

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J. L DENGAN DIABETES MELLITUS DI RUANG CENDANA RS BHAYANGKARA Drs. TITUS ULLY KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



MARIA YENITRIK NAHAK SOARES
NIM : PO. 530320118211

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J. L DENGAN DIABETES MELLITUS DI RUANG CENDANA RS BHAYANGKARA Drs. TITUS ULLY KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**MARIA YENTRIK NAHAK SOARES
NIM : PO. 530320118211**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2 0 1 9**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Yenitrik Nahak Soares
NIM : PO. 530320118211
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah "**Asuhan Keperawatan Pada Tn. J. L Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang**" yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

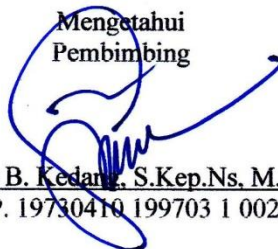
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 23 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Maria Yenitrik Nahak Soares
NIM : PO. 530320118211

Mengetahui
Pembimbing



Sabinus B. Kedang, S.Kep.Ns, M.Kep
NIP. 19730410 199703 1 002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Maria Yenitrik Nahak Soares, Nim : PO. 530320118211 dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Tn. J. L Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang**" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun oleh :

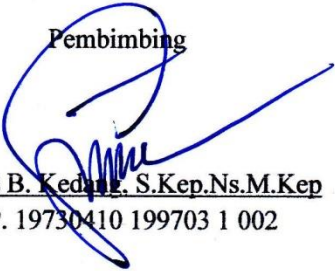


Maria Yenitrik Nahak Soares
NIM. PO. 530320118211

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji D – III
Keperawatan Kupang Politeknik Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 23 Juli 2019

Pembimbing



Sabinus B. Kedung, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 19730410 199703 1 002

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J. L DENGAN DIABETES
MELLITUS DI RUANG CENDANA RS BHAYANGKARA Drs. TITUS ULLY
KUPANG”**

Disusun oleh :



Maria Yenitrik Nahak Soares

NIM. PO. 530320118211

Telah Diuji Pada Tanggal 23 Juli 2019

Dewan Penguji

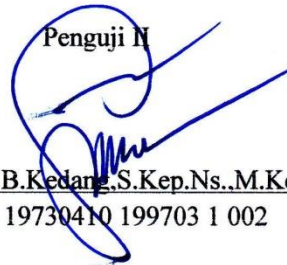
Penguji I



Roswita V. R. Roku, S.Kep.Ns., MSN

NUPN. 9908419437

Penguji II



Sabinus B. Kedang, S.Kep.Ns., M.Kep

NIP. 19730410 199703 1 002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes

NIP. 19691123 199303 1 001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Yeli, S.Kep.Ns., MSc-PH

NIP. 19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Maria Yenitrik Nahak Soares
Tempat Tanggal Lahir : Lauana, 24 April 1989
Jenis Kelamin : Perempuan
Asal : Malaka
Alamat : Betun, Malaka, NTT
Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SDI Fahiluka Tahun 2000
2. Tamat SMPK HTM Halilulik Tahun 2003
3. Tamat SPK St. Elisabeth Lela Tahun 2006
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah Di Jurusan
Keperawatan Politeknik Kementrian
Kesehatan Kupang.

MOTTO :

“ Pengalaman adalah guru terbaik “

ABSTRAK

“Asuhan Keperawatan Pada Tn. J. L Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang”

Oleh. Maria Yenitrik Nahak Soares. NIM : PO. 530320118211

Diabetes mellitus diartikan pula sebagai penyakit metabolisme yang termasuk dalam kelompok gula darah yang melebihi batas normal atau hiperglikemia (lebih dari 120 mg/dl atau 120 mg%). Karena itu DM sering disebut juga dengan penyakit gula. Jumlah penderita DM menjalani rawat inap dan jalan makin meningkat di rumah sakit dari keseluruhan pasien penyakit dalam.

Tujuan penulisan ini adalah menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan proses keperawatan di ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang. Metode yang digunakan adalah melakukan wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Dilanjutkan dengan perawatan pasien selama tiga hari.

Hasil pengkajian pasien mengatakan rasa nyeri seperti diramas ditungkai kaki kiri menjalar sampai ke tulang sejak 5 hari yang lalu, area tungkai kaki kiri terasa panas dan memerah. Saat pemeriksaan fisik didapatkan data pasien tampak meringis kesakitan, area tungkai kaki kiri tampak kemerahan. Berdasarkan hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah nyeri berhubungan dengan cedera biologi (peradangan) dan resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit. Perencanaan keperawatan disusun dengan mempertimbangkan kondisi pasien, situasi rumah sakit dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan didapatkan bahwa masalah nyeri teratasi sedangkan masalah resiko infeksi tidak terjadi sehingga butuh perawatan lanjutan oleh perawat di ruangan Cendana.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus

KATA PENGANTAR

Sujud sembah kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbinganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. J. L. Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Ully Kupang ”

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Sabinus B. Kedang, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-ide dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Ibu Roswita V.Rambu Roku,S,Kep.Ns.,MSN selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Melalui kesempatan ini juga penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Ibu R. H. Kristina., SKM., M.Kes selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi DIII Keperawatan
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir program
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, NS., MSc-PH selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program
4. Bapak ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi DIII yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini.

5. Bapak direktur RS Bayangkara Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus di ruang Cendana.
6. Kepala ruangan dan CI diruangan Cendana RS Bhayangkara Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diabetes Mellitus.
7. Pihak perpustakaan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan izin untuk menggunakan buku sebagai pedoman dalam pembuatan studi kasus ini
8. Untuk suami tercinta Martinus Bobby dan ketiga putraku Gabriello Alvaby Gheo, Petrus Davaby Gheo, dan Michael Asraldby Gheo yang selalu mendukung dan mempercayakan saya untuk bisa melanjutkan pendidikan.
9. Untuk Ayah Petrus Nahak (Alm) dan ibu Fernanda Soares , adik-adik, mertua dan para ipar serta semua keluarga dan sahabat yang telah mendukung secara langsung maupun moril.
10. Teman-teman RPL angkatan 2018 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Terimakasih kepada pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyempurnaan studi kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwalaporanstudi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang, 23 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Pernyataan Keaslian Tulisan	v
Biodata Penulis	vi
Abstrak	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Lampiran	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep dasar penyakit	4
2.1.1 Defenisi	4
2.1.2 Epidemiologi	4
2.1.3 Penyebab	5
2.1.4 Patofisiologi	5
2.1.5 Komplikasi	9
2.1.6 Klasifikasi	9
2.1.7 Gejala Klinis	10
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	12
2.2.3 Rencana Keperawatan	13
2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan	19
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	19
BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	20
3.1.1 Pengkajian.....	20
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	24
3.1.3 Perencanaan Keperawatan.....	24
3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	25
3.2 Pembahasan.....	27
3.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	27
3.2.2 Diagnosa Keperawatan	28
3.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	29
3.2.4 Implementas Keperawatan	29
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	29
BAB IV PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	30
4.2 Saran	30
DAFTAR PUSTAKA	31
LAMPIRAN – LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi	32
Lampiran 2. Format Asuhan Keperawatan	34

BAB I

PENDAHULUAN

Latar belakang

Diabetes mellitus diartikan pula sebagai penyakit metabolisme yang termasuk dalam kelompok gula darah yang melebihi batas normal atau hiperglikemia (lebih dari 120 mg/dl atau 120 mg%). Karena itu DM sering disebut juga dengan penyakit gula. Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang menyerang kurang lebih 12 juta orang. 7 juta dari 12 juta penderita diabetes tersebut sudah terdiagnosis; sisanya tidak terdiagnosis. Di Amerika Serikat, kurang lebih 650.000 kasus diabetes baru didiagnosis setiap tahunnya (*health people 2000, 1990*). Menurut Survey WHO, 8,6% dari jumlah masyarakat Indonesia telah terdiagnosis Diabetes Melitus, Indonesia menduduki peringkat ke-4 terbesar setelah India, China, Amerika Serikat.

Angka rawat inap bagi penderita diabetes adalah 2,4 kali lebih besar pada orang dewasa dan 5,3 kali lebih besar pada anak-anak bila dibandingkan dengan populasi umum. Separuh dari keseluruhan penderita diabetes yang berusia lebih dari 65 tahun di rawat di rumah sakit setiap tahunnya. Komplikasi yang serius dan dapat membawa kematian sering turut menyebabkan peningkatan angka rawat inap bagi para penderita diabetes.

Survei Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) pada tahun 2001 menyebutkan jumlah penderita DM di Indonesia mencapai 8,6 persen, terjadi peningkatan jumlah DM di Jakarta dari 1,7 persen pada tahun 1981 menjadi 5,7 persen pada tahun 1993. International Diabetic Federation (IDF) mengestimasi bahwa jumlah penduduk Indonesia usia 20 tahun keatas menderita DM sebanyak 5,6 juta orang pada tahun 2001 dan akan meningkat menjadi 8,2 juta pada 2020.

