Persamaan

Pada semua kasus yang ada (1,2,3, dan 4) tindakan keperawatannya rata rata sama meliputi :

Managemen hiperglikemia yang meliputi mengidentifikasipenyebab, memonitor GDA, memonitor intake output, memonitor nadi, mengajarkan pengelolaan diabetes, dan berkolaborasi dalam pemberian terapi yang disesuaikan dengan keadaan pasien serta status berat badan pasien untuk menentukan dosis insulin.

1. Perbedaan

Yang membedakaan tindakan keperawatan antar kasus adalah sebagai berikut :

1. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, disebutkan bahwa keadaan semua pasien adalah hiperglikemia. Menurut PERKENI (2015), menyebutkan bahwa penatalaksanaan hiperglikemia dengan gula darah 200- 300 mg/dl adalah 1x 4 unit insulin/ jam secara intravena dengan regulasi cepat dilanjutkan dengan maintenance 3x4 unit, sedangkan GDA 300-400 mg/dl 2x 4 unit insulin/ jam secara intravena dengan regulasi cepat dilanjutkan dengan maintenance 3x6 unit subcutan. Pada GDA 400-500 mg/dl 3x 4 unit insulin/ jam secara intravena dengan regulasi cepat dilanjutkan dengan maintenance 3x8 unit subcutan, pada GDA 500-600 mg/dl 4x 4 unit insulin/ jam secara intravena dengan regulasi cepat dilanjutkan dengan maintenance 3x10 unit subcutan, serta pada GDA 600-700 mg/dl 5x 4 unit insulin/ jam secara intravena dengan regulasi cepat dilanjutkan dengan maintenance 3x12 unit secara subcutan. Tetapi hal yang berbeda dilakukan di dalam perawatan pasien pada ruang perawatan UPT Puskesmas Wates, yaitu dengan memberikan langsung maintenance dengan dosis insulin yang telah ditentukan oleh dokter penanggung jawab serta tidak dilakukan sesuai dengan standart penanganan hiperglikemia. Menurut penulis, hal ini dilakukan karena kurang optimalnya sumberdaya baik alat, obat, skill, dan regulasi atau aturan institusi yang ada.
2. Manajemen hipertermi pada kasus 2 dan 3 yang meliputi mengidentifikasi penyebab, memonitor suhu, menganjurkan tirah baring, dan berkolaborasi dalam pemberian cairan elektrolit. Tetapi didalam pelaksanaan, ditambahkan

dengan pemberian terapi medis antipiretik sesuai dengan indikasi dan advice dari dokter.

1. Pemberian analgesic dan perawatan luka pada kasus 1 dan 4 yang meliputi mengidentifikasi karakteristik nyeri, riwayat alergi obat, memonitor TTV, memonitor efektifitas pemberian analgesic, dan berkolabborasi dalam pemberian analgesic sesuai dengan kondisi pasien, advice dokter serta ketersediaan obat di ruangan.
2. managemen jalan nafas pada kasus 3 yang meliputi memonitor pola nafas, bunyi nafas tambahan, memposisikan semi fowler, memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien dan menganjurkan asupan 2000 ml.
3. Managemen mual pada kasus 2 dan 4 yang meliputi menganjurkan istirahat, menganjurkan makanan yang rendah lemak, berkolaborasi dalam pemberian antiemetic
4. Managemen hipovolemia pada kasus 2 yang meliputi memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, memonitor intake output, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, menganjurkan menghindari perubahan posisi mendadak, dan berkolaborasi dalam pemberian cairan isotonis.
5. Managemen energy pada kasus 2 dan 3 yang meliputi memonitor kelelahan fisik, pola dan jam tidur, lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, melakukan ROM aktif, menganjurkan tirah baring, sampai berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dengan tetap memperhatikan upaya pengendalian glukosa. Menurut penulis, walaupun tujuannya adalah untuk meningkatkan energy, tetapi terapis gizi

juga harus memperhatikan upaya pengendalian glukosa sehingga tidak terjadi kontraindikasi.