Jumlah penderita DM menjalani rawat inap dan jalan makin meningkat di rumah sakit dari keseluruhan pasien penyakit dalam. Pada penderita diabetes tipe I, gejalanya timbul secara tiba-tiba dan bisa berkembang dengan cepat ke dalam suatu keadaan yang disebut dengan ketoasidosis diabetikum. Kadar gula di dalam darah adalah tinggi tetapi karena sebagian besar sel tidak dapat menggunakan gula tanpa insulin, maka sel-sel ini mengambil energi dari sumber yang lain. Sel lemak

dipecah dan menghasilkan keton, yang merupakan senyawa kimia beracun yang bisa menyebabkan darah menjadi asam (ketoasidosis). Gejala awal dari ketoasidosis diabetikum adalah rasa haus dan berkemih yang berlebihan, mual, muntah, lelah dan nyeri perut (terutama pada anak-anak). Pernafasan menjadi dalam dan cepat karena tubuh berusaha untuk memperbaiki keasaman darah. Bau nafas penderita tercium seperti bau aseton. Tanpa pengobatan, ketoasidosis diabetikum bisa berkembang menjadi koma, kadang dalam waktu hanya beberapa jam.

Penderita diabetes tipe II bisa tidak menunjukkan gejala-gejala selama beberapa tahun. Jika kekurangan insulin semakin parah, maka timbullah gejala yang berupa sering berkemih dan sering merasa haus. Jarang terjadi ketoasidosis. Jika kadar gula darah sangat tinggi (sampai lebih dari 1.000 mg/dL, biasanya terjadi akibat stres-misalnya infeksi atau obat-obatan), maka penderita akan mengalami dehidrasi berat, yang bisa menyebabkan kebingungan mental, pusing, kejang dan suatu keadaan yang disebut koma hiperglikemik-hiperosmolar non-ketotik.

Perawat berperan sangat penting saat pasien masuk rumah sakit. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, perawat memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan tindakan mandiri ataupun kolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti dokter dan ahli diet.

Melihat uraian di atas maka perlu dilakukan suatu studi kasus bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi,

Tujuan

Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus di Ruang Cendana RS Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang.

Tujuan Khusus

Penulis :

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan diabetes mellitus.

2. Mampu menentukan masalah atau diagnosa keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

Konsep Dasar Penyakit

Definisi/Pengertian

Diabetes Melitus adalah sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kelainan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. (Brunner and Suddart, 2002).

Diabetes Melitus adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron. (Arif Mansjoer, 2001).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah.

Epidemiologi/Insiden kasus

Menurut Suyono (2001), type DM yaitu :

- Diabetes Melitus Tipe 1 (DM Tipe 1)
Kekerapan DM Tipe 1 di negara barat \pm 10% dari DM Tipe 2. Di negara tropik jauh lebih sedikit lagi. Gambaran kliniknya biasanya timbul pada masa kanak-kanak dan puncaknya pada masa akil balik. Tetapi ada juga yang timbul pada masa dewasa.
- Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2)
DM Tipe 2 adalah jenis yang paling banyak ditemukan (lebih dari 90%). Timbul makin sering setelah umur 30 dengan catatan pada dekade ketujuh kekerapan diabetes mencapai 3 sampai 4 kali lebih tinggi daripada rata-rata orang dewasa.

- **Diabetes Melitus Tipe Lain**

Ada beberapa tipe diabetes yang lain seperti defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang dan sindroma genetik lain yang berkaitan dengan DM.

- **Diabetes Melitus Gestasional**

Diabetes Melitus Gestasional adalah diabetes yang timbul selama kehamilan. Jenis ini sangat penting diketahui karena dampaknya pada janin kurang baik bila tidak ditangani dengan benar.

Penyebab/Faktor Predisposisi (Arif Mansjoer, 2001)

Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) atau Diabetes Melitus Tergantung Insulin (DMTI) disebabkan oleh destruksi sel beta pulau Langerhans akibat proses autoimun. Sedangkan *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau Diabetes Melitus Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel beta tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain. Berarti sel beta pankreas mengalami desensitisasi terhadap glukosa.

Patofisiologi

Diabetes Tipe I. Pada diabetes tipe ini 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).

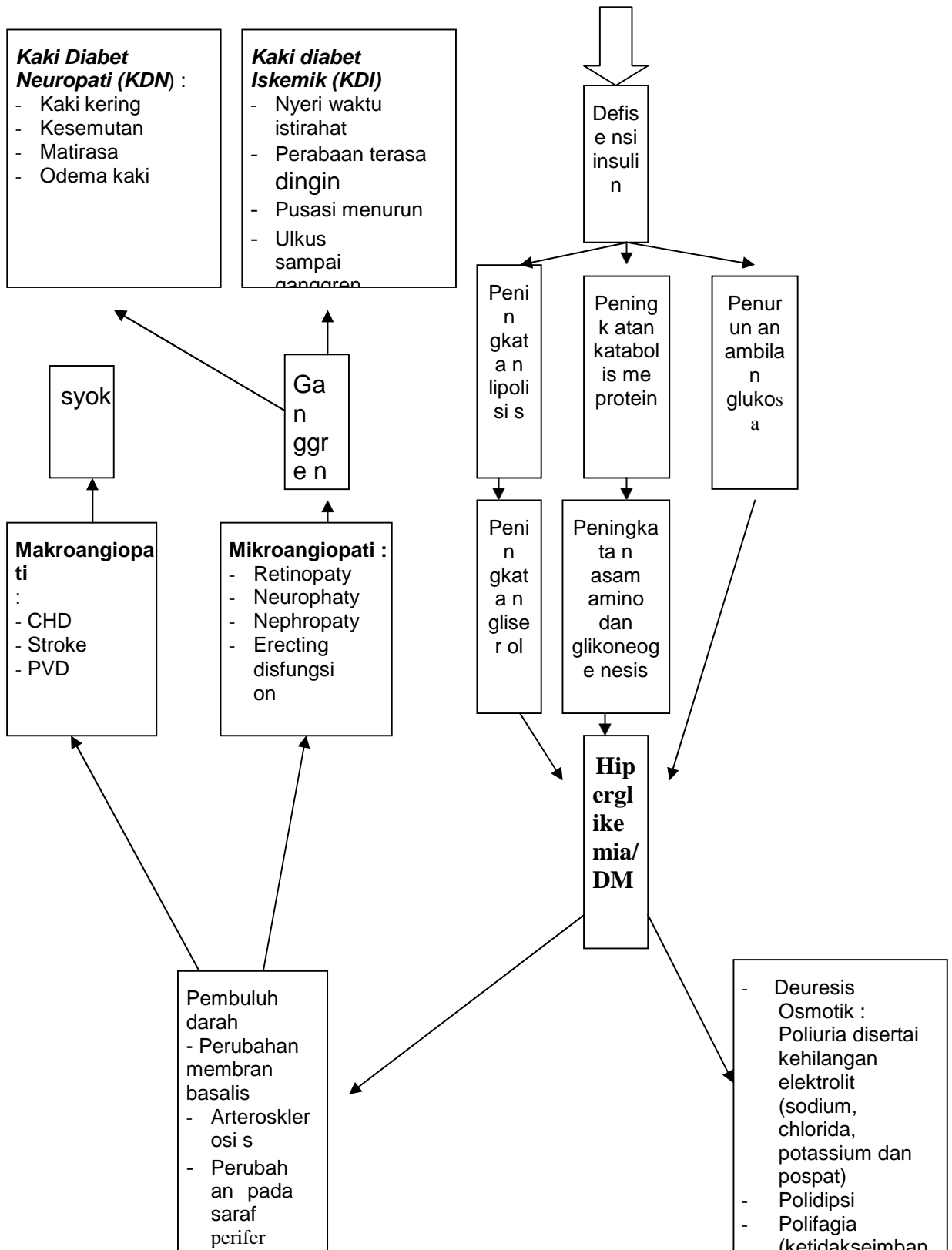
Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa

tersebut muncul dalam urine (*Glukosuria*). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urine, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan *diuresis osmotik*. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (*Poliuria*) dan rasa haus (*polidipsia*).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (*Polifagia*) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turun menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Ketoasidosis diabetik yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tanda dan gejala seperti hiperventilasi, napas bau aseton dan bila tidak ditangani akan mengakibatkan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

Diabetes Tipe II. Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu retensi 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 didalam sel. Retensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi retensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi

peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II.



Komplikasi diabetes melitus

- a. Akut : Koma hipoglikemia, ketoasidosis dan koma hiperosmolar nonketotik
- b. Kronik : Makroangiopati, mengenai pembuluh darah besar ; pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak. Mikroangiopati, mengenai pembuluh darah kecil ; retinopati diabetik, nefropati diabetik. Neuropati diabetik, rentan infeksi seperti : TB paru, gingivitis, dan ISK. dan kaki diabetik.

Klasifikasi

Klasifikasi Diabetes yang utama adalah : (Brunner and Suddarth)

- a. Tipe I : Diabetes Melitus tergantung insulin (*Insulin dependent diabetes mellitus atau IDDM*). Ciri-ciri klinis dari DM Tipe I ini yaitu awitan terjadi pada segala usia, tetapi biasanya pada usia muda (<30 tahun), biasanya bertubuh kurus pada saat didiagnosis dengan penurunan berat badan yang baru saja terjadi, etiologi mencakup faktor genetik, imunologi atau lingkungan misalnya virus, sering memiliki antibodi terhadap insulin meskipun belum pernah mendapatkan terapi insulin, cenderung mengalami ketosis jika tidak memiliki insulin, komplikasi akut hiperglikemi : ketoasidosis diabetik.
- b. Tipe II : Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (*Non Insulin dependent diabetes mellitus atau NIDDM*). Ciri-ciri klinis dari DM tipe II ini yaitu awitan terjadi pada segala usia, biasanya diatas 30 tahun, biasanya bertubuh gemuk pada saat didiagnosis, etiologi mencakup faktor obesitas, herediter atau lingkungan, penurunan produksi insulin endogen atau peningkatan resistensi insulin, ketosis jarang terjadi, kecuali bila dalam keadaan stres atau menderita infeksi, komplikasi akut : sindrom hiperosmoler nonketotik).

Gejala klinis

Gejala klasik diabetes adalah rasa haus yang berlebihan sering kencing terutama malam hari, banyak makan serta berat badan yang turun dengan cepat. Di samping itu kadang-kadang ada keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi di atas 4 kg. Kadang-kadang ada pasien yang sama sekali tidak merasakan adanya keluhan, mereka mengetahui adanya diabetes karena pada saat periksa kesehatan ditemukan kadar glukosa darahnya tinggi.

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Biodata: Identitas pasien yaitu : (nama, jenis kelamin, umur, agama, status, pendidikan/pekerjaan, alamat, rujukan). Keluarga yang menemani atau bertanggungjawab. DM Type II timbul makin sering setelah umur 30 dengan catatan pada dekade ketujuh kekerapan diabetes mencapai 3 sampai 4 kali lebih tinggi daripada rata-rata orang dewasa.
- b. Alasan masuk rumah sakit : alasan dirawat dan keluhan utama. Gejala klasik diabetes adalah rasa haus yang berlebihan sering kencing terutama malam hari, banyak makan serta berat badan yang turun dengan cepat. Di samping itu kadang-kadang ada keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh.
- c. Riwayat Kesehatan: riwayat kesehatan sebelum sakit, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (*Non Insulin dependent diabetes mellitus* atau *NIDDM*). Ciri-ciri klinis dari DM tipe II ini yaitu awitan terjadi pada segala usia, biasanya diatas 30 tahun, biasanya bertubuh gemuk pada saat didiagnosis, etiologi mencakup faktor obesitas dan herediter. Jadi dapat diturunkan dari keluarga dengan DM.
- d. Pemeriksaan fisik

Aktivitas/ istirahat

- Gejala: lemah, letih, sulit bergerak/berjalan. Kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur/istirahat.
- Tanda: takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas. Letargi/disorientasi, koma, Penurunan kekuatan otot.

Sirkulasi

- Gejala: adanya riwayat hipertensi; im akut klaudikasi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama
- Tanda: takikardia, perubahan tekanan darah postural; hipertensi, nadi yang menurun/tak ada, disritmia, krekels; dvj (gjk), Kulit panas, kering, dan kemerahan, bola mata cekung.

Integritas ego:

- gejala: stres; tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.
- tanda: ansietas, peka rangsang.

Eliminasi:

- Gejala: perubahan pola berkemih (poliuri), nokturia., rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), isk baru/ berulang, nyeri tekan abdomen dan diare
- Tanda: urine, encer, pucat, kuning, poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat), urine berkabut, bau busuk (infeksi), abdomen keras, adanya asites. Bising usus lemah dan menurun;hiperaktif (diare).

Makanan/cairan:

- Gejala: hilang nafsu makan, mual/muntah, tidak mengikuti diet; peningkatan masukan glukosa/karbohidrat. Penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari/minggu. Haus
- Tanda: kulit kering/bersisik, turgor jelek, kekakuan/distensi abdomen, muntah, Pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan

metabolic dengan peningkatan gula darah) dan bau halitosis/manis, bau buah (napas aseton)

Neurosensori:

- Gejala: pusig/pening, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia. Gangguan penglihatan
- Tanda : disorientasi; engantuk; letargi, stupor/koma (tahap lanjut). Gangguan memori (baru, masa lalu); kacau mental, refleks tendon dalam (RTD) menurun (koma), aktivitas kejang (tahap lanjut DKA).

Nyeri/ kenyamanan:

- Gejala : abdomen yang tegang/nyeri (sedang/berat)
- Tanda : wajah meringis dengan palpitasi; tampak sangat berhati-hati.

Pernapasan :

- Gejala : merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi/ tidak)
- Tanda : lapar udara, batuk, dengan/tanpa sputum prulen (infeksi), Frekuensi pernapasan

Keamanan:

- Gejala : kulit kering, gatal, ulkus kulit
- Tanda : demam, diaphoresis, kulit rusak, lesi/ulserasi, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak, parestesia/paralisis otot termasuk otot-otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam)

Seksualitas:

- Gejala : rabas vagina (cenderung infeksi), masalah impoten pada pria; kesulitan orgasme pada wanita.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan diuresis osmotik (dari hiperglikemia).

- b. Gangguan keseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin (penurunan ambilan dan penggunaan glukosa oleh jaringan mengakibatkan peningkatan metabolisme protein/lemak)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi dan perubahan pada sirkulasi.
- d. Intoleran aktivitas berhubungan dengan penurunan energi metabolik.
- e. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi.

3. Rencana Tindakan

- a. Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan diuresis osmotik (dari hiperglikemia.

Tujuan: memperbaiki cairan/elektrolit dan keseimbangan asam basa.
 Kriteria hasil : selama dalam perawatan pasien mendemonstrasikan hidrasi yang adekuat yang dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba, turgor kulit dan pengisian kapiler baik, haluaran urine tepat secara individu, kadar elektrolit normal.

Tindakan/ intervensi	Rasional
Mandiri 1. Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik. 2. Pola napas seperti adanya pernapasan Kussmaul atau pernapasan yang berbau keton. 3. Frekuensi dan kualitas pernapasan, penggunaan otot bantu napas, dan adanya periode apnea dan munculnya sianosis 4. Pantau suhu, warna kulit dan kelembabannya. 5. Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membran mukosa. 6. Pantau masukan dan pengeluaran, catat berat jenis urine. 7. Pertahankan untuk memberikan cairan paling sedikit 2500ml/hari dalam batas yang dapat ditoleransi jantung jika pemasukan cairan melalui oral sudah dapat diberikan.	Mandiri 1. hipovolemia dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardi. 2. paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis. 3. koreksi hiperglikemia dan asidosis akan menyebabkan pola dan frekuensi pernapasan akan mendekati normal. 4. Demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi. 5. Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat. 6. Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan dari terapi yang diberikan. 7. Memberikan hasil pengkajian yang terbaik dari status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam memperbaiki cairan pengganti. 8. Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi.

<p>8. Tingkatkan lingkungan yang dapat menimbulkan rasa nyaman.</p> <p>9. Kaji perubahan mental/ sensori.</p> <p>10. Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, nyeri abdomen, muntah dan disertai lambung</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi sesuai dengan indikasi; normal salin atau setengah normal salin dengan atau tanpa dektrosa. Albumin, plasma, atau dekstran. 2. Pasang atau pertahankan kateter urine agar tetap terpasang. 3. Pantau pemeriksaan laboratorium seperti Hematokrit (Ht), BUN/Kreatinin, osmolaritas darah, Natrium, Kalium. 4. Berikan kalium atau elektrolit yang lain melalui IV dan/atau melalui oral sesuai indikasi. 5. Berikan bikarbonat bila ph kurang dari 7,0 6. Pasang selang NGT dan lakukan penghisapan sesuai dengan indikasi. 	<p>9. Menghindari pemanasan yang berlebihan terhadap pasien lebih lanjut akan dapat menimbulkan kehilangan cairan</p> <p>10. Perubahan mental dapat berhubungan dengan glukosa yang tinggi atau yang rendah (hiperglikemia atau hipoglikemia), elektrolit yang abnormal, asidosis, penurunan perfusi serebral, dan berkembangnya hipoksia.</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipe dan jumlah dari cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respons pasien secara individual, plasma ekspander (pengganti) kadang dibutuhkan jika kekurangan tersebut mengancam kehidupan atau tekanan darah sudah tidak dapat kembali normal dengan usaha-usaha rehidrasi yang telah dilakukan. 2. Memberikan pengukuran yang tepat/akurat terhadap pengukuran haluaran urine terutama jika neuropati otonom menimbulkan gangguan kantung kemih (retensi urine/ inkontenensia) 3. Mengkaji tingkat hidrasi. 4. Kalium harus ditambahkan pada IV (segera aliran urine adekuat) untuk mencegah hipokalemia. 5. Diberikan dengan hati-hati untuk membantu memperbaiki asidosis pada adanya hipotensi atau syok. 6. Menekompresi lambung dan dapat menghilangkan muntah.
---	--

- b. Gangguan keseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin (penurunan ambilan dan penggunaan glukosa oleh jaringan mengakibatkan peningkatan metabolisme protein/lemak).

Tujuan: memperbaiki metabolisme abnormal. Kriteria hasil : selama dalam perawatan berat badan stabil atau penambahan kearah rentang biasa.