1. pencegahan jatuh pada kasus 3 yang meliputi mengidentifikasi faktor lingkungan yang menyebabkan risiko jatuh, memonitor kemampuan berpndah, mengorientasikan ruang,memasang handrll, menempatkan pasien di tempat yang dekat dengan nurse station, mengnjurkan pemakaian alat bantu jalan.

# 4.2.4 Analisa evaluasi keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang telah dicapai pada Pasien dengan Penyakit Diabetes Mellitus

Berdasarkan Analisis asuhan keperawatan pasien Diabetes mellitus dijelaskan bahwa dari tiap tiap kasus diagnosa keperawatan yang muncul teratasi dalam waktu yang berbeda beda dalam laporan ini penulis akan membahasanya pada setiap diagnosanya.

* + - 1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kerusakan reseptor insulin.

Semua pasien kasus nomer 1-4 rata rata muncul diagnosa tersebut. Rata- rata untuk mencapai glukosa darah yang stabil juga hampir sama yaitu sekitar 3 hari, karena karakteristik keadaan pasien satu sampai 4 hampir sama, kecuali pada kasus ke 3, glukosa darah masih belum mencapai kriteria hasil yang diinginkan oleh perawat. Hal ini kemungknan dikarenakan adanya hal yang memperberat kondisi penderita seperti dicurigainya kondisi ketoasidosis metabolik.

* + - 1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ketoasidosis

Diagnosa ini terjadi pada pasien dengan kasus ke 3 yang teratasi pada hari ketiga dengan tercapainya semua criteria hasilyang diharapkan oleh penulis.

* + - 1. Nyeri akut berhubungan dengan gangrene

Diagnosa ini terjadi padakasus ke 1 dan ke 3 yang teratasi sebagian pada hari ketiga. Penulis mencantumkan Assesment teratasi sebagian sebab criteria hasil belum semua tercapai dikarenakan perlukaan atau gangrene yang belum sembuh. Maka untuk rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan intervensi yang sekiranya dapat dilakukan oleh keluarga maupun pasien saat dirumah.

* + - 1. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan gangrene Diagnosa ini terjadi pada kasus ke 1 dan 3 yang teratasi sebagian pada

hari ke 3. Penulis mencantumkan Assesment teratasi sebagian sebab criteria hasil belum semua tercapai dikarenakan perlukaan atau gangrene yang belum sembuh. Maka untuk rencana tindak lanjutnya adalah mempertahankan intervensi yang sekiranya dapat dilakukan oleh keluarga maupun pasien saat dirumah, dan menganjurkan untuk perawatan luka rutin untuk meningkatkan proses pengembalian kulit dan jaringan.

* + - 1. Hipertermi berhubungan dengan penurunan imunitas

Diagnosa ini terjadi pada kasus 1 dan 3 yang teratasi pada hari kedua karena terapi medis yag tepat, dan juga keaktifan dari keluarga untuk melakukan kompres hangat pada pasien.

* + - 1. Nausea berhubungan dengan peningkatan ureum kreatinin dalam darah Diagnosa ini terjadi pada kasus kedua dan keempat yang teratasi pada hari

ketiga dengan tercapainya semua criteria hasilyang diharapkan oleh penulis.

* + - 1. Resiko hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotic.

Diagnosa ini terjadi pada kasus kedua yang teratasi pada hari ketiga dengan tercapainya semua criteria hasilyang diharapkan oleh penulis.

* + - 1. Keletihan berhubungan dengan hipoksia perifer

Diagnosa ini terjadi pada kasus kedua dan ketiga yang teratasi pada hari ketiga dengan tercapainya semua criteria hasil yang diharapkan oleh penulis.

* + - 1. Resiko jatuh berhubungandengan keletihan

Diagnosa ini terjadi pada kasus kedua dan ketiga yang teratasi pada hari ketiga dengan tercapainya semua criteria hasil yang diharapkan oleh penulis