Tindakan/ intervensi	Rasional
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi 2. Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. 3. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi. 4. Berikan makanan cairan yang mengandung 	<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilasinya) 2. mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik. 3. hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik) 4. pemberian makanan melalui oral akan

<p>zat makanan (nutrient) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Da selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi makanan yang disukai/ dikehendaki termasuk kebutuhan etnik/kultural. 6. Libatkan keluarga pasien pada pencernaan makan ini sesuai indikasi. 7. Observasi tanda-tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat , lapar peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stick”. 2. Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, ph, dan hco₃. 3. Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode iv secara intermiten atau secara kontinyu. 4. Berikan larutan glukosa, misalnya dekstroza dan setengah salin normal. 5. Lakukan konsultasi dengan ahli diet. 6. Berikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan. 7. Berikan obat metaklopramid (reglan); tetrasiklin. 	<p>lebih baik jika pasien sadar an fungsi gastrointestinal baik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencanaan makan, kerjasama ini dapat diupayakan setelah pulang. 6. meningkatkan rasa keterlibatannya; memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien. 7. karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang dan sementara tetap diberikan insulin maka Hipoglikemi dapat terjadi. Jika pasien dalam keadaan koma, hipoglikemia mungkin akan terjadi tanpa memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat 9menunjukkan keadaan saat dilakukan pemeriksaan). 2. Gula darah menurun perlahan dengan penggantian cairan dan terapi insulin terkontrol. 3. Insulin reguler memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa kedalam sel. 4. Larutan glukosa ditambahkan setelah insulin dan cairan me bawa gula darah kira0kira 250 mgg/dl. 5. Sangat barmanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisis pasien. 6. Kompleks karbohidrat (seperti jagung, wortel, brokoli, buncis, gandum, dll) menurunkan kadar glukosa/ kebutuhan insulin, menurunkan kadar kolesterol darah dan meningkatkan rasa kenyang. 7. Dapat bermanfaat dalam mengatasi gejala yang berhubungan dengan neuropati otonom yang mempengaruhi saluran cerna, yang selanjutnya meningkatkan pemasukan melalui oral dan absorps zat makanan.
--	--

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi dan perubahan pada sirkulasi.

Tujuan : Mencegah komplikasi. Kriteria Hasil : selama dalam perawatan pasien dapat mencegah atau menurunkan risiko infeksi.

TINDAKAN/INTERVENSI	RASIONAL
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulem, urine warna keruh atau berkabut. 2. Tingkatan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri. 3. Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasive (seperti pemasangan infus, kateter foley, dan sebagainya), pemberian obat intravena dan memberikan perawatan pemeliharaan. Lakukan pengobatan melalui IV sesuai indikasi. 4. Pasang kateter atau lakukan perawatan parineal dengan baik. Ajarkan pasien wanita untuk membersihkan daerah perinealnya dari depan kearah belakang setelah eliminasi. 5. Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen kering dan tetap kencang (tidak berkerut). 6. Auskultasi bunyi nafas. 7. Posisikan pasien pada posisi semi-Fowler. 8. Lakukan perubahan posisi dan anjurkan pasien untuk batuk efektif / napas dalam jika pasien sadar dan kooperatif. Lakukan penghisapan lendir pada jalan nafas dengan menggunakan teknik steril sesuai keperluannya. 9. Berikan tisu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau untuk penampungan sputum atau sekret yang lainnya. 10. Bantu pasien untuk melakukan higiene oral. 11. Anjurkan untuk makan dan minum adekuat (pemasukan makanan dan minuman) (kira-kira 3000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi) 12. Lakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas sesuai dengan indikasi. 	<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial. 2. Mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial). 3. Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman. 4. Mengurangi resiko terjadinya infeksi saluran kemih. Pasien koma mungkin memiliki resiko yang khusus jika terjadi retensi urin pada saat awal dirawat. <i>Catatan:</i> pasien DM wanita lansia merupakan kelompok utama yang paling beresiko terjadi infeksi saluran kemih/vagina. 5. Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi. 6. Ronki mengindikasikan adanya akumulasi sekret yang mungkin berhubungan dengan pneumonia atau bronkitis (mungkin sebagai pencetus dari DKA). Edema baru (bunyi krekels) mungkin sebagai akibat dari pemberian cairan yang terlalu cepat/berlebihan atau GJK. 7. Memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang; menurunkan resiko terjadinya aspirasi. 8. Membantu dalam memventilasikan semua daerah paru dan memobilisasi sekret. Mencegah agar sekret tidak statis dengan terjadinya peningkatan terhadap resiko infeksi. 9. Mengurangi penyebaran infeksi. 10. Menurunkan resiko terjadinya penyakit mulut/gusi. 11. Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi. Meningkatkan aliran urine untuk mencegah urine yang statis dan membantu dalam mempertahankan pH/keasaman urine, yang menurunkan pertumbuhan bakteri dan pengeluaran organisme dari sistem organ tersebut. 12. Untuk mengidentifikasi organisme sehingga dapat

13. Berikan obat antibiotik yang sesuai.

memulih/memberikan terapi antibiotik yang terbaik.
 13. Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan energi metabolik.
 Tujuan : Mengidentifikasi/ membantu penanganan terhadap penyebab/ penyakit yang mendasarinya. Kriteria Hasil : Selama dalam perawatan menunjukkan adanya perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan.

TINDAKAN / INTERVENSI	RASIONAL
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan. 2. Berikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup / tanpa diganggu 3. Pantau nadi, frekwensi pernafasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas. 4. Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat dan sebagainya. 5. Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah. 2. Mencegah kelelahan yang berlebihan. 3. Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis. 4. Pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi pada setiap kegiatan. 5. Meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai dengan aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.

e. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan : memberikan informasi tentang proses penyakit/prognosis, perawatan diri, dan pengobatannya yang dapat dipahami. Kriteria hasil : Selama dalam perawatan, pasien mengungkapkan pemahaman tentang penyakit.

TINDAKAN / INTERVENSI	RASIONAL
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian, dan selalu ada untuk pasien. 2. Bekerja dengan pasien dalam menata tujuan belajar yang diharapkan. 3. Pilih berbagai strategi belajar, seperti teknik demonstrasi yang memerlukan keterampilan dan biarkan pasien mendemonstrasikan ulang, gabungkan keterampilan baru ini dalam rutinitas RS sehari-hari. 4. Diskusikan topik-topik utama seperti : Apakah kadar glukosa normal itu dan bagaimana hal tersebut dibandingkan dengan kadar gula darahpasien, tipe DM yang dialami pasien, hubungan antara insulin dengan kadar gula darah yang tinggi. Rasional terjadinya serangan ketoasidosis. Komplikasi penyakit akut dan kronis meliputi gangguan penglihatan (retinopati), perubahan dalam neurosensori dan kardiovaskuler, perubahan fungsi ginjal/hipertensi. 5. Demonstrasikan cara pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stick” dan beri kesempatan pasien untuk mendemonstrasikan kembali. Instruksikan pasien untuk pemeriksaan keton urinenya jika glukosa darah lebih tinggi dari 250 mg/dL. 6. Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan di luar rumah. 7. Tinjau ulang program pengobatan meliputi awitan, puncak dan lamanya dosis insulin yang diserapkan, bila disesuaikan dengan pasien atau keluarga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar. 2. Partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerja sama pasien dengan prinsip-prinsip yang dipelajari. 3. Penggunaan cara yang berbeda tentang mengakses informasi meningkatkan pencerapan pada individu yang belajar. 4. Memberikan pengetahuan dasar dimana pasien dapat membuat pertimbangan dalam memilih gaya hidup. Pengetahuan tentang faktor pencetus dapat membantu untuk menghindari kambuhnya serangan tersebut. Kesadaran tentang apa yang terjadi membantu pasien untuk lebih konsisten terhadap perawatannya dan mencegah/ mengurangi awitan komplikasi tersebut. 5. Melakukan pemeriksaan gula darah diri sendiri 4 kali atau lebih pada setiap harinya memungkinkan fleksibilitas dalam perawatan diri, meningkatkan kontrol kadar gula darah dengan lebih ketat (mis 60-150) mg/dL) dan dapat mencegah / mengurangi perkembangan komplikasi jangka panjang. 6. Kesadaran tentang pentingnya kontrol diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan/mentaati program. Serat dapat memperlambat absorpsi makanan glukosa yang akan menurunkan fruktasi kadar gula dalam darah, akan tetapi dapat menyebabkan ketidak nyamanan pada saluran cerna, flatus meningkat, dan mempengaruhi absorpsi vitamin/mineral. 7. Pemahaman tentang semua aspek yang digunakan obat meningkatkan penggunaan yang tepat. Algoritme dosis dibuat, yang masuk dalam perhitungan dosis yang dibuat selama evaluasi rawat inap : jumlah dan jadwal aktivitas fisik

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana dan dengan kondisi pasien saat dirawat.

5. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Evaluasi
Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan diuresis osmotik (dari hiperglikemia).	S : klien sudah tidak mengeluh tidak nyaman karena terlalu sering kencing (poliuria). O : intake cairan klien adekuat (1000cc/hari). A : masalah teratasi. P : -
Gangguan keseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin (penurunan ambilan dan penggunaan glukosa oleh jaringan mengakibatkan peningkatan metabolisme protein/lemak).	S : klien mengatakan urinenya sudah tidak keruh lagi. O : urine klien normal. A : masalah teratasi P : -
Resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi dan perubahan pada sirkulasi.	S : klien sudah tidak mengeluh nyeri akibat luka infeksi. O : luka klien sudah mulai membaik. A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi (rawat luka klien)
Intoleran aktivitas berhubungan dengan penurunan energi metabolik.	S : klien sudah tidak mengeluh lemah lagi. O : klien sudah dapat beraktivitas secara normal. A : masalah teratasi P : -
Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi	S : klien sudah tidak mengeluh sulit tidur. O : klien sudah mulai dapat tidur dengan tenang. A : masalah teratasi. P : -

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Hasil Studi Kasus

Pengkajian

Pasien Tn. J. L berumur 59 tahun, lahir 10 Juni 1960, beragama Kristen Protestan, sarjana, beralamat di Jl. Ketapang 2 Kelurahan Air Nona Kecamatan Kota Raja, berjenis kelamin laki-laki, menikah, bersuku Sabu, bekerja sebagai pensiunan PNS.

Penanggung Ny. S. R. Dimu beralamat di Jl. Ketapang 2 Kelurahan Air Nona Kecamatan Kota Raja, pensiunan PNS, istri dari pasien.

1. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama. Nyeri pada tungkai kaki kiri sejak 5 hari yang lalu. Riwayat Keluhan Utama. Mulai timbulnya keluhan sejak 5 hari yang lalu bersifat terus-menerus dan menjalar samping tulang, nyeri seperti diremas di tungkai kaki kiri. Keluhan lain yang menyertai yaitu rasa panas di area tungkai kaki kiri. Factor pencetus yang menimbulkan serangan, bila berjalan atau berdiri rasa nyeri bertambah. Rasa nyeri berkurang bila berbaring/istirahat. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yaitu bila rasa nyeri pasien berbaring dan mengompres dengan air dingin.

Riwayat penyakit sebelumnya. Riwayat penyakit yang pernah diderita yaitu DM sudah lebih dari 1 tahun (sejak akhir 2017), Tidak ada alergi, kebiasaan merokok 1 bungkus per hari, tidak mengkosumsi minuman alkohol, sesekali minum kopi (1 gelas kopi pahit) selama 2-3 hari, tidak meminum obat-obatan.

2. Pemeriksaan Fisik

Tanda-Tanda Vital. Tekanan darah 130/80 mmHg, pernapasan 20 x/mnt, nadi 96 x/mnt , SPO2 97 %, suhu badan 36⁸°C

Kepala. Tidak ada sakit kepala, (bentuk, ukuran dan posisi normal), lesi ada bekas bisul di daerah tengkuk, tidak ada masa, observasi wajah simetris.

Penglihatan. Konjungtiva pucat, sklera putih (normal), tidak memakai kaca mata, penglihatan tidak kabur, tidak ada nyeri di daerah mata, tidak ada peradangan, tidak ada operasi.

Pendengaran. Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri, tidak ada peradangan.

Hidung. Tidak ada alergi Rhinitus, tidak ada riwayat polip, tidak ada sinusitis, tidak ada epistaksis.

Tenggorokan dan Mulut. Gigi geraham kiri dan kanan sudah tanggal, memiliki caries, tidak memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, tidak ada gangguan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar leher.

Sistem kardiovaskuler. Tidak ada nyeri di dada, kesadaran composmentis, GCS E/M/V 4/5/6, bentuk dada normal, bibir normal, kuku normal, capillary refill normal, tangan normal, kaki edema, sendi normal, ictus cordis/Apical pulse teraba, vena jugularis teraba, Auskultasi BJ I normal, Auskultasi BJ II normal

Sistem Respirasi. Tidak ada keluhan, tidak ada jejas, bentuk dada normal, tidak ada jenis pernapasan, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, tidak menggunakan alat bantu pernapasan, (perkusi. Tidak ada cairan, tidak ada udara, tidak ada massa), inspirasi normal, ekspirasi normal, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing , tidak ada krepitasi, tidak ada rales, clubbing finger normal.

Sistem pencernaan. Tidak ada keluhan, turgor kulit normal, bibir lembab, (keadaan rongga mulut. Warna mukosa merah muda, tidak ada pendarahan, tidak ada tanda-tanda radang, keadaan gusi normal, Keadaan abdomen : warna kulit sawo matang, tidak ada luka, pembesaran normal, Keadaan rectal : tidak ada luka, tidak ada pendarahan, tidak ada hemmoroid, tidak ada lecet/ tumor/ bengkak, Auskultasi. Bising usus/peristaltic 14 x/mnt). Perkusi : cairan normal, udara normal, massa normal. Palpasi : tonus otot normal, nyeri normal, massa normal).

Sistem persyarafan. Tidak ada keluhan, tingkat kesadaran composmetis GCS (E/M/V) 4//6/5, pupil isokor, kejang normal, tidak ada jenis

kelumpuhan, tidak parasthesia, koordinasi gerak normal, cranial nerves normal, reflexes normal.

Sistem Musculoskeletal. Nyeri pada tungkai kaki kiri, tidak ada kelainan ekstremitas, nyeri otot, tidak ada nyeri sendi, refleksi sendi normal, kekuatan otot normal.

Sistem Integumentari. Rash di daerah tungkai kaki kiri tampak kemerahan, lesi ada bekas incisi bisul di daerah kulit (leher, tangan dan tengkuk), turgor normal, kelembaban normal, petechie tidak ada.

Sistem Perkemihan. Gangguan poliuri, tidak ada alat bantu, (kandungan kencing. tidak membesar, tidak ada nyeri tekan), intake cairan oral \pm 2000 cc/hr parenteral infus NaCl, bentuk alat kelamin normal, uretra normal.

Sistem Endokrin. Tidak ada keluhan, tidak ada pembesaran kelenjar. Sistem Reproduksi. Tidak ada keluhan.

3. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

- Nutrisi. Kebiasaan. Pola makan teratur pagi, siang dan malam, frekuensi makan 3X sehari, nafsu makan baik, makanan pantang makanan yang manis dan berlemak, makanan yang disukai gado-gado, minuman dalam sehari \pm 2000 cc dalam sehari (8 gelas air minum), tidak ada makanan dan minuman yang tidak disukai, BB : 70 kg, TB : 165 cm.

Perubahan Selama Sakit. Selama sakit pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam kebiasaan makan/minum tapi sesuai ajuran ahli gizi.

- Eliminasi. Buang air kecil (BAK) : Kebiasaan. Frekuensi dalam sehari 3-4 kali/hari, warna kuning, bau amoniak. Perubahan selama sakit. 5-6 kali/hari. Buang air besar (BAB) : Kebiasaan. setiap pagi, frekuensi 1 kali dalam sehari, warna kuning kecoklatan, bau amoniak, konsistensi lembek. Perubahan selama sakit. Tidak ada perubahan dalam sakit.
- Olah raga dan Aktivitas. Kegiatan olah raga yang disukai bola volley, sebelum sakit pasien rutin berolahraga (CFD), setelah sakit pasien tidak berolahraga lagi.
- Istirahat dan tidur
 - Tidur malam jam 22.00, bangun jam 04.30

- Tidur siang jam 14.00, bangun jam 16.00
 - Pasien mudah terbangun bila ada keributan
 - Pasien mengatakan bila terbangun pasien akan mudah untuk tertidur lagi.
- **Kegiatan Keagamaan/Spiritual.** Ketaatan menjalankan ibadah. Sebelum sakit selalu ke gereja pada hari minggu, tetapi selama sakit tidak ke gereja. Ketertiban dalam organisasi keagamaan. Tidak ada.
 - **Keadaan psikologis selama sakit.** Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita. Pasien mengatakan sakit ini mengganggu aktifitas, pasien tidak bisa beraktifitas seperti saat sehat. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya. Pasien berharap untuk sembuh kembali seperti sediakala. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya. Baik ramah dan terbuka dalam memberikan informasi.
4. Data Labolatorium dan Diagnostik
- Pemeriksaan Darah
- Tanggal, 12 Juli 2019, jenis pemeriksaan, Glucosa (GDP); nilai normal, 70-100mg/dl
- Tanggal, 12 Juli 2019, jenis pemeriksaan, Glukosa (GDS); nilai normal,70-120mg/dl; hasil pemeriksaan, 205.
- Tanggal, 12 Juli 2019, jenis pemeriksaan, WBC; ,nilai normal,5.000-10.000mm²; hasil pemeriksaan, 16.000.
- Tanggal, 13 Juli 2019, jenis pemeriksaan, Glucosa (GDP); nilai normal, 70-100mg/dl; hasil pemeriksaan, 281.
- Tanggal, 13 Juli 2019, jenis pemeriksaan, Glukosa(GDS); nilai normal,70-120mg/dl; hasil pemeriksaan, 143.
5. Penatalaksanaan/Pengobatan
- Therapi Injeksi: Texagram 3x1gr drip dalam 100cc NaCl, Tofedex 2x1gram/Iv, Tramadol 100mg drip dalam cairan NaCl 20 tpm, Sanexon 2x62,5/Iv (bolus).
- Therapi Oral: PCT(K/P) dan Galepsi 2x300mg

Analisis Data.

1. Data subjektif: pasien mengatakan rasa nyeri seperti diramas ditungkai kaki kiri menjalar sampai ke tulang sejak 5 hari yang lalu. Data objektif Pasien tampak meringis Skala nyeri: 0-6 TD: 130/80mmHg, N: 96x/mnt. Masalah : Nyeri. Penyebab : cedera biologi(peradangan).
2. Data subbjektif: pasien mengatakan area tungkai kaki kiri terasa panas sudah sejak 5 hari yang lalu, area tungkai kaki kiri juga memerah. Data objektif: Area tungkai kaki kiri tampak kemerahan, Suhu: 36⁸c, Data pemeriksaan lab: WBC hasilnya 16.000mm³ Masalah : resiko infeksi. Penyebab : proses penyakit.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa di atas maka dapat ditegakkan diagnose keperawatan :

1. Nyeri berhubungan dengan cedera biologi(peradangan)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit

Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan : Nyeri b.d cedera biologi (peradangan)
Tujuan: Goal; nyeri berkurang atau hilang selama 3x24jam. Objektif; melaporkan nyeri berkurang atau hilang.
Intervensi:
 - Lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi: lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri, dan factor pencetus nyeri.
 - Observasi ketidaknyamanan non verbal
 - Ajarkan untuk teknik nonfarmakologi seperti teknik relaksasi
 - Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan seperti cahaya, kegaduhan
 - Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi

2. Diagnosa Keperawatan : Resiko infeksi b.d proses penyakit

Tujuan: Goal; tidak terjadi infeksi lebih lanjut selama 3x24jam. Objektif; Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi rubor, color, dolor, tumor, dan fungsiolesa. Menunjukkan kemampuan unuk mencegah timbulnya infeksi.

Intervensi:

- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- Monitor terhadap kerentanan infeksi
- Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase
- Dorong masukan nutrisi yang cukup
- Dorong masukan cairan yang cukup
- Dorong pasien untuk istirahat
- Ajarkan pasien dan keluarga untuk mencuci tangan setiap masuk keluar ruangan
- Kolaborasi pemberian anti-biotik

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal, 13 Juli 2019.

Diagnosa keperawatan nyeri b.d cedera biologi (peradangan), implementasi: mengkaji pasien, mengobservasi TTV pada jam 08.30, mengobservasi ketidaknyamann nonverbal pada jam 09.00, mengajarkan teknik relaksasi pada jam 09.30, mengendalikan faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap ketidaknyamanan (mematikan televisi) pada jam 10.00, kolaborasi pemberian tramadol injeksi 1 amp/drip dalam 500cc NaCl 20tpm. Evaluasi pada jam 14.00 wita S: pasien mengatakan masih nyeri ditungkai kaki kiri, O: pasien tampak meringis. TD: 130/80mmHg, N: 100x/mnt, skala nyeri: 0-6, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Resiko infeksi b.d proses penyakit. Memonitor tanda dan gejala infeksi pada jam 09.45, memonitor terhadap kerentanan infeksi pada jam 09.15, menginspeksi kulit terhadap kemerahan dan panas pada jam 09.20,

menganjurkan pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan RS pada jam 10.10, menganjurkan pasien banyak minum air putih pada jam 10.15, menganjurkan pasien untuk banyak istirahat pada jam 10.20, mengajarkan enam langkah mencuci tangan pada pasien dan keluarga pada jam 10.30, kolaborasi pemberian taxegram 1 gram/Iv dalam 100cc NaCl. Evaluasi jam 14.00 wita, S: pasien mengatakan tungkai kaki kiri masih terasa panas, O: area tungkai kaki kiri tampak kemerahan, terpasang infus NaCl 20tpm, Sh: 36⁸°c, hasil lab WBC: 16.000mm³, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan nomor 1,3,7,8.

Tanggal 14 Juli 2019

Nyeri b.d cedera biologi. Implementasi: mengobservasi TTV pada jam 08.00, mengobservasi ketidaknyamanan nonverbal pada jam 08.15, mengajarkan teknik relaksasi pada jam 09.00, mengendalikan faktor lingkungan terhadap ketidaknyamanan; menurunkan volume televise pada jam 10.30, kolaborasi pemberian tramadol injeksi 1 ampul dalam 500 cc NaCl/drip 20 tpm. Evaluasi jam 14.00 wita, S : pasien mengatakan rasa nyeri berkurang, O : pasien tampak rileks TD : 130/70 mmHg, N : 90x/I skala nyeri : 0-4, A : masalah teratasi sebagian, p : intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3,5.

Resiko infeksi b.d proses penyakit. Implementasi: memonitor tanda dan gejala infeksi, mengobservasi suhu pada jam 08.00, menginspeksi kulit terhadap kemerahan dan panas pada jam 08.15, memotivasi pasien dan keluarga untuk tetap mencuci tangan setiap masuk keluar ruangan pada jam 09.15, kolaborasi pemberian taxegram injeksi 1 gram/IV dalam 100 cc NS pada jam 13.00. Evaluasi jam 14.00 wita, S : pasien mengatakan rasa panas masih terasa di area tungkai kaki kiri, O : area tungkai kaki kiri tampak kemerahan, saat dirabah terasa hangat, sh : 37°C, terpasang cairan NaCl 20 tpm, A : masalah belum teratasi, P : intervensi nomor 1,3,8 dilanjutkan.

Tanggal 15 juli 2019

Nyeri b.d cedera biologis. Implementasi: melakukan pengkajian nyeri PQRST pada jam 08.00, observasi ketidaknyamanan non verbal, observasi TTV pada jam 09.00, kolaborasi pemberian terapi injeksi tramadol 1 amp/drip dalam 500 cc NaCl. Evaluasi, S : pasien mengatakan tidak nyeri lagi, O : pasien tampak rileks, A : masalah teratasi, P : intervensi dihentikan.

Resiko infeksi b.d proses penyakit. Memonitor tanda dan gejala infeksi, mengobservasi suhu $36^{50}c$ pada jam 08.15, menginspeksi kulit terhadap panas dan kemerahan pada jam 08.30, kolaborasi pemberian taxegram injeksi 1 gram/IV dalam 100 cc NaCl pada jam 13.00. Evaluasi: jam 14.00, S : pasien mengatakan tidak rasa panas di area tungkai kaki lagi, O : area tungkai kaki kiri masih tampak kemerahan sh : $36^{50}C$, A : masalah teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pembahasan

Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian menurut teori pada pasien dengan diabetes mellitus adalah rasa haus yang berlebihan sering kencing terutama malam hari, banyak makan serta berat badan yang turun dengan cepat. Di samping itu kadang-kadang ada keluhan lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, cepat lapar, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, gairah seks menurun, luka sukar sembuh dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi di atas 4 kg. Kadang-kadang ada pasien yang sama sekali tidak merasakan adanya keluhan, mereka mengetahui adanya diabetes karena pada saat periksa kesehatan ditemukan kadar glukosa darahnya tinggi

Sedangkan pada kasus didapatkan nyeri pada tungkai kaki kiri sejak 5 hari yang lalu. bersifat terus-menerus dan menjalar samping tulang, nyeri seperti diremas di tungkai kaki kiri. Keluhan lain yang menyertai yaitu rasa panas di area tungkai kaki kiri. Rash di daerah tungkai kaki kiri tampak kemerahan, lesi ada bekas incisi bisul di daerah kulit (leher, tangan dan tengkuk). Pemeriksaan Glukosa (GDS); 205 mg/dl, WBC; 16.000 mm², Glucosa (GDP); 281 mg/dl.

Nyeri yang dialami menurut penulis karena mungkin akibat gangguan pada sirkulasi (peredaran darah) kecil sehingga tidak mendapat suplay darah. Lesi bekas insisi bisul menjadi resiko bertambah luas bahkan bisa infeksi karena pasien menderita diabetes mellitus dan mempengaruhi pada peredaran darah termasuk perpindahan glukosa ke jaringan karena kekurangan insulin. Pemeriksaan laboratorium secara teori seperti pada kasus dimana terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah, baik gula darah puasa ataupun gula darah sesaat. Dimana pada kasus terjadi peningkatan. Pada kasus juga pasien mengalami poliuri atau buang air kecil yang berulang kali. Hal ini terjadi karena gangguan pada ginjal akibat kekurangan insulin dalam darah.

Diagnosa Keperawatan

Pada teori diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien dengan diabetes mellitus adalah resiko kekurangan cairan berhubungan dengan diuresis osmotik (dari hiperglikemia), gangguan keseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin (penurunan ambilan dan penggunaan glukosa oleh jaringan mengakibatkan peningkatan metabolisme protein/lemak), resiko infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi dan perubahan pada sirkulasi, intoleran aktivitas berhubungan dengan penurunan energi metabolic dan ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi.

Pada kasus diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah nyeri berhubungan dengan cedera biologi (peradangan) dan resiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit. Masalah nyeri ditegakkan pada kasus menurut penulis karena kurangnya suplay darah ke daerah tersebut sehingga pasien mengalami kesakitan. Mungkin diawali dengan kesemutan dan selanjutnya rasa nyeri. Tingginya kadar glukosa dalam darah berperan penting dalam proses selanjutnya akibat dari diabetes mellitus.

Masalah keperawatan resiko tinggi infeksi ditegakkan pada kasus karena ada bekas insisi bisul sehingga kemungkinan bisa terjadi selulitis, dan hal ini akan diperburuk karena peningkatan kadar glukosa dalam darah bisa berdampak terjadinya mikroangiopati atau gangguan pada pembuluh darah kecil. Akibatnya

tempat insisi kurang mendapat suplai darah dan bahkan akan menjadi media yang baik untuk berkembangnya kuman penyakit.

Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada kasus untuk setiap diagnosa keperawatan disusun dengan mempertimbangkan kondisi pasien, situasi rumah sakit dan kemampuan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Masalah nyeri diatasi selain dengan tindakan mandiri perawat, juga dengan kolaborasi dokter, dimana pasien mendapat terapi Tramadol injeksi 1 mg/IV. Sedangkan masalah resiko infeksi, rencana keperawatan disusun sesuai dengan teori.

Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada kasus selama 3 hari sesuai dengan rencana keperawatan pada setiap diagnosa keperawatan. Sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara perencanaan dan tindakan keperawatan.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan setelah perawatan selama tiga hari oleh penulis, didapatkan bahwa masalah nyeri pada hari ketiga bisa teratasi sehingga intervensi dihentikan. Sedangkan resiko infeksi intervensi keperawatan lanjutan diteruskan oleh perawat ruangan di ruang Cendana karena belum sepenuhnya teratasi. Dimana pada hari ketiga perawatan masih ditemukan pasien mengatakan tidak rasa panas di area tungkai kaki lagi, namun area tungkai kaki kiri masih tampak kemerahan. Belum ada pemeriksaan laboratorium darah untuk mengevaluasi WBC atau sel darah putih.

BAB 4 PENUTUP

Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada pasien Tn. J. L. didapatkan bahwa pasien mengalami nyeri dan ada luka insisi serta WBC meningkat. Pengkajian tidak selamanya sesuai dengan teori tetapi sesuai dengan respon pasien terhadap kebutuhan dasarnya yang terganggu.
2. Masalah keperawatan prioritas yang dirumuskan penulis pada pasien Tn. J. L adalah gangguan rasa nyaman nyeri dan resiko tinggi infeksi.
3. Intervensi keperawatan untuk 2 diagnosa sesuai dengan teori yang tercantum di tinjauan pustaka
4. Implementasi disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.
5. Evaluasi keperawatan untuk kedua diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan dimana masalah nyeri teratasi sedangkan masalah resiko infeksi tidak terjadi sehingga butuh perawatan lanjutan oleh perawat di ruangan Cendana.

Saran

- a. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi ini menjadi acuan untuk pengembangan ilmu keperawatan pada waktu yang akan datang pada kasus diabetes mellitus.

- b. Bagi Instirusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Diharapkan bagi pelayanan kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antar tim kesahatan maupun klien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya terutama dalam perawatan yang optimal pada umumnya terutama dalam perawatan pasien dengan diabetes melitus.

- c. Bagi keluarga

Diharapkan agar dapat merawat anggota keluarga yang sakit dengan penyakit diabetes mellitus dengan baik di rumah yaitu dengan pengatuhan diet dan kepatuhan dalam pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Doengoes M., E, Moorhouse, M.F dan Geissler, A. C, 2000, *Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, alih bahasa I Made Kariasa dan Ni Made Sumarwati, edisi 3, EGC, Jakarta
- Gloria M. B, at all, 2017. *Nursing Intervention Classification (NIC), Edisi Bahasa Indonesia*. Editor : Intisari Nurjannah, Roxana D. Tumanggor. Cetakan Asli Diprogramkan dengan RFID
- Kozier, Erb, Berman dan Snyder, 2010, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses dan Praktik*, edisi 7, volume 2, EGC, Jakarta
- Mansjoer, A, dkk, 1999, *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi ketiga, jilid 1, Media Aesculapius, Jakarta
- Potter dan Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses dan Praktik*, edisi 4, volume 1, EGC, Jakarta
- Robbins dan Kumar, 1995, *Buku Ajar Patologi I*, alih bahasa Staf Pengajar Lab Patologi Anatomi FK Unair, edisi 4, EGC, Jakarta
- Rumahorbo, Hotma. (1999) *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta : EGC.
- Sue Moorhead, at all, 2017. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, Edisi Bahasa Indonesia. Editor : Intisari Nurjannah, Roxana D. Tumanggor. Cetakan Asli Diprogramkan dengan RFID
- T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, 2015-2017. *Diagnosis Keperawatan (NANDA). Definisi dan Klasifikasi*, Edisi 10. EGC, Jakarta.
- Underwood, J. C. E., 2000, *Patologi Umum dan Sistematis*, alih bahasa Sarjadi, edisi 2, volume 2, EGC, Jakarta



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG






Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Maria Y.N. Soares
NIM : PO. 530320118211
NAMA PEMBIMBING : Sabinus B. Kedang, S.Kep.Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	13 Juli 2019	Konsultasi BAB I dan BAB II	
2	14 Juli 2019	Revisi Bab I dan Bab II (Konsultasi Bab III dan Bab IV)	
3	15 Juli 2019	Revisi Bab III dan Bab IV	
4	16 Juli 2019	Revisi Bab I, Bab II, dan Bab III	
5	17 Juli 2019	Revisi Bab III dan Bab IV	

	18 Juli 2019	Revisi Bab I, II, III, IV	
6	19 Juli - 2019	Revisi Bab III pada pem- bahasan	
7	20 Juli 2019	Revisi Bab IV pada pem- bahasan dan kontrol Abstrak	
8	24 Juli 2019	Revisi Abstrak	
9	26 Juli 2019	ACC	



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Maria Y. N. Soares
NIM : PO.530320118211

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. J. L
Ruang/Kamar : Cendana 3 bed 2
Diagnosa Medis : DM Tipe II + disp. selulitis Cruris sinistra
No. Medical Record : 141780
Tanggal Pengkajian : 13 Juli 2019 Jam : 09.30
Masuk Rumah Sakit : 12 Juli 2019 Jam : 21.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. J. L Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 59 Thn / 10 Juni Status : Menikah
Agama : Kristen Protestan Perkawinan :
Pendidikan Terakhir : Sarjana Suku Bangsa : Sabar
Alamat : Jl. Katapang 2 Kel. Air Nona Pekerjaan : Pensiunan PNS
Kec. Kota Raja

Identitas Penanggung

Nama : Ny. S. N. Dimu Pekerjaan : Pensiunan PNS
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan dengan klien : Istri
Alamat : Jl. Katapang 2 Kel. Air Nona
Kecamatan Kota Raja

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama *Nyeri*
 - Kapan sejak 5 hari yang lalu.
 - Lokasi tungkai kaki kiri
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : sejak 5 hari yang lalu
 - Sifat keluhan : kaku - menenes dan menjalar sampai tulang, nyeri seperti c
 - Lokasi : tungkai kaki kiri
 - Keluhan lain yang menyertai : Rasa panas di area tungkai kaki kiri
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan :
Bila berjalan atau berdiri rasa nyeri bertambah.
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Bila istirahat / berbaring rasa nyeri berkurang
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan. Bila rasa nyeri paku berbaring dan mengompres dengan air dingin

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

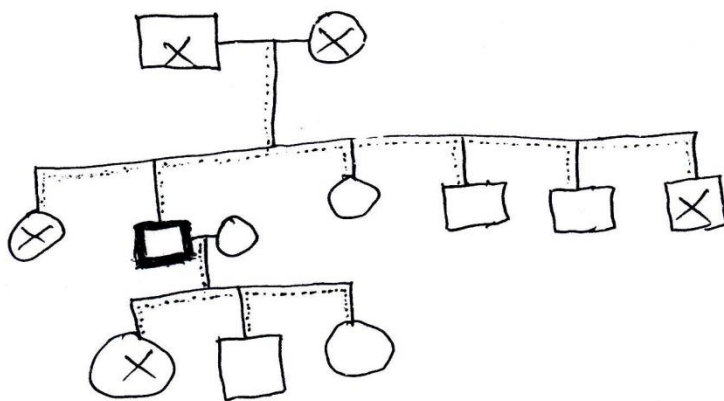
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan *DM sudah lebih dari 1 tahun (gejala akhir 2017)*
 - Cara Mengatasi : *Periksa ke dokter*
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis Waktu
 - Cara Mengatasi :
 - Tidak
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis *Insisi* , Waktu *bulan November 2018 dan Februari 2019*
 - Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya , Jumlah: *1 bungkus* , waktu *24 jam*
 - Tidak
- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah: waktu
 - Tidak
- Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah: *sesekali (1 gelas kopi pahit)* waktu *2-3 hari*
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah: waktu
 - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Legenda:
 □ = Laki-laki
 ○ = Perempuan
 ■ = Pasien
 X = Meninggal
 = Tidak tinggal bersama

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 130/80 mmHg - Nadi : 96 x/mnt, SpO₂ : 97%
- Pernapasan : 20 x/mnt - Suhu badan : 36 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : Pusing : Tidak
 - ya tidak
 - Bentuk, ukuran dan posisi:
 - normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, jelaskan : Ada bintik-bintik di daerah hidung tidak ada
 - Masa : ada, jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, jelaskan
- Penglihatan :
 - Konjungtiva: Roset
 - Sklera: Putih (normal)
 - Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Tidak ada nyeri di daerah mata
 - Peradangan : Tidak ada peradangan
 - Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, jelaskan : tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Gigi geraham kiri dan kanan sudah tanggal
 - Caries : Ya, jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan bicara : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : Ya, jelaskan : tidak

- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : *Compos mentis / EVM : 4/5/6*
 - Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : normal
 - Bibir : sianosis normal
 - Kuku : sianosis normal
 - Capillary Refill : Abnormal normal
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal
- Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : *Tidak ada*
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
 - Irama Napas : teratur tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal Abnormal
 - Ekspirasi : Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : *Tidak ada*
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : *Merah muda*

- Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak
 Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal
 - Keadaan abdomen
 Warna kulit : *Sawo matang*
 Luka : Ya, Jelaskan tidak
 Pembesaran : Abnormal, Jelaskan normal
 - Keadaan rektal
 Luka : Ya, Jelaskan tidak
 Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak
 Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak

- c. Auskultasi :
 Bising usus/Peristaltik : *14 x/mnt*
 d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal
 Udara : Abnormal, Jelaskan normal
 Massa : Abnormal, Jelaskan normal
 e. Palpasi:
 Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal
 Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal
 Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan
 a. Keluhan : *Tidak ada*
 b. Tingkat kesadaran: *Compos mentis* GCS (E/M/V): *4/6/5*
 c. Pupil : Isokor anisokor
 d. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
 e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
 f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
 g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
 h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
 i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal
 a. Keluhan : *Nyeri pada tungkai kaki kiri*
 b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
 c. Nyeri otot : ada tidak ada
 d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
 e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
 f. kekuatan otot :
 g. Atropi hiperthropi normal

8. Sistem Integumentari
 a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
di daerah tungkai kaki kiri sampai komarohan

- b. Lesi : ada, Jelaskan... *Ada bekas insisi bisul di daerah kulit Cleber tangan dan tungkai* tidak ada
- c. Turgor : *Normal* Warna :
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: *Tidak ada*

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : *↑ 2000*cc/hr parenteral : *Injeksi NaCl*
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : *Tidak ada*
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Lain - lain :

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan :
- b. Wanita : Siklus menstruasi :
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
 - Riwayat Persalinan:.....
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Teratur pagi, siang dan malam
- Frekuensi makan : 3 x sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Makanan yang manis, berlemak
- Makanan yang disukai : Gado-gado
- Banyaknya minuman dalam sehari : ± 2000 cc dalam sehari (8 gelas air minum)
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada
- BB : 70 kg TB : 165 cm
- Kenaikan/Penurunan BB :kg, dalam waktu:

2. Perubahan selama sakit : Selama sakit pasien mengalami fidat dan perubahan dalam kebiasaan makan/minum tetap sesuai anjuran ahli gizi.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3-4 kali/hari Warna : Kuning

Bau : Amoniak Jumlah/hari :

b. Perubahan selama sakit : 5-6 kali/hari

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : Setiap pagi Frekuensi dalam sehari : 1 kali

Warna : Kuning kecoklatan Bau : Amoniak

Konsistensi : Lambek

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit.

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Bola volley

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Sebelum sakit pasien rutin berolahraga (CFD), setelah sakit pasien tidak olahraga lagi.

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 09.30

- Tidur siang jam : 14.00

Bangun jam : 16.00

- Apakah mudah terbangun : Ya, pasien mudah terbangun bila ada keributan

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Pasien mengatakan biasanya bila terbangun pasien akan mudah untuk tertidur lagi.

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Istri

2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak ada

3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih, aman, dan nyaman

Status rumah : Milik pribadi / Perumahan

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

- 1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut :

.....
.....
.....

- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....
.....
.....

- c. Cholescystogram :

.....
.....
.....

- d. Foto colon :

.....
.....
.....

- 2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....
.....
.....

Biopsy : -

Colonoscopy : -

DII : -

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

• **Pembedahan**

- **Obat** *Th/injeksi:*
- 1. Paracetamol 3 x 1 gr drip dalam 100 cc NaCl
 - 2. Paracetamol 2 x 1 gr/IV
 - 3. Tramadol 100 mg drip dalam cairan NaCl 20 ppm
 - 4. Sanexon 2 x 62,5/IV (bolus)

Th/Oral:

- 1. PCP (C/P)
- **Lain-lain** 2. Galepsi 2 x 300 mg
- 3.

Kupang, 13 Juli 2019

(Maria Y.M. Soares)

2. Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
<p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan rasa nyeri seperti di-remas di tungkai kaki kiri menjalar sampai ke tulang sejak 5 hari yang lalu.</p>	Cedera biologi (peradangan)	Nyeri
<p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pasien tampak meningis * Skala nyeri : 0-6 * TD: 130/80 mmHg, N: 96 x/mnt 		
<p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan area tungkai kaki kiri terasa panas sudah sejak 5 hari yang lalu area tungkai kaki kiri juga memerah.</p>	Proses penyakit	Risiko Infeksi
<p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Area tungkai kaki kiri tampak kemerahan * Suhu : 36⁸°C * Data pemeriksaan lab: WBC hasilnya 16.000 mm³ 		

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan cedera biologi (peradangan)
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan proses penyakit

4. Intervensi Keperawatan

No. Kp	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri o.d	Goal : Nyeri berkurang atau hilang selama 3 x 24 jam	1. Lakukan pengalihan nyeri secara menyukuh meliputi: lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan faktor pencetus nyeri	Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dialami pasien.
Cedera bio- (peradangan)	Obyektif : 1. Melaporkan nyeri berkurang atau hilang	2. Observasi ketidaknyamanan non verbal	Tingkat nyeri dapat dilihat dari ekspresi pasien.

Dx. Icap	Tujuan	Intervensi	Rasional
		3. Ajarkan untuk teknik non-farmakologi seperti teknik relaksasi	Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.
		4. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan seperti cahaya, kegaduhan	Mengurangi yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri.
		5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi	Obat-obat analgesik dapat membantu mengurangi nyeri.
Risiko infeksi b.d proses penyakit	Goal : Tidak terjadi infeksi lebih lanjut selama 3x24 jam. Obyektif : 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi : tidak ada ruam, color, dolor, tumor, dan fungsi lesu 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 2. Monitor terhadap keentanan infeksi 3. Inspekti kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase 4. Dorong masukan nutrisi yang cukup 5. Dorong masukan cairan yang cukup 6. Dorong pasien untuk istirahat 7. Ajarkan pasien dan keluarga untuk cuci tangan setiap masuk keluar ruangan 8. Kolaborasi pemberian anti-biotik	Memantau kemungkinan terjadinya infeksi. Mencegah timbulnya infeksi ulang. Memantau risiko terjadinya penyakit mulut/gigit. Memantau kemungkinan terjadinya infeksi. Meningkatkan aliran urine untuk mencegah urine yang statis. Meningkatkan daya tahan tubuh. Mencegah terjadinya infeksi ulang Perawatan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

5. Implementasi Keperawatan

Dx. Keper	Tgl/WAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Nyeri b.d cedera biologi (peradangan)	13/7-2019 08.30 09.00 09.30 10.00 12.30	1. Mengajak pasien, mengobservasi RTV 2. Mengobservasi ketidaknyamanan non- verbal 3. Mengajarkan teknik relaksasi 4. Mengendalikan faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap ketidak- nyamanan: mematikan televisi 5. Kolaborasi pemberian Tramadol injekt- si 1 amp /drip dalam 50 cc NaCl 20 rpm	Jam 14.00 Wita S: Pasien mengatakan masih nyeri di tungkai kaki kiri O: Pasien tampak menangis. TD: 130/80 mmHg, N: 100x/mnt Skala nyeri: 0-6 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
Mesiko infeksi b.d Proses penyakit	08.45 09.15 09.20 10.10 10.15 10.20 10.30 13.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Memonitor terhadap kerentanan infeksi 3. Menginspeksi kulit terhadap kemerahan dan panas 4. Mengajarkan pasien menghabiskan pori makan yang disediakan RS 5. Mengajarkan pasien banyak minum air putih 6. Mengajarkan pasien untuk banyak istirahat 7. Mengajarkan 6 langkah men- cuci tangan pada pasien dan keluarga 8. Kolaborasi pemberian Taxegram 1 gram/IV dalam 100 cc NaCl	Jam 14.00 Wita S: Pasien mengatakan tungkai kaki kiri masih terasa panas O: Area tungkai kaki kiri tam- pak kemerahan, terpasang infus NaCl 20 rpm, Sh: 36 ⁸⁰ hasil lab WBC: 16.000 mm ³ A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 3, 7, 8
Nyeri b.d cedera biologi	14/7-19 08.00 08.15 09.00 10.30	1. Mengobservasi RTV 2. Mengobservasi ketidaknyamanan nonverbal 3. Mengajarkan teknik relaksasi 4. Mengendalikan faktor lingkungan terhadap ketidaknyamanan: menurunkan volume televisi	Jam 14.00 Wita S: Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang O: Pasien tampak rileks TD: 130/70 mmHg, N: 90x/m Skala nyeri: 0-4

Dx. Kap	TGL/WAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
	12.30	5. Kolaborasi pemberian Tramadol injeksi 1 ampul dalam 500 cc NaCl / drip 20 tpm	A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 5
Risiko infeksi b.d proses penyakit	08.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi, mengobservasi suhu	Jam 14.00 Wita S: Pasien mengatakan rasa panas masih terasa di area tungkai kaki kiri.
	08.15	3. Menginspeksi kulit terhadap kemerahan dan panas	O: Area tungkai kaki kiri tampak kemerahan, saat diraba terasa hangat, Sh: 37°C, terpasang cairan NaCl 20 tpm
	09.15	4. Memotivasi pasien dan keluarga untuk tetap mencuci tangan setiap masuk keluar ruangan	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi nomor 1, 3, 8 dilanjutkan.
	13.00	8. Kolaborasi pemberian Taxegram injeksi 1 gram / IV dalam 100 cc NS	
Nyeri b.d Cidera biologis	15/7-19 08.00	1. Melakukan pengkajian nyeri PQRST 2. Observasi ketidakyamanan non verbal, observasi TVV	S: Pasien mengatakan tidak nyeri lagi O: Pasien tampak rileks. T: 130/70 mmHg, N: 86 x/menit Skala nyeri: 0
	12.30	5. Kolaborasi pemberian terapi injeksi Tramadol 1 amp / drip dalam 500 cc NaCl	A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
Risiko infeksi b.d proses penyakit	08.15 08.30 13.00	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi, mengobservasi suhu 36.5°C 3. Menginspeksi kulit terhadap kemerahan dan panas 8. Kolaborasi pemberian Taxegram injeksi 1 gram / IV dalam 100 cc NaCl	Jam 14.00 S: Pasien mengatakan tidak rasa panas di area tungkai kaki lagi. O: Area tungkai kaki kiri masih tampak kemerahan. Sh: 36.5°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.